

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE DOUTORADO

ÁLVARO JOSÉ LELÉ

**A EMERGÊNCIA DOS PROCESSOS PRIMÁRIOS NO TAT DA ESCOLA DE PARIS  
EM ADULTOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Belo Horizonte

2013

ÁLVARO JOSÉ LELÉ

**A EMERGÊNCIA DOS PROCESSOS PRIMÁRIOS NO TAT DA ESCOLA DE PARIS  
EM ADULTOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor em Psicologia.

Área de concentração: Desenvolvimento Humano e Diferenças Individuais.

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza

Co-orientadora: Prof. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Belo Horizonte

2013

150           Lelé, Álvaro José  
L539e           A emergência dos processos primários no TAT da Escola  
2013           de Paris em adultos com diagnóstico de esquizofrenia  
                  [manuscrito] / Álvaro José Lelé. - 2013.  
                  127 f.  
                  Orientador: Carmen Elvira Flores-Mendoza.  
                  Coorientador: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

                  Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas  
                  Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas -  
                  FAFICH.

                  1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Teste de  
                  apercepção temática – Teses. 4. Esquizofrenia. 5. Psicoses.  
                  6. Paris, Escola de – Teses. I. Flores-Mendoza, Carmen. II.  
                  Tardivo, Leila Salomão de La Plata Cury, 1954-. III.  
                  Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de  
                  Filosofia e Ciências Humanas. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG  
PSICOLOGIA  
UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO


### A EMERGÊNCIA DOS PROCESSOS PRIMÁRIOS NO TAT DA ESCOLA DE PARIS EM ADULTOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

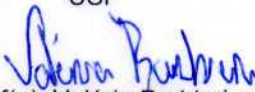
**ALVARO JOSÉ LELE**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração DESENVOLVIMENTO HUMANO, linha de pesquisa Desenvolvimento e Diferenças Individuais.

Aprovada em 12 de dezembro de 2013, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Carmen Elvira Flores Mendoza Prado - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Leila Salomao da Plata Cury Tardivo  
USP

  
Prof(a). Valéria Barbieri  
USP

  
Prof(a). Luis Flávio Silva Couto  
PUC-Minas

  
Prof(a). Angela Maria Resende Vorcaro  
UFMG

  
Prof(a). Delba Teixeira Rodrigues Barros  
UFMG

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2013.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente eu gostaria de agradecer os integrantes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, pela atenção, gentileza, incentivo e especial acompanhamento que eles dispõem para com os discentes.

Às minhas orientadoras e amigas Carmen Elvira Flores-Mendoza e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo meu muitíssimo obrigado pela confiança e por me aceitar de braços abertos e por caminhar comigo nessa viagem insólita, por ser duas pessoas generosas, sábias, extremamente acessíveis e por suas qualidades inigualáveis de pesquisadoras.

Aos professores doutores Valéria Barbieri, Luis Flávio Silva Couto, Angela Maria Resende Vorcaro e Delba Teixeira Rodrigues Barros pela disponibilidade e disposição em participar da banca examinadora desta tese.

Amiga Marluce Maria de Godoy e Silva pela fecunda contribuição de suas impares discussões e reflexões que somente poderiam vir dela pela sua vasta bagagem teórica e prática em psiquiatria, psicopatologia e psicanálise.

Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva pela sua generosa contribuição e acompanhamento durante todo o meu trajeto como doutorando.

À Amiga e colega Mary Stela Ferreira Chueiri pela disponibilidade em reler meu trabalho e suas ricas reflexões em momentos de impasse.

À Rejane Lucia Veiga Oliveira Johann e Ana Stein, colegas e amigas, pela ajuda na germinação deste estudo.

À Amiga Irai Cristina Boccato Alves que sempre torceu por mim.

À Professora Elizabeth de Nascimento por ter contribuído no esclarecimento decisivo da temática e objetivo de minha tese.

Aos eternos Amigos Wallison Gomes Pereira, Eliane Tazinaffo, Vera Lucia Alvin Diório e Alessandro Vinícius de Paula pelo incentivo e disponibilidade incansável e Marcelo Vitoi por me ensinar, aprimorar e esclarecer o idioma inglês.

À amiga Sonia Flores e ao professor Ruy Flores (*in memoriam*) por ter-me disponibilizado suas valiosas e raras obras de psicanálise e métodos projetos.

Dedico esta tese aos queridos professores Didier Anzieu (1923-1999 *in memoriam*), Vica Shentoub (1920-1999 *in memoriam*) e Nina Rausch de Traubenberg (1920-2013 *in memoriam*) fundadores da “Escola de Paris” da *Université René Descartes - Paris V- UER Institut de Psychologie-Sorbonne-França*.

Aos colegas, professores e amigos que estão de alguma forma relacionados à temática e ao desenvolvimento deste estudo: Catherine Azoulay, Catherine Chabert, Pascal Roman, Jean-Yves Chagnon, Teresa Rebelo, Tatiana Tung Gerencer, Maria Abigail de Souza, José Glauco Bardella, Christine Arbisio, Claudia Cardoso, Ana Cecilia, Danilo Rodrigues Silva, e com certeza deve haver outros que no momento não me vem a mente.

À amiga, colega, irmã do coração Marilourdes do Amaral Barbosa que me acompanhou desde o início e me auxiliou no redirecionamento metodológico.

À Diretora geral da residência terapêutica privada Maione Rodrigues Batista e sua filha Manuela por disponibilizar o local de coleta de dados.

À responsável Ana Luiza Rocha Penoni e membros do Centro de Atendimento Psico-social – CAPSII da zona norte da cidade de Lavras – zona norte pela colhida e por disponibilizar o local para coleta de dados.

Em especial, à todos os participantes que fizeram parte desta pesquisa e aos seus familiares por consentirem a participação de cada um deles.

A Minha família pela estrutura de meu modo de funcionamento psíquico.

E, por fim, a todos aqueles que por um lapso não mencionei, mas que de algum modo colaboraram para a evolução e concretização deste estudo.

## RESUMO

Lelé, A. J. (2013). *A emergência dos processos primários no TAT da Escola de Paris em adultos com diagnóstico de esquizofrenia*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A presente investigação enfocou os processos primários de pensamento e como se expressam no Teste de Apercepção Temática (TAT), relevante instrumento projetivo empregado na avaliação do funcionamento psíquico, desde que foi proposto na década de trinta por Henry Murray e Christiana Morgan. O processo primário é um conceito básico nas teorias psicanalíticas com referência aos aspectos inconscientes do funcionamento psíquico, cujas principais características são tanto a ausência de coerência e de relações lógicas, quanto o desconhecimento das relações temporais e do princípio de realidade. Esse modo de funcionamento é característico e atuante, na maior parte do tempo, em esquizofrênicos. O TAT permite diferentes formas de avaliação e é apontado como instrumento eficaz na identificação desses processos, devido à constituição de seu material e o tipo de análise proposto pela Escola de Paris. Este foi o método empregado no presente estudo. O objetivo foi o de investigar as emergências dos processos primários por meio do TAT em adultos esquizofrênicos. Participaram do estudo trinta e dois sujeitos de ambos os sexos de 24 a 60 anos, divididos em dois grupos de dezesseis participantes cada um: o grupo clínico composto de sujeitos diagnosticados pela equipe médica como portadores de esquizofrenia e o grupo não-clínico constituído sem essa condição. Todos foram submetidos a aplicações individuais do TAT em uma única sessão. O estudo incidiu sobre os procedimentos da Série A, B, C e E da Folha de Cotação do TAT, adotada pela Escola de Paris. As médias obtidas a partir de ambos os grupos foram comparadas usando uma técnica não-paramétrica chamada Mann-Whitney e uma análise discriminante foi estimada. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na Série E. Além disso, oito sub-critérios da Série E classificaram corretamente 90% da amostra. Concluiu-se que a Série E da Folha de Cotação do TAT constitui um indicativo válido para diferenciação entre o grupo clínico, composto por pacientes esquizofrênicos, e o grupo não-clínico constituído de pessoas sem essa patologia.

Palavras-chave: Processos primários. Teste de Apercepção Temática - TAT. Escola de Paris. Esquizofrenia.

## ABSTRACT

Lelé, A. J. (2013). *The emergence of primary processes in TAT of Parisian School in schizophrenic adults*. Doctorate Thesis, Psychology Graduation Program at the Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.

The present study aims to investigate the primary processes of thoughts and how these are expressed in the Thematic Apperception Test (TAT). The TAT is a significant projective instrument used to make assessments of psychological functioning since the 1930's. It was developed by Henry Murray and Christiana Morgan. The primary process is an essential concept in the psychoanalytic theories as regards the unconscious aspects of psychic functioning. Its main characteristics are the absence of coherence and logical relations, the lack of knowledge of temporal relations and of the reality principle. This way of functioning is characteristic and most often seen in schizophrenic individuals. The TAT allows for different types of assessments and is recognized as an efficient tool in identifying these processes. In the present study, the results were analyzed according to the Parisian School. Specifically, the emergences of the primary processes by utilizing the TAT with schizophrenic adults were analyzed. 32 individuals, aged 24 to 60, of both genders, have taken part in the present study and have been divided into two groups of 16 each: a clinical group diagnosed as schizophrenic patients by medical teams, and a non-clinical group. The TAT was administered individually, during a single session. The study focused on the procedures of the Series A, B, C and E of the Test Scoring Sheet, adopted by the Parisian School. The means obtained from both groups were compared using a non-parametric technique called Mann-Whitney and then, discriminant analysis was estimated. The results showed statistically significant differences between the groups in the E Series. In addition, eight sub-criteria from E Series correctly classified 90% of sample. It has been concluded that the E Series of TAT constitutes a valid indicative of differentiation between the clinical group comprised of patients diagnosed with schizophrenia, and the non-clinical groups, comprised of individuals outside this pathology.

Key-words: Primary processes. Thematic Apperception Test – TAT. Parisian School. Schizophrenia.



## RÉSUMÉ

Lelé, A. J. (2013). *L'émergence des processus primaires au TAT de l'École de Paris chez des adultes schizophrènes*. Thèse de Doctorat, Programme de Pos-Graduation en Psychologie de l'Université Fédéral de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brésil.

Cette enquête a porté sur les processus primaires de la pensée et la façon dont ils s'expriment dans le Test d'Aperception Thématique (TAT), important outil projectif utilisé dans l'évaluation du fonctionnement psychique depuis qu'il a été proposé dans les années trente par Henry Murray et Christiana Morgan. Le processus primaire est un concept fondamental dans les théories psychanalytiques en référence aux aspects inconscients du fonctionnement psychique, ses principales caractéristiques étant l'absence de cohérence et de relations logiques, la méconnaissance des relations temporelles et du principe de réalité. Ce mode de fonctionnement est caractéristique et actif dans la plupart du temps chez les schizophrènes. Le TAT permet différentes formes d'évaluation, étant un instrument efficace dans l'identification de ces processus, en raison de la facture de leur matériel et le type d'analyse des résultats adoptés par l'École de Paris, approche de cette étude. L'objectif a été d'étudier les émergences des processus primaires à travers le TAT chez des adultes schizophrènes. La population de la recherche est constituée de trente-deux adultes des deux sexes, âgée de 24 à 60 ans, séparés en deux groupes de seize chacun: un groupe clinique composé d'adultes portant le diagnostic de schizophrénie et un groupe non-clinique formé d'adultes sans cette pathologie. Tous les sujets ont passé un TAT en une seule séance. L'étude a porté sur les procédés de la Série A, B, C et E de la feuille de dépouillement du TAT de l'École de Paris. Les résultats moyens obtenus par les deux groupes ont été comparés en utilisant une technique appelée non-paramétrique de Mann-Whitney et une analyse discriminante a été estimée. Les résultats ont montré des différences statistiquement significatives entre les groupes dans la Série E. De plus, huit sous-critères de la Série E ont distingué correctement 90% de l'échantillon. On peut conclure que les procédés de la Série E de la feuille de dépouillement du TAT constituent un indicateur valable dans la différenciation entre le groupe clinique, composé par des patients schizophrènes, et le groupe non-clinique constitué des sujets sans cette pathologie.

Mots-clés: Processus primaires. Test d'Aperception Thématique - TAT. École de Paris. Schizophrénie.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>xii</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>xiv</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>xv</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1 BREVE HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA.....	19
1.2 PROCESSOS PRIMÁRIOS.....	25
1.3 MÉTODOS PROJETIVOS.....	29
1.4 TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA – TAT.....	37
<b>1.4.1 Folha de Cotação do TAT – Escola de Paris: Procedimentos da Série E</b> <b>(Emergências dos processos primários).....</b>	<b>46</b>
<b>1.4.2 Modalidades de funcionamentos psicóticos expressas no TAT.....</b>	<b>51</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....</b>	<b>58</b>
2.1 JUSTIFICATIVA.....	58
2.2 OBJETIVOS.....	59
<b>2.2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>59</b>
<b>2.2.2 Objetivo específicos.....</b>	<b>59</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>60</b>
3.1 PARTICIPANTES.....	60
3.2 INSTRUMENTOS.....	62
3.3 PROCEDIMENTOS.....	64
<b>3.3.1 Composição dos grupos de participantes.....</b>	<b>64</b>
<b>3.3.2 Coleta de dados.....</b>	<b>65</b>
<b>3.3.3 Análise de dados.....</b>	<b>66</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>
ANEXO A - DESCRIÇÃO DOS 31 CARTÕES DO <i>THEMATIC APPERCEPTION</i> <i>TEST</i> [TAT] PROPOSTOS POR HENRY ALEXANDER MURRAY....	97
ANEXO B - EXEMPLO DE UM CARTÃO SIMILAR AO DO TAT.....	100

ANEXO C - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS 18 CARTÕES DO TAT PROPOSTOS PELA ESCOLA DE PARIS.....	101
ANEXO D - FOLHA DE COTAÇÃO DO TAT (ESCOLA DE PARIS).....	103
ANEXO E - LISTA DOS GRANDES DETALHES (D) E PEQUENOS DETALHES (Dd) DOS 18 CARTÕES DO TAT PROPOSTA PELA ESCOLA DE PARIS.....	104
ANEXO F - FICHA DE REGISTRO DO GRUPO CLÍNICO.....	105
ANEXO G - FICHA DE REGISTRO DO GRUPO NÃO-CLÍNICO.....	106
ANEXO H - QUESTIONÁRIO DE NÍVEL SOCIOECONÔMICO - NSE.....	107
ANEXO I - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM ( <i>MINI-MENTAL STATUS EXAM</i> ).....	108
ANEXO J - <i>MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW</i> – MINI MINI 5.0.0 / VERSÃO BRASILEIRA / DSM-IV / ATUAL.....	109
ANEXO K - MODELO DE CARTA DE ANUÊNCIA DE LOCAIS OU INSTITUIÇÕES DE PARTICIPANTES.....	114
ANEXO L - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO CLÍNICO.....	116
ANEXO M - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO NÃO-CLÍNICO.....	118
ANEXO N - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG.....	120
ANEXO O - EXEMPLO DE PROTOCOLO TAT DO TIPO PARANÓIDE / GRUPO CLÍNICO.....	121
ANEXO P - EXEMPLO DE PROTOCOLO TAT DO TIPO INIBIDO / GRUPO CLÍNICO.....	125

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Critérios diagnósticos da CID-10 para esquizofrenia (F20).....	24
Tabela 2 –	Estatísticas descritivas da amostra dos dois grupos de participantes segundo a idade, nível socioeconômico, escolaridade e sexo.....	62
Tabela 3 –	Concordância entre juízes A e B na categoria de procedimentos da Série E (Emergências dos Processos Primários) da Folha de Cotação do TAT (oito protocolos TAT narrações= 120).....	68
Tabela 4 –	Estatística descritiva dos resultados obtidos das quatro grandes categorias de procedimentos que compõem a Folha de Cotação do TAT.....	69
Tabela 5 –	Comparação entre duas amostras independentes (Grupo Clínico e Grupo Não-Clínico) das quatro grandes categorias de procedimentos que compõem a Folha de Cotação do TAT por meio do teste <i>U de Mann-Whitney</i> .....	69
Tabela 6 –	Estatísticas descritivas para Procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários).....	70
Tabela 7 –	Comparação de Médias para Procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários).....	70
Tabela 8 –	Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E1 (Alteração da Percepção).....	71
Tabela 9 –	Comparação de Médias para Procedimentos da Série E1 (Alteração da Percepção).....	71
Tabela 10 –	Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E2 (Utilização maciça da projeção).....	72
Tabela 11 –	Comparação de Médias para Procedimentos da Série E2 (Utilização maciça da projeção)	72
Tabela 12 –	Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E3 (Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais).....	73
Tabela 13 –	Comparação de Médias para Procedimentos da Série E3 (Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais).....	73

Tabela 14 – Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E4 (Alteração do discurso).....	74
Tabela 15 – Comparação de Médias para Procedimentos da Série E4 (Alteração do discurso).....	74
Tabela 16 – Resultados de classificação dos sujeitos utilizando os oito critérios da Série E.....	75

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - Décima edição
D	Grande Detalhe
Dd	Pequeno Detalhe ou Detalhe raro
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision</i> (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição, texto revisado)
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition</i> (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quinta edição)
F20	Diagnóstico de Esquizofrenia pela CID-10
GC	Grupo Clínico
GNC	Grupo Não-Clínico
IBOPE	Instituto Brasileiro de Pesquisa
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NSE	Nível Socioeconômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
TAT	<i>Thematic Apperception Test</i> (Teste de Apercepção Temática)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## APRESENTAÇÃO

A esquizofrenia é uma doença de ocorrência universal cuja prevalência é estimada em torno de 0,5% a 1,5%, com incidência anual aproximadamente de 0,5 a 5,0 em cada dez mil pessoas (American Psychiatric Association [APA], 2000/2003; Louzã Neto, Elkis *et al.*, 2007; Abreu & Gil, 2003; Goldberg, 2001/2002). Ao considerar que a população brasileira gira em torno de 200 milhões de pessoas, estima-se que esse número com transtorno mental seria aproximadamente da ordem de um a três milhões de cidadãos brasileiros.

O aparecimento da esquizofrenia costuma ser observado em torno da terceira década de vida e parece ser mais frequente em homens do que em mulheres (APA, 2000/2003; Goldberg, 2001/2002; Colom & Zaro, 2004/2007). O distúrbio é, ao menos em parte, hereditário (Paim, 1990; Homes, 1994/2001; Kay, Tasman, & Lieberman, 2002). Mas fatores ambientais desempenham um papel significativo na expressão e curso clínico do distúrbio (Homes, 1994/2001; Goldberg, 2001/2002).

Segundo Paim (1990), um diagnóstico precoce e um tratamento adequado podem modificar de forma favorável o curso da doença. A utilização de recursos tecnológicos (diagnóstico por imagens) tem contribuído para o desenvolvimento de estudos biológicos acerca da esquizofrenia, relacionando-a às anormalidades estruturais ou funcionais do sistema nervoso (Shirakawa, 1993; Abreu & Gil, 2003; Louzã Neto, Elkis *et al.*, 2007). Estudos mostraram que a disfunção do lobo-frontal está no cerne de distúrbios esquizofrênicos (Van der Does & Van den Bosch, 1992; Goldberg, 2001/2002; Heaton *et al.*, 2005; Yudofsky & Hales, 2006).

A ciência biológica e neuropsiquiátrica tem avançado na elucidação da origem e da causa do transtorno esquizofrênico. Ainda assim, mesmo com os conhecimentos a respeito da dinâmica psicológica de um paciente com esse transtorno e, ao se reconhecer o impacto negativo que a esquizofrenia causa na vida das pessoas, torna-se relevante uma investigação do que a teoria psicodinâmica denomina de “emergências dos processos primários” (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003).

Os processos primários são evidenciados pela intensidade da atividade pulsional que demonstra a existência do inconsciente e apresentam-se como o conjunto de conteúdos não presentes no campo efetivo da consciência. Esses processos são subordinados ao princípio de prazer, à satisfação imediata do desejo, aos processos irracionais que ocorrem no aparelho psíquico e testemunham a ausência de coerência, de relações lógicas, do conhecimento das

relações temporais e do princípio de realidade (Freud, 1900/1996b; Laplanche & Pontalis, 1967/1981).

Os processos primários podem ser identificados mediante o uso do método projetivo chamado TAT (*Thematic Apperception Test*) – em que se é pedido para o sujeito contar histórias a partir de cartões com imagens – por meio da análise dos procedimentos de elaboração do discurso utilizados na construção de histórias. Para identificar esses procedimentos, foi criado um instrumento de análise por Vica Shentoub da Escola de Paris<sup>1</sup>, denominado “Folha de Cotação do TAT”<sup>2</sup>, que contém um repertório de procedimentos dos modos de construção de história. Esta folha é dividida em quatro categorias de procedimentos, e uma delas é destinada aos procedimentos das emergências dos processos primários.

O uso deste Método de Cotação do TAT da Escola de Paris em pacientes esquizofrênicos é essencialmente útil já que um dos modos privilegiados de funcionamento psíquico desses sujeitos é do tipo primário.

De acordo com a literatura especializada em psicologia clínica e projetiva sobre o TAT o Método de Cotação do TAT proposto pela Escola de Paris permite recolher informações dificilmente acessíveis em determinados quadros clínicos, como, por exemplo, de esquizofrenia (Shentoub, 1957; Shentoub & Shentoub, 1958, 1960; Shentoub & Debray, 1969, 1971; Brelet-Foulard, 1986; Dreyfus, Husain & Rousselle, 1987; Chabert *et al.*, 1990; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003; Cyrille, Marli & Céline, 2006; Chaillet-Ballif, 2007; Azoulay, 2013; Chabert, 2013; Rebelo, 2007, 2013).

No contexto brasileiro, o Método de Cotação do TAT proposto por essa escola tem sido pouco utilizado no que diz respeito aos modos de funcionamentos psicóticos, notadamente o modo esquizofrênico. Entretanto, foi publicado um estudo com pacientes internados em hospital psiquiátrico (Lelé, Tardivo, Gil, Steiner, & Cautella Jr., 2006), em que se utilizou esse método.

Dessa forma, o presente estudo tem como hipótese que os procedimentos de emergências de processos primários, analisados por meio da Folha de Cotação do TAT da

---

<sup>1</sup> O termo “Escola de Paris” constitui tanto uma corrente teórica, metodológica e praxiológicas, como também um grupo de universitários, professores-pesquisadores e psicólogos clínicos, que se referem ao método de análise e de interpretação psicanalítica do Rorschach e dos métodos projetivos, além do exame psicológico na sua integralidade. (Chabert, 1990a; Emmanuelli, 2004; Chagnon, 2013). Essa escola diz respeito ao Grupo de Pesquisadores da Escola de Paris, Grupo de Pesquisa em Psicologia Projetiva, Laboratório de Psicologia Clínica e Patológica, e à Associação para Pesquisa em Psicologia Projetiva da *Université René Descartes - Paris V- UER Institut de Psychologie-Sorbonne-França*.

<sup>2</sup> Anexo D.



Escola de Paris, são pertinentes para predizer o modo de funcionamento psíquico de esquizofrênicos.

A partir desta hipótese, o objetivo deste estudo é o de investigar as emergências dos processos primários por meio do Teste de Apercepção Temática (TAT) da Escola de Paris em adultos com diagnóstico de esquizofrenia. Portanto, esse estudo apóia-se nas contribuições do uso do TAT de acordo com a Escola de Paris para a compreensão das emergências dos processos primários em sujeitos esquizofrênicos.

Assim, a estrutura deste estudo está organizada em seis capítulos. O primeiro capítulo é subdividido em quatro partes. Primeiramente, é traçado um breve histórico da esquizofrenia e sua classificação internacional. Em seguida, é apresentado o conceito de processos primários, sua importância, seu desenvolvimento, seus efeitos e sua atuação no modo de funcionamento psíquico, em particular, o modo de funcionamento psíquico de esquizofrênicos. Na terceira parte são apresentados os métodos projetivos, de modo a esclarecer sua denominação advinda da diversidade do conceito de projeção e situa seu enquadre, importância e limitações. A quarta parte apresenta a origem, o desenvolvimento, o uso do TAT e seus instrumentos metodológicos, segundo a Escola de Paris. Nesta parte, dá-se ênfase à Folha de Cotação do TAT, especialmente, no que diz respeito aos procedimentos da categoria de emergências dos processos primários e às modalidades de funcionamentos psicóticos.

No capítulo dois são apresentados a justificativa e os objetivos do estudo.

No terceiro capítulo, foi concedido um espaço importante para a descrição da metodologia do estudo, iniciando-se a apresentação com os resultados do estudo piloto. Nesta sessão é descrita a amostra, com a caracterização detalhada dos participantes e os instrumentos utilizados. Na sequência são apresentados os procedimentos para coleta de dados e os procedimentos para análise dos dados.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados obtidos e as estatísticas realizadas com os dados coletados no presente estudo.

Com base nesses resultados, o capítulo quinto foi destinado à discussão dos resultados obtidos. Procurou-se examinar, interpretar e discutir as informações coletadas nos dados provenientes desses resultados. Buscou-se, igualmente, relacionar em que medida esses dados estão ou não em conformidade com os achados da literatura. A partir de então, pôde-se verificar a importância do uso do Método de Cotação do TAT da Escola de Paris.

Por fim, o capítulo seis se propõe tecer considerações sobre os pontos essenciais desta investigação, a fim de fortalecer suas principais contribuições. Após estas considerações são

apresentadas as referências bibliográficas consultadas para realização deste estudo, podendo as mesmas servir de orientação a futuros estudos com métodos projetivos numa abordagem psicodinâmica.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 BREVE HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA

Descrições parciais de sintomas da doença, hoje chamada de esquizofrenia, podem ser encontradas em textos hindus e gregos de séculos antes de Cristo (Evans, Mcgrath & Milns, 2003). No entanto, somente a partir do século XIX d.C. começam a surgir descrições mais precisas das diferentes doenças mentais, nas primeiras tentativas de sistematizar uma nosografia psiquiátrica, particularmente em relação aos quadros denominados vagamente de insanidade (Louzã Neto, Elkis *et al.*, 2007).

Antes dos trabalhos de Emil Kraepelin, as referências sobre a esquizofrenia eram esparsas e limitavam-se à descrição de aspectos particulares da doença. Em 1809, Philippe Pinel descreveu casos que denominou “idiotia adquirida” (Pinel, 1809) e Jean-Étienne Esquirol, em 1838, referiu-se a quadros de demência cujas manifestações ocorriam na juventude (Louzã Neto, Elkis *et al.*, 2007; Paim, 1990; Shirakawa, 1992).

Entre 1851 e 1853, Bénédict-Augustin Morel (1852-1857) denominou demência precoce um caso de desorganização do pensamento de um paciente de 14 anos de idade. Para Morel, a demência precoce era um conjunto de elementos mórbidos de natureza constitucional, uma das “loucuras hereditárias de existência intelectual limitada, com transição irremediável à idiotia” (citado por Shirakawa, 1992, p. 9).

Shirakawa (1992, p. 9) relata que Ewald Hecker, em 1871, descreveu a hebefrenia como “uma síndrome que acomete jovens, com acessos sucessivos, enfraquecimento mental rápido, transtornos da linguagem e da escrita e maneirismos [...]”. Em 1874/1999, Karl Kahlbaum descreveu a catatonia como entidade caracterizada por “enfraquecimento mental e transtornos de atividade muscular, caracterizados por rigidez, tensão e contratura, consequentes a excessos sexuais, masturbação e estafa intelectual”. (Shirakawa, 1992, p. 9-10).

Em 1896, Kraepelin (1896/1999) realizou o primeiro delineamento sobre o conceito de esquizofrenia, chamando-a de demência precoce ao observar que, entre os doentes mentais graves tratados por ele, alguns apresentavam sintomas como delírios e retraimento emocional em idades relativamente precoces. A enfermidade desses pacientes tendia a ter um curso crônico e deteriorante. Nessa mesma época, Alois Alzheimer, colega de Kraepelin, estudava

pacientes com prejuízos cognitivos sérios e deterioração iniciada em idade mais avançada. Atualmente, esta enfermidade é conhecida como doença de Alzheimer (Shirakawa, 1992; Talbott, Hales & Yudofsky, 1992).

Kraepelin distinguiu a demência precoce da doença de Alzheimer e de um grupo de doenças denominado de doença maníaco-depressiva. Nesta última, o início aparece distribuído ao longo da vida, apresentando um curso e resultado mais episódico e menos deteriorante (Talbott, Hales & Yudofsky, 1992; Abreu & Gil, 2003; B. Sadock & V. Sadock, 2007).

Kraepelin colocou ordem e sintetizou os conhecimentos da época acerca da demência precoce que até então eram bastante difusos. Para esse estudioso, essa doença era composta por uma série de síndromes clínicas, as quais tinham como característica comum o fato de serem constituídas pela destruição da harmonia interna da personalidade psíquica, com participação primaz da vida afetiva e da vontade (Shirakawa, 1992). Kraepelin (1896/1999) distinguiu três formas de demência: a hebefrênica, a catatônica e a paranóide.

Portuondo (1976) e Ey, Bernard e Brisset (1960/1989) destacam que Kraepelin fez uma excelente descrição clínica da esquizofrenia, mas foi Eugen Bleuler que, a partir de 1906, avançou no entendimento psicodinâmico dos sintomas dessa doença. Bleuler empregou o termo esquizofrenia para designar a demência precoce de Kraepelin, em que em sua opinião era particularmente mal nomeada, já que “não se tratava de uma demência e que nem sempre era juvenil nem precoce no desenrolar do processo psicológico” (Bercherie, 1980/1998, p. 229). Para ele, esses doentes não são dementes, mas sim pessoas afetadas por um processo de deslocação que desintegra sua capacidade associativa (sinais “primários” de dissociação). Como consequência, tem-se a alteração do pensamento e o mergulho em uma vida “autista”, cujas ideias e sentimentos são – como no sonho – a expressão simbólica dos complexos inconscientes (sinais “secundários”). Para Bleuler, mais importante que o curso e o resultado era o grupo de sintomas, uma vez que estes distinguiam melhor as enfermidades (Ey, Bernard, & Brisset, 1960/1989; Talbott, Hales & Yudofsky, 1992).

Bleuler, além de ter dado uma nova denominação à demência precoce, revolucionou o estudo da psicopatologia, trazendo importantes contribuições, como afirma Paim (1990). Bleuler (1911/1993) considerava a existência de dois grupos de sintomas: fundamentais (ou primários) e acessórios (ou secundários). Os fundamentais são aqueles característicos da esquizofrenia e que estão presentes em todos os casos e em todos os períodos da doença, conhecidos como os quatro “As” (Associação frouxa de ideias, Ambivalência, Autismo e alterações de Afeto); por sua vez, os sintomas acessórios podem aparecer também em outros

tipos de enfermidade (transtornos primários da percepção, da orientação e da memória) (Ey, Bernard & Brisset, 1960/1989).

Após a publicação, em 1911, da vasta monografia sobre a esquizofrenia *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, cuja redação data de 1908, Bleuler teve seu trabalho cada vez mais reconhecido pela comunidade científica, a ponto de suas descrições sobre a esquizofrenia serem utilizadas como padrão por várias décadas na maior parte da Europa e Estados Unidos (Paim, 1990; Talbott, Hales & Yudofsky, 1992). Na introdução desta obra, Bleuler (1911/1993) apresenta a seguinte definição:

Designamos, sob o nome de demência precoce ou esquizofrenia, um grupo de psicoses que evolui ora sobre um modo crônico, ora por surtos, podendo deter-se ou retroceder em qualquer etapa, mas que não permite uma completa *restitutio ad integrum*. Este grupo é caracterizado por um tipo específico de alteração do pensamento, do sentimento e das relações com o mundo externo e que não se encontra em nenhum outro lugar (p. 45)<sup>1</sup>.

Uma das características marcantes da contribuição de Bleuler destaca-se pelo mecanismo típico da esquizofrenia e que ele designou pelo termo *Spaltung* que traduz uma operação de cisão no cerne do psiquismo:

Chamo a demência precoce de esquizofrenia porque, como espero demonstrá-la, a cisão de diversas funções psíquicas é uma das características das mais importantes. Por essas razões de comodidade, emprego a palavra no singular, apesar do grupo conter realmente varias doenças. (Bleuler, 1911/1993, p. 44)<sup>2</sup>.

O neologismo criado por Bleuler apresenta-se com uma dimensão etiológica evidente que lhe permitiu se destacar das concepções de Kraepelin. Etimologicamente, a palavra esquizofrenia traz consigo as raízes gregas *schizein* que significa “fender, cindir” e *phrèn* que significa “a alma, o espírito”. Ou seja, Bleuler, ao forjar este conceito, quis dar a essa criação terminológica um vigor explicativo. Nesse sentido, o termo *Spaltung*, enquanto mecanismo psíquico parece indissociável, em sua dimensão psicopatológica, do conceito em si de esquizofrenia.

Segundo Gortais (2005), a concepção bleuleriana induz ao mesmo tempo à abordagem freudiana e à experiência terapêutica que Bleuler desenvolveu na clínica de Burghölzli, em Zurique, instituição que ele dirigiu e que teve Carl Gustav Jung como assistente. Portanto, a

<sup>1</sup> “Nous désignons, sous le nom de démence précoce ou schizophrénie, un groupe des psychoses qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s’arrêter ou rétrocéder à n’importe quel stade, mais qui ne permet sans doute pas de *restitutio ad integrum* complète. Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d’un type spécifique et qu’on ne rencontre nulle part ailleurs.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>2</sup> “J’appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j’espère le montrer, la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l’un des caractères les plus importants.” (Tradução do autor do presente estudo)

esquizofrenia nasce no entrecruzamento da psiquiatria com a psicanálise, uma vez que a concepção de seus mecanismos é tributária das leis que regem o inconsciente e da teoria da libido de Freud (Quinet, 1999).

Segundo Ey *et al.* (1960/1989), o ponto de vista introduzido por Bleuler enfatizou o caráter dinâmico e positivo do processo. Essa abordagem foi amplamente explorada pelos psicanalistas e pelas escolas psiquiátricas contemporâneas e possui uma vantagem considerável sobre a concepção kraepeliniana de um processo puramente deficitário ou negativo: constitui um ponto de vista terapêutico.

Em 1913, Karl Jaspers (1913/2005) também teve papel fundamental no estudo da esquizofrenia ao introduzir a fenomenologia na psicopatologia, possibilitando a enumeração de sintomas “primários”, considerados como características do processo esquizofrênico. Antes de Jaspers eram estudados apenas os aspectos formais dos fenômenos da doença.

Kurt Schneider (1946/1968) considerava que na esquizofrenia existem sintomas de primeira ordem (percepção delirante, alucinações auditivas, sonorização do pensamento, vivência de influência corporal, roubo do pensamento, vivência de influência sobre o pensamento, difusão do pensamento, tudo aquilo que é feito ou influenciado por outrem no campo dos sentimentos, dos impulsos e da vontade) e sintomas de segunda ordem (outros distúrbios senso-perceptivos, intuição delirante, perplexidade, disposições de ânimo depressivas ou maníacas, vivência de empobrecimento afetivo, e outros sintomas). Os sintomas de segunda ordem teriam menor valor para o diagnóstico da doença, enquanto a presença de sintomas de primeira ordem – com exclusão das causas orgânicas – seria bastante sugestiva de esquizofrenia.

A partir dos anos 80 (por volta do aparecimento do DSM-III), o desenvolvimento das neurociências e da psiquiatria neurobiológica apoiou-se nas abordagens classificatórias e epidemiológicas, fazendo perder de vista em sua abordagem a especificidade da nosologia clássica.

No seu dicionário de psicanálise, Roudinesco e Plon (1997/1998) resumem a maneira cujo DSM surgiu e se impôs, primeiramente, nos meios psiquiátricos americanos e depois em todos os países industrializados:

Manual diagnóstico e estatístico dos distúrbios mentais (DSM), preparado pela American Psychiatric Association (APA). Publicado pela primeira vez em 1952, sob o título de DSM I, a princípio ele foi influenciado pelas teses higienistas de Adolf Meyer. Em 1968, sob o nome de DSM II, tornou-se a expressão de uma concepção puramente organicista da doença mental, da qual foi eliminada qualquer idéia de causalidade psíquica. Doze anos depois, após vastos debates sobre os abusos da psiquiatria na União Soviética, editou-se um novo manual, o DSM III, no qual se

concretizou uma escolha deliberadamente “ateórica”. A própria noção de doença da alma, ou loucura, com seus dois mil anos de idade, foi liquidada, em prol de uma classificação dos indivíduos segundo o comportamento e os sintomas. [...].

Com o sucesso considerável do DSM nas sociedades industriais avançadas, a psiquiatria deixou o campo do saber clínico para se colocar a serviço dos laboratórios farmacêuticos, e se transformou numa psiquiatria sem alma e sem consciência, baseada na crença nas pílulas da felicidade e adepta do famoso niilismo terapêutico tão combatido por Freud e Bleuler.

Foi nessas novas classificações tecnológicas, de inspiração farmacológica, que se apoiaram, a partir de 1990, os numerosos trabalhos cognitivistas referentes à esquizofrenia. Sem [...] trazer a mais ínfima solução para a causalidade real dessa psicose, eles pretextaram descobrir nela um fundamento neurológico (a “disfunção cognitiva”), mero retorno à “*Spaltung* bleuleriana” (p. 192).

Assim, foi constatado que as classificações e os critérios operacionais atuais da décima edição da Classificação internacional dos transtornos mentais e do comportamento – CID-10 (OMS, 1993) e a quarta edição revista do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV-TR, da *American Psychiatric Association* – APA (2000/2003), utilizam os sintomas clássicos descritos por Kurt Schneider (1946/1968) como operadores necessários para o diagnóstico da esquizofrenia e, desse modo, avalia esse transtorno do ponto de vista de um comportamento observável.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Quarta Edição Texto Revisado (DSM-IV-TR) da *American Psychiatric Association* (2000/2003), a esquizofrenia é uma perturbação com duração de pelo menos seis meses e com a ocorrência de pelo menos dois dos seguintes sintomas<sup>3</sup>: delírio (A1), alucinação (A2), discurso desorganizado (A3), comportamento desorganizado ou catatônico (A4), embotamento do afeto e pouca produtividade do pensamento (A5). Entretanto, se os delírios são bizarros ou se as alucinações consistem em vozes que comentam ou enunciam os atos do paciente, basta a presença de apenas um desses critérios<sup>4</sup> para realização do diagnóstico.

Com o surgimento da 5ª. Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais<sup>5</sup> (APA, 2013) duas mudanças relacionadas ao Critério A do DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) estão presentes. A primeira delas consiste na eliminação da atribuição especial para os delírios bizarros e as alucinações auditivas, sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider, como critérios suficientes para o diagnóstico de esquizofrenia (Nota para o Critério A do DSM-IV-TR). A crítica a esses critérios está apoiada na inespecificidade e na

---

<sup>3</sup>Sintomas característicos necessários para satisfazer as exigências do Critério A (um dos Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia) do DSM-IV-TR (APA, 2000/2003, p. 315-316).

<sup>4</sup> Nota para o Critério A do DSM-IV-TR (APA, 2000/2003, p. 316).

<sup>5</sup> Ressalta-se que o presente estudo utilizou como referência o DSM-IV-TR (APA, 2000/2003).

confiabilidade da distinção entre delírios bizarros e não bizarros. Portanto, no DSM-5 (APA, 2013), dois sintomas do Critério A são necessários para qualquer diagnóstico de esquizofrenia. A segunda mudança é a inclusão de uma nova especificação no Critério A: a de que o indivíduo tenha pelo menos um dos três sintomas a seguir: alucinações, discurso desorganizado e delírios. Ao menos um desses “sintomas positivos” centrais se faz necessário para um diagnóstico confiável de esquizofrenia.

Embora existam subtipos da doença <sup>6</sup>, as diferenças referem-se a variações sintomáticas. Estes diferentes subtipos constituem classificações baseadas na predominância de certos sintomas que têm sua utilidade principalmente para efeitos prognósticos e de tratamentos.

No Capítulo V (F) da Classificação Internacional das Doenças de número 10 – CID-10 (OMS, 1993) –, dedicado aos transtornos mentais e de comportamento, o diagnóstico da esquizofrenia (F20) é considerado quando pelo menos um dos sintomas dos quatro primeiros grupos, ou, no mínimo, dois dos sintomas dos quatro últimos grupos estiverem evidentes na maior parte do tempo, por um período de um mês ou mais (Tabela 1).

Tabela 1– Critérios diagnósticos da CID-10 para esquizofrenia (F20)

<p>I. Pelo menos uma das síndromes, dos sintomas e dos sinais listados em um (A), ou pelo menos dois dos sintomas e sinais listados em (B) devem se manifestar no paciente durante a maior parte do tempo de um episódio de transtorno psicótico, durando pelo menos um mês (ou por algum tempo na maioria dos dias).</p> <p>(A) Pelos menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) eco de pensamento, inserção ou roubo de pensamento ou irradiação de pensamento;</li> <li>(2) delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros, ações, sensações ou pensamentos específicos; percepção delirante;</li> <li>(3) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo;</li> <li>(4) delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis como poderes e capacidades sobre-humanas (ex. ser capaz de controlar o tempo ou entrar em comunicação com seres alienígenas).</li> </ol> <p>(B) Ou pelo menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(5) alucinações persistentes em qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente;</li> <li>(6) neologismos, paradas ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante;</li> <li>(7) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;</li> <li>(8) sintomas "negativos" como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento e diminuição do desempenho social (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).</li> </ol> <p>II. Critérios de exclusão mais comumente usados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) manifestação de episódio maníaco (F30) ou de episódio depressivo (F32), anteriores aos sintomas característicos de esquizofrenia;</li> <li>(2) presença de doença cerebral orgânica, ou estados de intoxicação, ou dependência, ou abstinência de álcool ou drogas.</li> </ol>
--

Fonte consultada: OMS (1993, p. 86-87)

<sup>6</sup> Os subtipos da esquizofrenia presentes no DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) foram eliminados do DSM-5 (APA, 2013).



Esses sintomas são, por outro lado, critérios excludentes do diagnóstico de esquizofrenia, a presença de uma doença cerebral clara, a evidência de estados de intoxicações ou de abstinência de drogas, ou seja, a existência incontestável de evidências de organicidade e, ainda, de sintomas de depressão ou de mania de aparecimento, anterior aos sintomas que caracterizam a esquizofrenia.

Entretanto, as considerações trazidas pelo DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) e a CID-10 (OMS, 1993) dizem mais respeito ao aspecto formal da alteração perceptiva do “eu” do que ao conteúdo secundário que vem dar sentido e reparar a desagregação mental e consequentemente discursiva, características do quadro esquizofrênico.

## 1. 2 PROCESSOS PRIMÁRIOS<sup>7</sup>

O conceito de processos primários ou processos psíquicos primários decorre diretamente da obra de Freud de 1900<sup>8</sup> desenvolvido no capítulo VII de *A Interpretação dos Sonhos* (Freud, 1900/1996b; Laplanche & Pontalis, 1967/1981). Eles foram reconhecidos por Freud por meio da compreensão dos mecanismos de deslocamento e condensação presentes nos sonhos e nos processos inconscientes. Nos processos primários, presencia-se o livre escoamento da energia psíquica, a qual passa sem barreiras de uma representação a outra, os quais são responsáveis pelos processos automáticos de descarga e pelo pensamento associativo incontrolável. A energia psíquica tende a ser totalmente reinvestida nas representações vinculadas às vivências de satisfação constituídas de desejo. O investimento é sobre as representações de coisa, ou seja, de um traço mnésico que diz respeito a uma representação essencialmente visual, como a representação alucinatória da mãe na criança, tida por esta como o equivalente do objeto percebido, ou seja, a mãe real. Os processos

---

<sup>7</sup>Os conceitos psicanalíticos utilizados no presente estudo tomam apoio na teoria freudiana que trabalha o inconsciente do ponto de vista da representação (em alemão *Vorstellung*), do inconsciente imaginário, do inconsciente da ordem da representação pictórica, da representação da coisa (em alemão *Sachvorstellung*). (Laplanche & Pontalis, 1967/1981, p. 417-419). Salienta-se que a partir de 1953, Jacques Lacan desenvolveu uma concepção radicalmente diferente do inconsciente freudiano, apoiado em sua teoria do significante, definindo o inconsciente como “o discurso do outro”, estruturando-o como uma linguagem, sendo assim para Lacan “A linguagem é a condição do inconsciente.” (Roudinesco & Plon, 1997/1998, p. 377)

<sup>8</sup>O termo processo primário faz-se presente na obra de Freud desde o texto “Projeto para uma psicologia científica” (1895/1996a), Freud apoia-se numa concepção biológica, influenciada pelas hipóteses evolucionistas do neurologista inglês John Hughlings Jackson, já presente em seus escritos sobre Afasia (Freud, 1891/1977). Freud conserva o sistema jacksoniano, transportando-o do organismo vivo para o aparelho psíquico e abandona qualquer paralelismo entre o funcionamento psíquico e as diversas partes do sistema nervoso.

primários levam o funcionamento mental a sair do controle da realidade para tender à alucinação das materializações dos desejos.

O funcionamento mental do modo esquizofrênico é guiado pelos mecanismos de deslocamento e condensação, tributários dos processos primários, o que, ao mesmo tempo, acarretam distorção, ao menos parcial, da realidade, um afrouxamento das associações e uma lógica aparente, dita “autista” (Bergeret, 1974/1985, p. 76).

Freud (1900/1996b) faz uma analogia entre os sonhos e as psicoses e cita Kant em referência ao fato de que “o louco é um sonhador acordado” (p. 125), vivendo o sonho como realidade. Essa idéia de Freud consolida o fato de que as características dos processos primários (necessidade de descarga e de satisfação imediata; passagem de uma representação para outra segundo os mecanismos de deslocamento e/ou de condensação, alucinação do objeto-fonte de satisfação primitiva; ausência de coerência, de relações lógicas; desconhecimento das relações temporais e do princípio de realidade; compulsão de repetição que obedece ao princípio de identidade de percepção) podem ser reconhecidas na fenomenologia apresentada pelos esquizofrênicos. “Nós mesmos, de fato, podemos experimentar nos sonhos quase todos os fenômenos encontrados nos manicômios” (Wundt, 1878 in Freud, 1900/1996b, p. 125).

Segundo Freud (1900/1996b), nos sonhos, “a personalidade pode ser cindida – quando, por exemplo, os conhecimentos do próprio sonhador se dividem entre duas pessoas [...]” (p. 126). Isso corresponde precisamente à cisão da personalidade que é familiar na esquizofrenia. Nela podem ser reconhecidos os fenômenos que correspondem à cisão do eu e que foram denominados por Kurt Schneider (1946/1968) de “fenômenos de primeira ordem”.

No capítulo VII de *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1996b), Freud demonstra a semelhança entre o sonho e a doença mental. Embora haja uma ruptura epistemológica entre psicanálise e psiquiatria, ele recorre aos processos que são descritos na psiquiatria e até hoje são considerados como responsivos para o diagnóstico dessa patologia. Os fenômenos psicopatológicos clássicos citados nesse capítulo são ainda hoje, a despeito de todas as discussões teóricas, os sintomas utilizados na CID-10 (OMS, 1993) para o diagnóstico da esquizofrenia, como descrito anteriormente.

A partir dos sintomas característicos da esquizofrenia que constam nos critérios da CID-10 (OMS, 1993), pode-se observar a presença da

[...] descontinuidade, ruptura dos vínculos no seio dos processos de pensamento que se caracterizam pela fragmentação ou pelo aniquilamento, semelhante às representações de si, vivenciadas sem continuidade temporal e sem referências espaciais, o que coloca em evidência o arrombamento dos limites, a explosão da identidade e a projeção

fragmentada e desordenada de conteúdos psíquicos desorganizados (Chabert, 1998, p.114).

Por outro lado, o processo secundário surgiria a partir da inibição e do redirecionamento do processo primário. É caracterizado por um funcionamento no qual a energia psíquica é controlada, não circulando livremente e encontrando-se “ligada”<sup>9</sup> e investida de maneira estável nas representações. Com a aquisição da linguagem e o investimento das representações de palavra<sup>10</sup>, a satisfação do desejo é adiada o que implica a aceitação de um retardo. Portanto, ao contrário dos processos primários, leva-se em conta a realidade, a lógica e a coerência e, entre outras, as categorias do tempo e do espaço (Laplanche & Pontalis, 1967/1981).

O processo primário visa a reencontrar uma percepção idêntica à da imagem do objeto proveniente da vivência da satisfação. No processo secundário, a identidade procurada é dos pensamentos entre si. É necessário salientar que, sem processos primários, não há processos secundários, pois estes trabalham sobre os outros que constituem de alguma forma a matéria-prima do tratamento dos produtos psíquicos e de sua elaboração (Laplanche & Pontalis, 1967/1981).

O modo privilegiado de funcionamento das psicoses, em particular o dos esquizofrênicos, está restrito aos processos primários, considerados como aqueles que geram o trabalho psíquico nos primeiros instantes da vida humana, deixando em segundo plano as características dos processos secundários (Freud, 1900/1996b, 1911/1996f, 1915/1996g, 1917/1996i, 1920/1996j, 1938/1996l; Laplanche & Pontalis, 1967/1981; Shentoub *et al.*, 1990; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003; Chabert, 1998).

Em contrapartida, a ausência de processo primário constitui um índice alarmante na medida em que denuncia uma ausência de vitalidade pulsional<sup>11</sup>, desencadeando uma paralisia mórbida das condutas psíquicas (Chabert, 1998, 1995/2006).

---

<sup>9</sup>A utilização da palavra “ligada” refere-se aos termos de “energia ligada e energia livre” que conotam, do ponto de vista econômico, a distinção freudiana entre processo primário e processo secundário. Uma explicitação mais detalhada de “energia livre- energia ligada” pode ser encontrada no Vocabulário de Psicanálise de J. Laplanche J.-B. Pontalis (1967/1981, pp. 133-134)

<sup>10</sup>Freud mostrou que nos estados patológicos da atividade do pensamento como nas crianças (Freud, 1905/1996c) e na esquizofrenia (Freud, 1917/1996i) as representações de palavra são também tratadas como representações de coisa, isto é, segundo as leis do processo primário.

<sup>11</sup>Neste estudo, é adotado o conceito psicanalítico de pulsão (*Trieb* no original) compreendido como “processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objeto [pessoa ou objeto real ou imaginário] ou graças a ele que a pulsão pode atingir a sua meta.” (Laplanche & Pontalis, 1967/1981, pp. 359-360).

Nessa perspectiva, é necessário, portanto, considerar que qualquer sinal de emergência de processo primário constitui um elemento positivo, até mesmo quando ele for portador de representações “patológicas” – como, por exemplo, os pensamentos nutridos de atividades delirantes –, na medida em que ele traduz um despertar pulsional que reanima o estado de imobilidade no qual se congela a psique (Chabert, 1998). Pode-se assim dizer que, a expressão pulsional, seja qual for, deve ser julgada como favorável e vida psíquica.

Uma das mais inovadoras idéias de Freud na compreensão das psicoses foi a de considerar o delírio como uma tentativa de restaurar os vínculos rompidos do sujeito<sup>12</sup> com o mundo dos objetos. “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução.” (Freud, 1911/1996e, p.78).

Esse modo privilegiado de funcionamento se expressa com grande riqueza nos métodos projetivos, particularmente no TAT, uma vez que com o auxílio da folha de cotação para análise das histórias produzidas pelo sujeito, ela traz em seu bojo uma série específica de análise do modo de funcionamento dos esquizofrênicos. A existência de um instrumento que operacionaliza a identificação dos processos primários parece ser de capital importância para favorecer o estabelecimento de diagnóstico, de prognóstico e de acompanhamento evolutivo, visando a amenizar o sofrimento dos sujeitos portadores desse modo de funcionamento psíquico.

A esquizofrenia, de fato, constitui um distúrbio gravíssimo do funcionamento mental cuja reversibilidade se apresenta pouco provável. Portanto, é preciso, de algum modo, renunciar o conceito de cura no sentido clássico do termo, para se dedicar mais ao estudo de processo de mudança cuja avaliação depende, por vezes, da apreciação das dimensões sutis e mesmo negligenciáveis (Chabert *et al.*, 1990).

Assim, por meio da investigação das emergências dos processos primários em adultos portadores de diagnóstico de esquizofrenia, este estudo pretende contribuir na apreciação dessas dimensões.

---

<sup>12</sup> O conceito de sujeito utilizado no presente estudo é empregado para designar “ora um indivíduo, como alguém que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles, ora uma instância com a qual é relacionado um predicado ou um atributo” (Roudinesco & Plon, 1997/1998, p.742). Não se trata aqui da concepção de sujeito proposta por Jacques Lacan, no período compreendido entre 1950 e 1965, que acompanha a noção lógica e filosófica do sujeito no âmbito de sua teoria do signifiante e transforma o sujeito da consciência num sujeito do inconsciente, da ciência e do desejo (Roudinesco & Plon, 1997/1998, p.742). Nesse sentido, o conceito de sujeito aqui utilizado diz respeito ao sujeito do enunciado e não aquele utilizado por Lacan cuja referência é o sujeito da enunciação.

### 1.3 MÉTODOS PROJETIVOS

Um sonho é, [...], entre outras coisas, uma *projeção*:  
 uma externalização de um processo interno.  
 (Freud, 1917/1996i, p. 230)

As origens, a história e o desenvolvimento precoce dos métodos projetivos estão intimamente ligados à evolução da psicanálise e à história da psicologia clínica. De fato, a teoria dos sonhos de Freud e a sua técnica de interpretação podem ser consideradas a fonte mais importante das idéias dominantes nessa área. Portanto, tanto devido à origem, quanto à convenção, os métodos projetivos são instrumentos do clínico. Eles são usados, principalmente, a serviço de um indivíduo para avaliar o seu funcionamento psíquico, com a intenção terapêutica, diagnóstica e/ou prognóstica (Lindzey, 1961; Chabert, 1998; Anzieu & Chabert, 1961/2004; Andronikof, 2008a). Pode-se dizer que essa corrente dos métodos projetivos com abordagem psicanalítica<sup>13</sup> – para Escola de Paris essa abordagem refere-se ao *corpus* metapsicológico freudiano<sup>14</sup> – segue, de acordo com Silva (2011), “a tradição de Binet no uso das provas psicológicas voltadas para a singularidade e o diagnóstico diferencial e aplicação individual” (p. 85), tradição centrada na compreensão das diferenças individuais dos processos psíquicos (Binet & Henri, 1895; Martin, 1997).

No início, esses métodos não carregavam ainda o denominativo projetivo, mas todos os seus diversos apelidos vão ao encontro – na sua solicitação da tarefa – à regra fundamental da psicanálise: a associação livre.

Diferentes denominações foram dadas aos instrumentos que, de algum modo, propiciavam a liberdade de expressão, permitindo ao sujeito exteriorizar sua vivência do mundo externo. Estas denominações são as seguintes: testes de associação, imaginação,

---

<sup>13</sup> A psicanálise freudiana foi apropriada por outros teóricos que introduziram modificações, ramificando-se na medida em que novos olhares ampliavam os horizontes. Alguns de seus sucessores conservaram o pensamento de Freud de sua fonte original, outros acrescentaram e/ou modificaram as contribuições da teoria de Freud, podendo citar como protótipo a escola psicanalítica americana – *Ego Psychology* – dirigida por Heinz Hartmann. No que se refere ao TAT, é importante lembrar que os continuadores diretos (Rapaport, Schafer, Holt, Bellak, Wyatt), segundo Shentoub (1972-1973), da obra de Murray, “pai” do TAT, pertenciam à esta escola e assim a maioria dos trabalhos sobre o TAT, senão quase toda totalidade, se inspiravam da teoria hartmaniana (Shentoub, 1972-1973).

<sup>14</sup> Para Escola de Paris, o *corpus* metapsicológico freudiano deve ser apreendido em seu todo, isto é, deve-se levar em consideração tanto a primeira como a segunda tópica (inconsciente/preconsciente/consciente, id/ego/superego) e os três pontos de vista clássico: dinâmico, econômico e tópico (Shentoub, 1987).

percepção, intuição, fantasia, complementação, expressão, viso-motor, interpretação, fazendo apelo a uma produção verbal/não-verbal/corporal e/ou gráfico. Os termos “técnica projetiva”, “método projetivo”, “método e/ou técnica de projeção”<sup>15</sup> passaram a ser associados com esses instrumentos durante a década de 1930, principalmente como resultado dos escritos de Henry Alexander Murray (1933, 1938), Christiana Drummond Morgan e Henry Alexander Murray (1935) e Lawrence Kelso Frank (1939/1965).

Os métodos projetivos e sua aplicação representam um ponto de intersecção significativo para a teoria psicanalítica. Esses instrumentos abrangem uma grande variedade de materiais, instruções e regras interpretativas. Apesar dessa diversidade, há certas características comuns que esses métodos distinguem de outras medidas de personalidade, como inventários e similares. As características comuns dos métodos projetivos são evidenciadas pelo tipo particular de material proposto, ao mesmo tempo concreto e ambíguo, e pela instrução que propõe a liberdade de expressão associativa. O princípio e o objetivo de um método projetivo são os de permitir ao sujeito um meio de exteriorizar mecanismos e conteúdos internos sobre um espaço (Anzieu & Chabert, 1961/2004).

Os estudos de Jung sobre a associação de palavras, de 1904 a 1909, foram muito influentes no desenvolvimento dos métodos projetivos. O Psicodiagnóstico de Rorschach (1921/1953), o mais conhecido de todos os métodos projetivos, foi desenvolvido por um aluno de Jung e foi, sem dúvida, influenciado pela teoria e prática psicanalítica (Anzieu & Chabert, 1961/2004).

A expressão “Métodos projetivos” foi criada por Lawrence Kelso Frank em 1939 e publicada num artigo do *Journal of Psychology* intitulado *Projective methods for the study of personality* e, a partir dessa data, os métodos projetivos se popularizaram<sup>16</sup> e passaram a ter um valor histórico com aceitação rápida e universal. Essa designação foi utilizada para explicar as similaridades existentes entre o Teste de Associação de Palavras de Jung, de 1904, o Psicodiagnóstico de Rorschach, de 1921, o “TAT” Teste de Apercepção Temática de Morgan e Murray, de 1935, juntamente com outros instrumentos existentes que tinham como característica comum a proposição de investigação dinâmica e global da personalidade com base na análise do mecanismo básico de produção da resposta, ou seja, o mecanismo

---

<sup>15</sup> Os métodos projetivos receberam vários outros termos de alguns estudiosos (Allport, 1921, 1929, 1937/1961; Murray, 1938; Rapaport *et al.*, 1946; Lindzey, 1959; Vane & Guarnaccia, 1989) que tentaram adequar/denominar e/ou classificar esses métodos de acordo com o material proposto e a tarefa solicitada.

<sup>16</sup> Antecedendo à publicação de Frank de 1939, estudiosos como Ruth Updegraff (1938), Daniel Katz e Richard Schanck (1938), Murray (1938) já utilizavam o termo “projetivo” para designar instrumentos de avaliação da personalidade.

projetivo. A personalidade do sujeito se projeta (no sentido de arremessar, lançar) nas respostas dadas por ele, quando este é colocado em face a um estímulo.

Frank (1939/1965, 1943, 1948, 1960) não apenas adotou o nome projeção, mas se empenhou igualmente em deixar definido o conceito desse instrumento psicológico, estabelecendo bases doutrinárias para abordagem projetiva. Em suas obras podem-se encontrar várias referências cujas definições são claras e precisas. Duas dessas obras (da comunicação de 1939) podem ser sintetizadas nos objetivos dos métodos projetivos: a técnica consiste em colocar o sujeito diante de uma determinada situação estimulante – provocante; a resposta do sujeito traduz o sentido que ele empresta à situação e traduz, ainda mais, o modo pelo qual ele experiencia a situação; o conjunto de suas respostas equivale a uma evocação do seu mundo interno e de suas vivências. Ele retorna, em 1948, e reafirma sua definição: “A característica essencial de uma técnica projetiva é que ela evoca no sujeito o que é, de várias maneiras, expressivo do seu mundo privado e processo de personalidade”<sup>17</sup> (Frank, 1948, p. 47).

A partir dessas considerações, pode-se dizer que foi para promover um novo espaço epistemológico de exploração que Frank lançou em 1939 a idéia retomada por ele em 1948, de um termo genérico – métodos projetivos – que reunisse todas essas técnicas centradas sobre a pesquisa de determinantes da personalidade (Villerbu, 1993/1994).

O conceito de projeção<sup>18</sup> é de tal amplitude, que ele se enriquece diferentemente tomando um sentido multidisciplinar e não pertence de modo exclusivo ao vocabulário de psicanálise. Até mesmo a filosofia conhece, através Étienne Bonnot de Condillac, uma *Teoria da projeção* segundo a qual

as sensações, de início, sentidas como meras mudanças do estado mental, são depois projetadas fora do Eu [...] e adquirem então somente uma aparência de realidade independente.<sup>19</sup> (Lalande, 1926/1997, p. 839-840).

Entretanto, a teoria psicanalítica, com base na clínica, adquiriu direito à propriedade do conceito de projeção através de Freud. Contudo, é lamentável que Freud tenha abandonado o projeto de esclarecer este conceito ou tenha destruído o projeto de artigo que devia ser incluído na *Metapsicologia* (Green, 1971).

<sup>17</sup> “The essential feature of a projective technique is that it evokes from the subject what is, in various ways, expressive of his private world and personality process.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>18</sup> O tema é de tal importância que a *Revue de la Société psychanalytique de Paris* (2000) dedicou seu volume 64(3) ao conceito de projeção.

<sup>19</sup> “les sensations, senties d’abord comme de simples modifications de l’état mental, sont ensuite « projetées » hors du moi [...] et acquièrent alors seulement une apparence de réalité indépendante.” (Tradução do autor do presente estudo)

Freud utilizou o conceito de projeção para nomear mecanismos psíquicos bastante específicos sem, no entanto, elaborar uma teoria da projeção. Anzieu e Chabert (1961/2004), Laplanche e Pontalis (1967/1981) investigaram a obra de Freud e afirmam que o conceito foi introduzido na psicanálise, em 1895, nos Estudos Sobre a Histeria – em colaboração com Breuer (Freud, 1895/1973a) –, estando presente em sua obra, a partir desse momento. Nesses estudos, a projeção está relacionada apenas à forma dos sintomas e esse conceito é ampliado por Freud a cada psicose (Anzieu & Chabert, 1961/2004).

Estas contribuições da psicanálise freudiana favoreceram o significado mais usual dado ao termo projeção como o processo de atribuir a outras pessoas ou ao mundo externo as próprias qualidades, sentimentos, desejos inconscientes. É um mecanismo de defesa inconsciente que permite ao indivíduo ignorar estes fenômenos como pertencentes à própria pessoa. Freud (1911/1996e) esclarece e aprofunda esse mecanismo ao comentar o caso de paranóia de Schreber.

Em 1904, no livro *Psicopatologia da Vida Cotidiana* (Freud, 1904/1973b), a ampliação do conceito de projeção contém o embrião dos métodos projetivos. O sentido de projeção é entendido como o simples desconhecimento por parte do sujeito de desejos e emoções não aceitos como seus, dos quais é parcialmente inconsciente e cuja existência atribui a realidade externa. O sentido de projeção é utilizado para explicar a superstição, o pensamento mágico e outros processos psíquicos. Aqui, o conceito firmado pelo determinismo psíquico caminha na direção da psicologia normal. É retirado seu caráter patológico e o defensivo, embora permaneça a projeção daquilo que não é reconhecido pelo indivíduo.

Em 1912, no livro *Totem e Tabu*, Freud (1912/1973c) desenvolve de forma mais ampla essas mesmas idéias quando afirma que

a projeção não foi criada com o propósito de defesa; ela também ocorre onde não há conflito. A projeção de percepções internas para fora é um mecanismo primitivo, ao qual, por exemplo, estão sujeitas nossas percepções sensoriais, e que, assim, normalmente desempenha um papel muito grande na determinação da forma que toma nosso mundo exterior. Sob condições cuja natureza não foi ainda suficientemente estabelecida, as percepções internas de processos emocionais e de pensamento podem ser projetadas para o exterior da mesma maneira que as percepções sensoriais. São assim empregadas para construir o mundo externo, embora devam, por direito, permanecer sendo parte do mundo interno. (p.1788)

Ao utilizar o conceito de projeção deste modo, presume-se que as percepções anteriores influenciam a percepção de estímulos contemporâneos. Assim, destituiu-se o caráter defensivo do conceito, como também a noção de que o projetado é apenas o que não é



aceito como parte do indivíduo. Nesta concepção, é a própria maneira de se organizar que se expressa na sua percepção da realidade. O mundo externo é percebido sempre permeado pelos processos associativos desencadeados, determinados por elementos alheios à consciência, conduzidos pelo que Freud chama de desejos inconscientes. A conduta manifesta pode ser traduzida e compreendida pelos seus elementos latentes e inconscientes.

Em retorno aos trabalhos de Frank (1939/1965, 1948), a projeção é entendida, no sentido geométrico ou físico, como projeção de um conjunto de pontos no espaço sobre um plano<sup>20</sup> (Laplanche & Pontalis, 1967/1981). A personalidade, que Frank chama de “mundo privado” em relação ao mundo social, vem-se projetar (se lançar, se arremessar, se exteriorizar) sobre um objeto externo (material do teste), desde que este seja feito de um material que, pela sua maleabilidade ou pela sua não estruturação ou pouca estruturação, solicite um ato de organização, de reconstrução, de formalização e/ou de reação afetiva do sujeito.

Assim, quando pesquisadores discutem e se opõem ao uso do termo projeção vinculado aos instrumentos projetivos, argumentando que tais instrumentos não cumprem os critérios de projeção freudiana (Cattell, 1944, 1951/1963; Murray, 1951/1963; Murstein & Pryer, 1959; Exner, 1989, 1993/1995; Exner *et al.*, 1978; Weiner, 1998/2000; Andronikof, 2008a, 2008b)<sup>21</sup>, pode-se inferir que eles introduzem um significado bem diferente daquele que Frank pretendia para o termo método projetivo. Esses pesquisadores parecem estar impregnados de uma definição bastante circunscrita, considerando-a unicamente em um contexto patológico, ou seja, como um mecanismo inconsciente de defesa do Ego descrito por Freud (1911/1996e).

Portanto, pode-se concluir que o conceito de projeção almejado por Frank é no sentido de exteriorização, podendo assim ser aproximado ao sentido mais amplo designado por Freud (1912/1973c) em *Totem e Tabu*, apesar de Frank não fazer referência às obras de Freud em seus artigos e nunca ter mencionado em seus trabalhos (Frank, 1939/1965, 1948; Lindzey, 1961) o sentido de projeção como um mecanismo de defesa, sobretudo, no sentido da projeção paranóica.

Depois de Rapaport (1942), um dos primeiros estudiosos, vários outros nos alertaram que o conceito de projeção tal como usado para designar os métodos projetivos não deve ser confundido com o conceito psicanalítico da projeção como um mecanismo de defesa na

---

<sup>20</sup> Segundo Lindsey (1961, p. 37), este modo de conceber o termo de projeção foi usado por Frank numa “rudimentar analogia espacial”.

<sup>21</sup> Para citar somente as publicações mais expoentes.

paranóia (Sears, 1943; Sargent, 1945; Rapaport, 1942; Rapaport *et al.*, 1946; Bell, 1948/1964; Bellak, 1950/1959; Watson, 1951; Snyders, 1952, 1966; Shentoub & Rausch de Traubenberg, 1958; Lindzey, 1961; Mucchielli, 1963; Montagna, 1989; Pichot, 1990; Anzieu & Chabert, 1961/2004; Andronikof, 2008a; Fensterseifer & Werlang, 2008; Cunha & Nunes, 2010).<sup>22</sup>

Rapaport (1942) discute o princípio subjacente aos métodos projetivos, denominando-o de “hipótese projetiva”. Para isto, ele propõe as condições necessárias e suficientes que devem ser satisfeitas por um método para justificar ser chamado de método projetivo. Em seguida, o autor discutiu as inter-relações hierárquicas de vários métodos projetivos ou técnicas projetivas, com referência aos níveis de personalidade que eles refletem em relação ao consciente ou ao inconsciente e à tendência latente ou manifesta de personalidade que eles indicam.

Nesse sentido, os procedimentos projetivos envolvem uma hipótese projetiva, em geral: “Todas as manifestações comportamentais do ser humano, incluindo tanto as menos quanto as mais significativas, são reveladoras e expressivas de sua personalidade, a qual compreendemos como o princípio único que ele traz consigo”<sup>23</sup> (Rapaport, 1942, p.213-214). Para Rapaport *et al.* (1946), a hipótese projetiva pode ser empregada em quaisquer segmentos do comportamento humano. Ele demonstrou ainda que esta hipótese pode ser empregada positivamente na análise de diagnóstico de resultados de testes de inteligência<sup>24</sup>. Portanto, a hipótese projetiva, longe de ser um fator que diferencie procedimentos projetivos e não projetivos, demonstra que todo e qualquer procedimento de investigação de comportamento humano pode ser levado em conta a partir deste ponto de vista. Contudo, Rapaport se indaga: “Então, qual é a característica propriamente dita do procedimento projetivo?” (Rapaport *et al.*, 1946, p. 7)<sup>25</sup> e responde:

São procedimentos nos quais o sujeito estrutura um material desestruturado, de forma ativa e espontânea, e ao fazê-lo, ele revela seus princípios de estruturação que são os princípios de sua estrutura psicológica. Leva-se em conta que a estrutura psicológica do indivíduo é um princípio que governa todas as suas manifestações; e, por se utilizar de maneira efetiva esta hipótese, obter-se-á melhores resultados intuitivamente do que em abordagem sistemática para se descobrir algumas facetas sobre a estrutura de um indivíduo em qualquer de suas manifestações em relação à sua vida, apesar do fato de

<sup>22</sup> Para não continuarmos repetindo as mesmas articulações, bem pouco diferentes umas das outras, uma vasta literatura referente à relação do termo de projeção das técnicas projetivas e do mecanismo de defesa freudiano e suas diversidades, podem ser compiladas a partir das referências apresentadas nas publicações aqui citadas.

<sup>23</sup> “All behavior manifestations of the human being, including the least and the most significant, are revealing and expressive of his personality, by which we mean that individual principle of which he is the carrier.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>24</sup> Para aprofundar na prática do emprego da abordagem projetiva com testes de inteligência, é indicada a obra de Arbísio (2003).

<sup>25</sup> “What then is characteristic of projective procedures proper?” (Tradução do autor do presente estudo)

que as manifestações de vida, através de suas conformidades às regras de conduta e convenções, tanto ocultam quanto revelam nossa estrutura psicológica. Os procedimentos projetivos trazem à tona as manifestações da vida (jogo, organização percepto-associativa, estruturação associativa, desenho e modelagem) em um material não convencional, onde a estrutura psicológica do indivíduo não é mais demonstrada meramente como “uma peculiaridade” afastada do convencional, mas, como uma essência característica do comportamento e suas criações. Nas manifestações da vida em geral, a hipótese projetiva *pode* ser empregada; nos “procedimentos projetivos”, comportamento e criação *não podem* ser compreendidos sem ela. (Rapaport *et al.*, 1946, p. 7)<sup>26</sup>.

Não há dúvidas de que os métodos projetivos geram dados sobre a estrutura e dinâmica da personalidade, sinalizando com detalhes a qualidade perceptiva do mundo interno e externo das pessoas (Weiner, 1998/2000). Fazendo uma analogia a respeito da “estrada real” para acesso ao inconsciente, pode-se dizer que, se para os psicanalistas “a interpretação de sonhos é na realidade a estrada real para o conhecimento do inconsciente” (Freud, 1910/1996d, p. 46), assim os métodos projetivos o são para os projetivistas.

Ao escrever a respeito do método de Freud sobre a interpretação dos sonhos, White (1944) afirma que “[...] o sonho pode ser visto como um método projetivo natural capaz de revelar muita informação valiosa, contanto que os sinais sejam corretamente analisados”<sup>27</sup> (p. 218).

A partir de então, desenvolveu-se a metodologia projetiva que foi definida, nos anos 60, como sendo a metodologia que utiliza “técnicas que incentivam uma grande variedade de respostas complexas, presumivelmente determinadas principalmente pelos sentimentos privados e atitudes do sujeito e, portanto, revelam algo de sua psicodinâmica latente”<sup>28</sup> (Gleser, 1963, p. 391).

---

<sup>26</sup>“They are procedures in which the subject actively and spontaneously structures unstructured material, and in so doing reveals his structuring principles which are the principles of his psychological structure. It is assumed that the psychological structure of the individual is a governing principle of all his behavior manifestations; and by vigorously applying this hypothesis one may succeed more likely by intuitive than by systematic approach to discover some facets of the structure of an individual in any life-manifestation of his, in spite of the fact that life manifestations, through their conformity to rules of conduct and conventions, conceal as much as they reveal our psychological structure. Projective procedures elicit life-manifestations (play, perceptual-associative organizing, associative-structuring, drawing, modeling) in not conventionalized material, where the psychological structure of the individual is no longer indicated merely as a “peculiarity” deviating from the conventional, but as a characteristic essence of the behavior and its creations. In usual life-manifestations, the projective hypothesis may be applied; in “projective procedures”, behavior and creation cannot be understood without it.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>27</sup>“[...] the dream can be looked upon as a natural projective method capable of revealing much valuable information if only the signs can be correctly read.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>28</sup>“[...] techniques which encourage a wide variety of complex responses, presumably determined primarily by the private feelings and attitudes of the subject and hence revealing something of his underlying psychodynamics.” (Tradução do autor do presente estudo)

A metodologia projetiva, com referência às perspectivas apresentadas pelo Grupo de Pesquisadores da Escola de Paris – abordagem psicanalítica – iniciada por Didier Anzieu, Nina Rausch de Traubenberg e Vica Shentoub, é um instrumento da avaliação psicológica e para a avaliação psicológica, muito utilizado e bastante estimado pelo seu potencial e pela suas aberturas diagnósticas. Para essa escola,

A hipótese central da metodologia projetiva é que as operações mentais utilizadas durante a aplicação das provas projetivas são capazes de manifestar as *modalidades de funcionamento psíquico*<sup>29</sup> próprias de cada sujeito na sua especificidade, assim como nas suas articulações singulares. Ela consiste, portanto, em demarcar as condutas psíquicas subjacentes às operações mobilizadas pelas provas projetivas<sup>30</sup> (Chabert, 1998, p. 7).

Ressalva-se que essas modalidades de funcionamento psíquico dificilmente são evidenciadas por meio do comportamento manifesto. Nisso reside a vantagem da utilização da metodologia projetiva na revelação de seu potencial. Portanto, a metodologia projetiva ocupa um lugar privilegiado no domínio da pesquisa em psicologia clínica e em psicopatologia. Como destaca Chabert (1995/2006)

o interesse de recorrer aos métodos projetivos reside justamente no estabelecimento do enquadre da experiência claramente definido pelos fatores implicados na situação projetiva e principalmente das interações entre o sujeito e o clínico-pesquisador, mediados de algum modo pelo terceiro objeto que constitui o material do teste.<sup>31</sup> (p.93)

Mas, não se pode jamais esquecer de que: –

Qualquer técnica, até mesmo a metodologia projetiva que, reuniu até aqui uma impressionante quantidade e qualidade de conhecimentos empíricos, não é senão um instrumento que apóia um processo visando ter acesso ao conhecimento de um ser psíquico, independentemente do contexto e do propósito desse conhecimento. Ela sempre será parcial e relativa, construída num tempo e num espaço específicos que determinarão sua expressão<sup>32</sup> (Rebelo, 2007, p.152).

<sup>29</sup> Grifo do autor do presente estudo.

<sup>30</sup> “L’hypothèse centrale de la méthodologie projective est que les opérations mentales mises en œuvre au cours de la passation des épreuves projectives sont susceptibles de rendre compte des modalités de fonctionnement psychique propres à chaque sujet dans leur spécificité mais aussi dans leurs articulations singulières.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>31</sup> “L’intérêt du recours aux méthodes projectives réside justement dans l’établissement du cadre de l’expérience clairement défini par les facteurs impliqués dans la situation projective et notamment des interactions entre le sujet et le clinicien-chercheur, médiatisés en quelque sorte par l’objet tiers que constitue le matériel de test.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>32</sup> “Toutes technique, même la méthodologie projective qui, a réuni jusqu’ici une impressionnante quantité et qualité de connaissances empiriques, n’est qu’un outil qui étaye un processus visant à accéder à la connaissance d’un être psychique, quels que soient le contexte et l’objectif de cette connaissance. Elle sera toujours partielle et relative, construite dans un temps et un lieu spécifiques qui déterminent leur expression.” (Tradução do autor do presente estudo)

No presente estudo, adotam-se as perspectivas apresentadas pelo Grupo de Pesquisadores da Escola de Paris que privilegiam os modelos do funcionamento psíquico tal como transmite o *corpus* freudiano na afirmação da continuidade do normal e do patológico.

#### 1.4 O TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA – TAT

Dentre os métodos projetivos, um bastante utilizado para auxiliar na compreensão do modo de funcionamento psíquico do indivíduo é o *Thematic Apperception Test* (TAT).

O TAT foi criado e proposto por Christiana Drummond Morgan e Henry Alexander Murray nos Estados Unidos, em 1935. Na sua obra *Explorations in personality* (1938), Murray desenvolveu o seu sistema teórico, centrado na dualidade necessidade-pressão (*need-press*). Colocava-se como hipótese fundamental a identificação do narrador com o personagem central (herói), isto é, partia-se do pressuposto de que diferentes indivíduos, frente à mesma situação, experimentá-la-ão cada um a seu modo, de acordo com sua perspectiva pessoal. Essa forma pessoal de elaborar uma experiência revelaria a atitude e a estrutura do indivíduo frente à realidade experimentada.

Em 1943, Murray (1943/1995) publica a forma definitiva do teste com seu *Manual of Thematic Apperception Test*. Composto de um jogo de 31 cartões, 30 com imagens constituídas por desenhos, fotografias ou reproduções de gravuras e um cartão totalmente branco. Alguns cartões são universais, ou seja, propostos para serem usados em todos os sujeitos e outros divididos em séries destinadas, respectivamente, aos adultos homens, mulheres, rapazes e moças com idades acima de 10 anos. Em anexo (Anexo A) encontra-se uma descrição do jogo de 31 cartões<sup>33</sup> propostos por Murray, com a numeração indicativa no verso, a que sujeito se destinava de forma a se chegar a vinte cartões a serem aplicados em duas sessões. Para cada cartão é feito um inquérito e é pedido um título (Chabert, 1998).

Para interpretar o material, Murray distingue no protocolo a análise formal e a análise de conteúdo. A análise formal estuda a organização, o estilo, a riqueza das formulações com o objetivo de obter informações sobre as qualidades intelectuais do sujeito. A análise de conteúdo articula-se em torno de cinco pontos: motivações, fatores internos e traços gerais do

---

<sup>33</sup>É de acordo com o disposto no § 1o do Art. 13 da Lei no 4.119/62 incorporada na Resolução do Conselho Federal de Psicologia [CFP, 2003] de número 002 do ano 2003, que restringe ao psicólogo o uso de métodos e técnicas psicológicas, é disponibilizado em anexo apenas um material similar na aplicação do TAT. (Anexo B).

herói; forças do meio exercendo uma influência sobre o herói; desenvolvimento e desfecho da história; análise dos temas; interesses e sentimentos. Terminadas a análise formal e a análise de conteúdo, faz-se a síntese dos resultados (Chabert, 1998).

Desde sua criação, o TAT não se consagra a nenhum modelo teórico específico para sua análise e as perspectivas teóricas aplicadas a este teste tem sido diversas (Murray, 1938; Morval, 1977/1982; Shentoub & Debray, 1970-1971, 1990; Westen, 1991; Chabert, 1990a). Dentre estes modelos, destaca-se o da Escola de Paris que vem sendo utilizado e tornando-se cada vez mais eficaz (Chabert, 1998, 1995/2006, 2013; Lelé, 2000; Lelé *et al.*, 2006; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003; Emmanuelli, 2004; Emmanuelli & Azoulay, 2001; Chaillet-Ballif, 2007; Rebelo, 2007, 2013; Chagnon, 2013). Vica Shentoub se destacou como a pioneira deste modelo. Desde o início de seus trabalhos, ela se colocava numa posição diferente da de Murray quanto ao enfoque do material e sua terminologia: teoria das necessidades-pressões, investigação das motivações, dos conflitos, etc. Ela dá essencial importância à forma das narrações e menos ao seu conteúdo: a principal hipótese é que as modalidades de construção e de elaboração das narrações-TAT remetem aos mecanismos de defesa<sup>34</sup> característicos da organização psíquica do sujeito (Shentoub *et al.*, 1990).

Portanto, a Escola de Paris dos métodos projetivos (sobretudo, Rorschach e TAT), como enfatiza Shentoub *et al.* (1990), negligencia “[...] as investigações centradas sobre variáveis isoladas, como a agressividade, as necessidades sexuais, o desejo de afirmação ou de realização... [e] sobre as correlações que pudessem existir entre essas variáveis e o comportamento manifesto do sujeito” (p. 15)<sup>35</sup>. E, nesse sentido, Shentoub afirma que

[...] o principal objetivo era precisamente tirar o TAT do trilho desses conteúdos pretensamente significativos, para o tornar operacional em matéria de diagnóstico diferencial nos diversos modos particulares do funcionamento mental. O TAT só teria interesse nesta perspectiva numa abordagem holística: por outras palavras, é à noção de estrutura individual que nós devemos nos referenciar, correspondendo esta às grandes linhas, relativamente estáveis, da organização mental, aos sistemas eletivos da vida interior e relacional de cada um<sup>36</sup>. (Shentoub *et al.*, 1990, p.15).

<sup>34</sup> De acordo com o Vocabulário de Psicanálise (Laplanche & Pontalis, 1967/1981), o termo “mecanismo de defesa” é utilizado por Freud para designar condutas psíquicas inconscientes que permitem o tratamento dos movimentos pulsionais e das representações que eles subentendem. Os mecanismos de defesa diferem segundo os momentos do desenvolvimento aos quais eles se referem e que serviram de ancoragem à sua instalação; eles variam igualmente segundo a organização psíquica, portanto, segundo a organização psicopatológica.

<sup>35</sup> “[...] les recherches portant sur les variables isolées, comme l’agressivité, les besoins sexuels, le désir d’affirmation ou de réalisation... sur les corrélations pouvant exister entre ces variables et le comportement manifeste du sujet.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>36</sup> “[...] la visée fut précisément de sortir le TAT de l’ornière de ces contenus prétendument significatifs, pour le rendre opérationnel en matière de diagnostic différentiel entre le modes particuliers de fonctionnement mental. Le TAT n’avait d’intérêt dans cette perspective que dans une approche holistique : en d’autres termes, c’est à la notion de structure individuelle que nous pensions devoir nous référer, celle-ci correspondant aux grandes lignes,

Nas pesquisas de 1955 a 1967, Shentoub (1957) em consonância com Symonds (1949a, b) constataram que os dados retirados do conteúdo das narrações do TAT têm pouco valor diferencial, fato já verificado por Rapaport *et al.* (1946). Nessa seqüência, com a validação do TAT (Shentoub & Shentoub, 1958), essas pesquisas centralizavam-se seus estudos sobre a forma das narrações (como o sujeito constrói as narrações), isto é, sobre as diversas modalidades de elaboração do discurso que são testemunhas dos mecanismos de defesa, tal como eles aparecem nas estruturas psicopatológicas conhecidas, em particular, nas neuroses e psicoses. (Shentoub, 1955, 1957, 1967; Shentoub & Shentoub, 1958).

Assim, na pesquisa de 1958, Vica Shentoub e Salem Shentoub reconheceram que o que permite distinguir o normal do patológico no TAT, é antes de tudo a forma de resolver e de assumir os conflitos expressos nos temas das histórias dadas no TAT, isto é, a maneira de organizar a narração. Foi para controlar e fazer esta análise estrutural que eles desenvolveram a Folha de Cotação do TAT (Shentoub & Shentoub, 1958) que permite classificar as características estruturais em categorias fundamentadas a partir das noções as mais correntes da psiquiatria francesa da época e dos dados da psicanálise. Para demonstrar a utilização da Folha de Cotação, eles se serviram de protocolos de sujeitos psicóticos e não-psicóticos.

A pesquisa sobre o tema banal, quer dizer, a frequência dos temas dados numa população normal ou patológica – equivalente às respostas banais (vulgares, populares) no Rorschach – efetuada por Vica e Salem Shentoub (1960), confirmaria sua hipótese inicial sobre o valor não diferencial dos temas no seu sentido literal e, conseqüentemente, conduzindo à necessidade de se levar em conta o modo como o tema é construído, em função da distância estabelecida pelo sujeito em relação às representações reativadas pelo estímulo.

A partir de 1963, quer se tratasse da apresentação de casos clínicos, quer de reflexões teóricas, a tônica é colocada sobre o papel do Ego, de suas funções conscientes e inconscientes, no ato de organização que representa o fato de “contar uma história a partir do estímulo”<sup>37</sup> (Shentoub *et al.*, 1990, p.16).

Foi em 1967, por ocasião de uma pesquisa longitudinal sobre o devir das manifestações fobo-obsessivas na criança, que surgiu a dimensão decisiva desse trabalho: a necessidade de elaborar uma teoria do TAT (Shentoub, 1967). Para fazer isso, foi preciso não se referir aos elementos esparsos da teoria psicanalítica, mas, sim, ao *corpus* metapsicológico

---

relativement stables, de l'organisation mentale, aux systèmes électifs de la vie intérieure et relationnelle de chacun.” (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>37</sup> “raconter une histoire à partir du stimulus”. (Tradução do autor do presente estudo)

freudiano<sup>38</sup>, tomado no seu todo. Portanto era preciso levar em consideração a primeira tópica que focava o inconsciente, o pré-consciente e o consciente, com a segunda tópica que englobando a anterior preconizava a divisão tripartite da mente em Id, Ego e Superego; além dos três pontos de vista clássicos da psicanálise: dinâmico, econômico e tópico<sup>39</sup>.

Os trabalhos que surgiram entre 1969 e 1974 foram responsáveis pelos resultados obtidos posteriormente: V. Shentoub (1972-1973, 1973) e V. Shentoub e R. Debray (1969, 1970-1971) neles expõem a técnica de análise e de interpretação do material e, igualmente, os postulados teóricos. É a partir dos escritos de Shentoub e Debray (1970-1971) que o aspecto formal das narrações, mais do que seu conteúdo, foi contemplado como parte integrante do material e de sua instrução, como indissociavelmente ligado as próprias exigências da narração solicitada: “elaborar uma história coerente, lógica, transmissível ao outro”<sup>40</sup> (Shentoub & Debray, 1970-1971, p. 900). A hipótese defendida por Shentoub e Debray (1970-1971) é que a narração do TAT remete, por meio da organização do discurso, as operações psíquicas mobilizadas no processo associativo desencadeado pela apresentação das imagens.

Nos anos subsequentes, ampliam-se as possibilidades interpretativas do TAT. O primeiro manual foi publicado em 1990 por Vica Shentoub e colaboradores – *Manuel d'utilisation du TAT (Approche psychanalytique)* – e o atualizado por Françoise Brelet-Foulard, Catherine Chabert e colaboradores – *Nouveau Manuel du TAT (Approche psychanalytique)* – em 2003, publicado e traduzido no Brasil em 2005 (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008)<sup>41</sup>.

Assim, a Escola de Paris do TAT propôs uma teoria a partir da definição do Processo-TAT, que é entendido como “o conjunto dos mecanismos mentais compreendidos nessa situação singular em que é pedido ao sujeito para *imaginar uma história a partir do cartão*”<sup>42</sup> (Shentoub *et al.*, 1990, p. 26). A análise desses mecanismos mentais somente pode ser abordada após uma análise aprofundada da situação que os produz. Essa situação-TAT, ou qualquer situação-Projetiva, é definida por três parâmetros: material, instrução e presença do

<sup>38</sup> Freud criou o termo metapsicologia para designar a psicologia por ele fundada, considerada na sua dimensão mais teórica. (Laplanche & Pontalis, 1967/1981)

<sup>39</sup> O conceito da teoria tópica freudiana “supõe uma diferenciação do aparelho psíquico num certo número de sistemas dotados de características ou funções diferentes e dispostos numa certa ordem uns relativamente aos outros, o que permite considerá-los metaforicamente como lugares psíquicos de que podemos fornecer uma representação figurada espacialmente.” (Laplanche & Pontalis, 1967/1981, pp. 484-485)

<sup>40</sup> “élaborer une histoire cohérente, logique, transmissible à autrui”. (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>41</sup> Traduzido pelo autor desta pesquisa e estando na segunda edição pela editora Vetor (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2008). Para facilitar o acesso, a partir daqui se fará menção a edição traduzida para o português.

<sup>42</sup> “[...] l'ensemble des mécanismes mentaux engagés dans cette situation singulière où est demandé au sujet d'imaginer une histoire à partir de la planche.” (Tradução do autor do presente estudo)



examinador. Estes podem ser assimilados em uma situação de conflito, visto os seguintes paradoxos existentes nesses três parâmetros:

1. O material, ao mesmo tempo figurativo e ambíguo, presta-se a uma análise objetiva, do tipo perceptiva (conteúdo manifesto, ou seja, características objetivas do estímulo) e uma interpretação do estímulo, desencadeada por associações de ordem projetiva (o que traduz as significações latentes ou solicitações simbólicas atribuídas ao estímulo);<sup>43</sup>

2. A instrução que, ao mesmo tempo, solicita ao sujeito “dar asas a sua imaginação” (imaginar uma história = acesso ao fantasma<sup>44</sup> e ao processo primário), coloca o acento sobre a necessidade de o sujeito levar em conta o conteúdo manifesto (a partir do cartão = controle consciente, portanto, processo secundário); e

3. A presença do psicólogo, que traduz a dualidade do seu próprio papel: estar presente de um modo neutro, não intervir, abster-se de qualquer julgamento e de qualquer relação real, mas, ao mesmo tempo, impõe um material, uma instrução e transcreve<sup>45</sup> as narrações do sujeito, o que faz do psicólogo o representante da fantasia e da realidade (Shentoub *et al.*, 1990).

Logo, a compreensão teórica do Processo-TAT permite fazer a elaboração de um método objetivo de análise do material recolhido. Vica Shentoub e Rosine Debray completaram a teoria do Processo-TAT, propondo uma análise do material em termos de conteúdo manifesto e de conteúdo latente, assim realizando a primeira abordagem desse tipo, visto que, até aqui, as pesquisas eram mais interessadas nas narrações fornecidas pelos sujeitos. A hipótese fundamental é a que os cartões do TAT representam situações que se remetem aos conflitos universais e, especialmente, ao conflito edipiano: quase todos os cartões, de fato, referem-se à diferença das gerações e/ou à diferença dos sexos (Shentoub *et al.*, 1990).

Para evitar as dificuldades de aplicação e de padronização causadas pelos cartões opcionais e pela aplicação da prova em duas vezes, V. Shentoub (1958, 1967) reduz a quantidade de material, propondo a prova ao sujeito numa única sessão e a ordem de apresentação dos cartões deve ser respeitada. Lelé (2000) destaca que a

---

<sup>43</sup> Encontra-se em anexo a apresentação e a análise do material TAT em termos de conteúdo manifesto e latente utilizada pela Escola de Paris (Anexo C).

<sup>44</sup> O termo fantasma é aqui utilizado com o significado de “fantasia inconsciente” entendida como “cenário imaginário em que o sujeito está presente, e que figura, de forma mais ou menos deformada pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente.” (Laplanche & Pontalis, 1967/1981, p.152).

<sup>45</sup> A transcrição, no aqui agora, do que o sujeito fala, no lugar do uso de um gravador, justifica-se pela importância dada à escuta do psicólogo e à sua relação com o sujeito, que fazem parte da análise formal.

redução feita por Shentoub não deve ser confundida com a liberdade que a técnica nos oferece de escolher cartões específicos de acordo com os temas e problemáticas que, levantadas preliminarmente durante as entrevistas (motivo da consulta, demanda do sujeito), pretendemos investigar (p. 84).

Shentoub (1958, 1967) selecionou somente os cartões pertinentes e mais significativos segundo seu ponto de vista e suas pesquisas, isto é, aqueles que cobriam toda a gama da problemática humana reativada durante todo o percurso da vida, a identidade/identificação e a relação objetal. O jogo francês de cartões do TAT é composto de 18 cartões<sup>46</sup> do jogo original americano (já descritos no anexo A), aplicados a partir dos 6 anos de idade em ambos os sexos (Debray, 1987a, b). Os cartões 1, 2, 3BM, 4, 5, propostos aos meninos e às meninas, aos homens e às mulheres; 6BM, 7BM e 8BM propostos aos meninos e aos homens; 6GF, 7GF e 9GF, propostos às meninas e às mulheres; 10, 11, 12BG, 13B, 19 e 16, propostos aos meninos, às meninas, aos homens e às mulheres e 13MF<sup>47</sup> proposto unicamente aos sujeitos adultos, homens e mulheres. O cartão 16 deve ser proposto a todos os sujeitos no fim da aplicação.

No quadro a seguir recapitula a ordem de apresentação dos cartões e a quantidade de cartões para cada sujeito, em função do sexo e da idade:

N.º do Cartão	1	2	3BM	4	5	6BM	6BM	7BM	7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16	Quantidade de cartões a ser aplicada
<b>Sexo e idade</b>																			
<b>Homem</b>	*	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*	*	*	*	15
<b>Mulher</b>	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*	*	*	*	*	15
<b>Menino</b>	*	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*		*	*	14
<b>Menina</b>	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*	*		*	*	14

Adaptado da fonte: F. Brelet-Foulard, C. Chabert *et al.* (2003/2008, p. 53); Menino e menina considerados com a idade até de 14 anos, homem e mulher a partir de 15 anos.

Assim, a pilha dos cartões com as gravuras viradas para baixo deve ser organizada na ordem de apresentação sugerida acima, em ordem decrescente, colocada deste modo sobre a mesa (o cartão 1 deve ser o primeiro estar sobre a pilha).

Para a Escola de Paris, a instrução “Imagine uma história a partir do cartão” é dada no início e não é repetida<sup>48</sup>. Em seguida, o psicólogo entrega o cartão de número um ao sujeito e assim por diante. Uma nova instrução é dada antes de entregar o último cartão (cartão 16: cartão branco): “Até agora, eu te mostrei imagens que representavam personagens ou

<sup>46</sup>Números dos cartões editados em português: 1, 2, 3RH, 4, 5, 6RH/6MF, 7RH/7MF, 8RH, 9MF, 10, 11, 12RM, 13R, 13HF, 19 e 16 (Murray, 1943/2005)

<sup>47</sup>Devido à solicitação explicitamente sexual que esse cartão propõe (Conteúdo manifesto: “uma mulher deitada, com o peito desnudado”).

<sup>48</sup> Em alguns casos, a instrução pode ser lembrada durante a aplicação a fim de sustentar a produção do sujeito (Roman, 2006).

paisagens, agora, eu te proponho este cartão que é o último: você poderá me contar a história que você quiser.”

Ao contrário do método de H. Murray, não há um inquerito para cada cartão no final da aplicação e também não é pedido para dar título às histórias<sup>49</sup>, mas, no decorrer da aplicação, face a um sujeito inibido e/ou com um grande mal-estar, intervenções podem ser feitas. No entanto, essas intervenções devem ser avaliadas do ponto de vista de seus efeitos: as intervenções ora servem de suporte ou apoio, permitindo ao sujeito recuperar-se para dar continuidade à narração, ora elas podem reforçar o peso das defesas utilizadas pelo sujeito, ou ainda serem vivenciadas como uma intrusão que poderia provocar uma ruptura, precipitando o sujeito numa desorganização ainda mais importante (Shentoub *et al.*, 1990; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Quanto ao tempo utilizado, este deve ser marcado de forma mais discreta possível – de preferência por um relógio de pulso com ponteiros que marcam os segundos – evitando introduzir uma conotação psicométrica à aplicação. O tempo se inicia no momento da entrega de cada cartão. Para cada cartão é anotado o tempo de latência inicial, isto é, o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o momento em que o sujeito começa a falar (comentários ou história); o tempo de latência intra-narração<sup>50</sup> que é caracterizado pelo silêncio mais ou menos longo durante a narração; e o tempo total que transcorre entre a apresentação do cartão e o fim do relato do sujeito sobre o cartão. As características temporais nunca são interpretadas em termos de eficiência – como nos testes de inteligência – mas somente como referências clínicas que revelam a maior ou menor reatividade do sujeito ou, pelo contrário, a sua tendência para a inibição (Shentoub *et al.*, 1990; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Com relação ao tempo de latência inicial ou tempo de reação do sujeito face ao estímulo, de modo geral, situa-se entre 5 a 25 segundos<sup>51</sup> nos estudos realizado por V. Shentoub e S. Shentoub (1958, p. 278). O sujeito emprega esse tempo para compreender o

<sup>49</sup>A não solicitação de título às histórias justifica-se, de um lado, pela proposta à associação livre, e por outro lado, pelo fato de o título dado às histórias fazer parte de um procedimento de elaboração do discurso da categoria da Série A2 (Investimento da realidade interna: A2-2 Intelectualização/Abstração) que deve ser levado em conta na análise formal das narrações, proporcionando a oportunidade de observar o Investimento da realidade interna por parte do sujeito a partir desse procedimento de elaboração do discurso (Anexo D).

<sup>50</sup> Este tempo é considerado como um procedimento da Série “CI-1: Tendência geral à restrição (importantes silêncios intra-narração)” da Folha de Cotação (Anexo D). Para padronizar e distinguir a duração desse tipo de tempo, por convenção, ele deve ser conotado por um sinal de uma cruz (+) para indicar um tempo inferior a 10 segundos, duas cruces (++) superior a 10 segundos, ou seja uma média de 5 segundos para cada cruz (Shentoub & Shentoub, 1958, p. 278; Brelet-Foulard, 1986, p. 160).

<sup>51</sup> O tempo de latência superior a 25 segundos é considerado como um tempo de latência longo, sendo configurado como um procedimento da Série “CI-1: Tendência geral à restrição (Tempo de latência longo)” da Folha de Cotação (Anexo D) que deve ser cotado nesses termos.

cartão e construir as grandes linhas da história. A diversidade dos tempos pode mostrar a sensibilidade do sujeito em relação a cada solicitação simbólica dos cartões (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

A tomada das narrações é completamente necessária, devendo ser o discurso anotado na sua íntegra, respeitando assim todas as suas características: frases inacabadas, passagem de um tema a outro, erros gramaticais, intervenções do clínico devem ser registradas. Efetivamente, a análise do protocolo do TAT vai ser realizada a partir da análise formal da narração e, em virtude disso, torna-se imprescindível transcrever o discurso do sujeito da forma mais fidedigna possível. É necessário destacar que, a análise do protocolo implica a sua transcrição. O uso do gravador não é aconselhável, na medida em que este introduz uma nova variável na situação, que pode ser sentida de forma positiva ou negativa, mas nunca sem efeito (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

As intervenções durante a aplicação devem ser poucas, o que não significa que o psicólogo não o deva fazer: nunca deve esquecer que a situação-TAT é antes de tudo, “uma situação clínica e cabe ao psicólogo ajustar a relação com o sujeito, em função da sua experiência e sensibilidade.” (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008, p. 55). Portanto, o psicólogo deve levar em conta suas intervenções<sup>52</sup> e o impacto que elas tiveram na apreciação da aplicação, visto que elas são características fundamentais para apreender as modalidades de investimento da relação. Concluída a aplicação do conjunto dos cartões, que consiste na primeira etapa do método de Shentoub, o material recolhido vai ser objeto de análise.

A segunda etapa consiste no trabalho de cotação, ou seja, de análise e de interpretação. Esse trabalho incide sobre o texto das narrações relatadas pelo sujeito, anotadas na ordem de apresentação dos cartões. O método utilizado foi denominado de “análise cartão por cartão”. Para operacionalizar esse trabalho, Vica e Salem Shentoub (1958), apoiando-se em referências psicopatológicas de adultos, elaboraram um “crivo” de análise dos diferentes procedimentos de elaboração do discurso intitulada “Folha de Cotação”.

Essa folha foi criada a partir do modelo freudiano do funcionamento psíquico e dos conceitos da psicopatologia psicanalítica. As estratégias defensivas – traduzidas pelos mecanismos de defesas – que surgem por meio da linguagem e seus arranjos discursivos podem ser analisados e evidenciados a partir dos procedimentos utilizados na elaboração do discurso. Os mecanismos de defesas utilizados pelos sujeitos contra seus conflitos psíquicos,

---

<sup>52</sup> A intervenção do psicológico é levada em conta na cotação do protocolo, pois ela faz parte da análise do aspecto formal da narração e é cotada como “CI-1: Tendência geral à restrição, necessidade de fazer perguntas”. Este procedimento pertence à categoria da “Série C” (evitação de conflito). Ver Folha de Cotação (Anexo D).

possíveis de serem reativados pela solicitação simbólica de cada cartão, podem assim, nortear, na sua complexidade, as diferentes organizações neuróticas, psicóticas e outras entidades clínicas, tais como os funcionamentos limites, as depressões, as perturbações graves do narcisismo. (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Os diferentes procedimentos de elaboração do discurso foram recenseados graças ao estabelecimento da Folha de Cotação que deve servir de “crivo de referência para apreciar e cotar as particularidades de construção de cada história”<sup>53</sup> (Shentoub, 1987, p. 120). Chabert (1998) alerta que ela não deve, em caso algum, ser considerada e utilizada como um crivo de avaliação, cuja simples cotação levaria à colocação de uma etiqueta nosográfica. Ela é somente “um *instrumento de trabalho* que pode ser regularmente modificado, porque é por vezes insatisfatória, mas também, e sobretudo, está relacionada à evolução da clínica e às questões que ela coloca.”<sup>54</sup> (Chabert, 1998, p. 85).

Atualmente, a Folha de Cotação do TAT encontra-se em sua quinta versão<sup>55</sup> (Anexo D) e é composta de 53 procedimentos<sup>56</sup>, dispostos em quatro grandes categorias: a Série “A” qualifica as modalidades defensivas rígidas, no registro do controle (com o modelo psicopatológico da neurose obsessiva); a Série “B” designa as modalidades defensivas lábeis, no registro do imaginário e do afeto (com o modelo psicopatológico da neurose histérica); a Série “C” as modalidades defensivas são representadas pela evitação do conflito (com o modelo psicopatológico das patologias do narcisismo); e por fim, a Série “E”, foco deste estudo, qualifica as modalidades sustentadas pelas emergências dos processos primários (com o modelo psicopatológico da psicose) (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008; Anzieu & Chabert, 1961/2004). Para evitar qualquer definição interpretativa, cada item das séries é apresentado no manual do TAT da maneira a mais descritiva possível e acompanhado de exemplos escolhidos para ilustrar o uso de cada procedimento presente na Folha de Cotação.

Os procedimentos presentes nessa folha remetem às modalidades de tratamento dos conflitos que podem ser reavivados pela apresentação do material. A análise deverá levar em conta a natureza, a variedade, o peso dos procedimentos utilizados pelo sujeito, mas igualmente a sua articulação com outros procedimentos da mesma série ou de outra série. Ao

<sup>53</sup> “[...] grille de référence pour apprécier et coter les particularités de construction de chacune des histoires [...]” (Shentoub, 1987, p. 120) (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>54</sup> “[...] un *instrument de travail* qui peut être régulièrement modifié, parce qu’elle est parfois insatisfaisante mais aussi, et surtout, eu égard à l’évolution de la clinique et aux questions qu’elle pose.” (Chabert, 1998, p. 85) (Tradução do autor do presente estudo)

<sup>55</sup> Duas publicações complementares demonstram a origem e esclarecem a evolução da Folha de Cotação do TAT (Azoulay & Emmanuelli, 2000; Azoulay, 2002).

<sup>56</sup> Para detalhamento dos procedimentos da série A, B e C, consultar (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008, pp. 84-115).

final da avaliação de cada protocolo do TAT, é registrada a frequência total correspondente a cada procedimento observado, cartão por cartão e no conjunto global de todos os cartões-estímulo<sup>57</sup> analisados (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Na sequência da análise trata-se também de demarcar as problemáticas abordadas pelo sujeito face aos cartões, podendo essas problemáticas tanto oscilarem entre diferentes redes conflituais, quanto remeterem para diferentes conflitos. Esses dois movimentos (análise dos procedimentos, demarcação das problemáticas) estão estreitamente imbricados, mesmo que, para esclarecer o trabalho de análise, transitoriamente serão separados. Um e outro têm como objetivo apreender o trabalho psíquico do qual são testemunhos os procedimentos de elaboração do discurso face às solicitações implicadas pela situação-TAT (Shentoub *et al.*, 1990).

Por fim, a terceira etapa consiste na síntese das informações obtidas precedentemente que deverá passar pelo preenchimento sobre a Folha de Cotação dos diferentes procedimentos de elaboração do discurso utilizados pelo sujeito. Esse preenchimento permitirá apreciar a qualidade do processo associativo, levando em conta as relações entre representações, afetos e mecanismos de defesa (do ponto de vista tópico, econômico e dinâmico). Deste modo, poder-se-ão destacar as modalidades de funcionamento psíquico colocadas em jogo na experiência TAT e propor hipóteses quanto às modalidades de funcionamento psíquico do sujeito (Shentoub *et al.*, 1990).

#### **1.4.1 Folha de Cotação do TAT: Procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários)<sup>58</sup>**

Como já ressaltado no capítulo anterior, as emergências dos processos primários (conceito empregado em Psicanálise para aspectos primitivos do funcionamento psíquico), constituem uma das quatro grandes categorias das séries dos procedimentos de elaboração do discurso da Folha de Cotação do TAT (Anexo D). Os procedimentos dessa categoria – denominada de “Série E” – são os mais utilizados para a identificação dos modos de desorganização da percepção, do pensamento ou da identidade, colocando em evidência um

---

<sup>57</sup> A Escola de Paris submete o sujeito a quinze cartões-estímulo-TAT.

<sup>58</sup> Nesta parte, será utilizada como referência principal o *Nouveau Manuel du TAT*, editado em 2003 sob a direção de F. Brelet-Foulard e C. Chabert com a Equipe do Grupo de Pesquisa em Psicologia Projetiva do Laboratório de Psicologia Clínica e de Psicopatologia da Universidade René Descartes (Paris V), traduzido para o português pela Vetor Editora (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

funcionamento psicótico característico da esquizofrenia (Shentoub *et al.*, 1990; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008; Chabert, 1998).

Cabe salientar que a presença de procedimentos de emergência dos processos primários (E) não é sempre o sinal de modalidades de tipo psicótica. A presença de procedimentos da Série E nos protocolos TAT podem indicar significados bem diferentes, ou seja, quando eles são abundantemente representados pode-se suspeitar de uma organização psicótica, ou quando eles aparecem em pequenas quantidades podem apontar para um funcionamento psíquico não patológico. Mas, quando os procedimentos da Série E se associam a procedimentos da Série A e B, isso pode evidenciar oscilações entre uma possível secundarização (acesso aos processos secundários) e a emergência transitória de processos primários; ou ainda indicar a presença de procedimentos da Série E acompanhados com predominância de procedimentos da Série C (evitação do conflito), apontando para a ausência de capacidades de interiorização e as falhas do funcionamento do pré-consciente<sup>59</sup>.

Portanto, são essas dimensões quantitativa e qualitativa que permitem diferenciar as emergências em processos primários que sustentam temporariamente as associações e as emergências invasoras que evidenciam um momento de desorganização ou um funcionamento psicótico (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Do conjunto dos referidos procedimentos (Série E), alguns se referem claramente às modalidades psicóticas, outros colocam somente em evidência deslizos de secundarização. A presença pontual do processo primário pode manifestar a existência de uma permeabilidade de boa qualidade entre as instâncias psíquicas ou, em outros termos, a existência de uma flexibilidade de funcionamento do pré-consciente (como é o caso dos protocolos neuróticos com alguns procedimentos da Série E). Em contrapartida, quanto mais as emergências dos processos primários se mostram quantitativamente importantes tanto mais o ego do sujeito se revela frágil.

---

<sup>59</sup> Em sua origem (Freud, 1900/1996b), o pré-consciente está situado entre o sistema inconsciente e a consciência. A censura o separa do inconsciente com o propósito de interditar a passagem de conteúdos inconscientes para o pré-consciente. Por outro lado, o pré-consciente comanda, ao mesmo tempo, o acesso à consciência e à motricidade. A passagem do pré-consciente é submetida a uma outra censura que se diferencia da primeira (entre o inconsciente e o pré-consciente), na qual exerce, essencialmente, uma função de seleção a fim de evitar a emergência de representações perturbadoras na consciência. O pré-consciente é regido principalmente pelo processo secundário, por causa das suas ligações com a linguagem verbal e pelas representações de palavras que ele produz e veicula. Entretanto, certos conteúdos do pré-consciente ficam submetidos ao processo primário e ao domínio do princípio do prazer, podendo-se compreender o lugar dessa instância, intermediária entre o inconsciente e a consciência. O pré-consciente “está separado do sistema inconsciente pela censura, que não permite que os conteúdos e os processos inconscientes passem para o pré-consciente sem submeterem transformações.” (Laplanche & Pontalis, 1967/1981, p. 321; Freud, 1990/1996b, 1915/1996g).

Os procedimentos da Série E, reagrupados sob quatro categorias (Série E1, E2, E3 e E4), permitem distinguir registros de funcionamento diferentes no seio de um mesmo processo psíquico:

– a Série E1: a “Alteração da percepção” destaca os distúrbios das condutas perceptivas e da relação com a realidade. Ela pode ser observada pela presença de

- escotoma<sup>60</sup> de objeto manifesto (E1-1),
- percepção de detalhes raros (Dd) ou bizarros (E1-2),
- percepções sensoriais e falsas percepções (E1-3),
- percepção de objetos deteriorados ou de personagens doentes, malformados (E1-4).

– a Série E2: a “Utilização maciça da projeção” remete aos distúrbios ligados à invasão pelo fantasma que se traduz por meio de

- inadequações do tema ao estímulo / perseverações / fabulações fora da imagem / simbolismos herméticos (E2-1),
- evocações do mau objeto<sup>61</sup>/ temas de perseguição / atribuições arbitrárias de intencionalidade à imagem e/ou às fisionomias ou atitudes / idealização de tipo megalomaníaca (E2-2),
- expressões de afetos e/ou de representações maciças e expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva (E2-3).

– a Série E3: a “Desorganização das demarcações identitárias e objetais” coloca o acento sobre as dificuldades maiores na representação da relação ao objeto e/ou na representação de si (identidade). Essa desorganização é observada através da

- confusão das identidades/telescopagem de papéis<sup>62</sup> (E3-1),
- instabilidade dos objetos (E3-2) e
- desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica (E3-3).

---

<sup>60</sup> Escotoma: significa a não evocação de elementos manifestos figurados no cartão do TAT. Estes elementos dizem respeito aos grandes detalhes (D) e pequenos detalhes (Dd) mais ou menos frequentemente utilizados. Para cada cartão foi criada uma lista de D e de Dd frequentes que se encontra em anexo (Anexo E). Essa lista permite diferenciar os detalhes usuais (grandes detalhes = D) dos detalhes raros (Dd), e cotar o escotoma de objeto manifesto (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

<sup>61</sup> Esse procedimento é utilizado toda vez que o sujeito atribui um caráter nocivo a um dos personagens do cartão. “O conceito de mau ‘objeto’ é decorrente da terminologia kleiniana e corresponde em termos freudianos à noção de projeção. O mau objeto pode aparecer independentemente de um tema de perseguição (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008, p.149).

<sup>62</sup> Trata-se da utilização de pronomes pessoais na narração que desencadeiam uma confusão entre os personagens (nesse caso, não se sabe mais de quem se fala e/ou quem é quem no enredo da narrativa), revelando assim, uma precariedade na distinção entre o sujeito e o outro. (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).



– a Série E4: a “Alteração do discurso” testemunha distúrbios em relação à desorganização do pensamento e do discurso que é manifesta por

- distúrbios de sintaxe/falhas verbais (E4-1),
- indeterminação e a não-nitidez do discurso (E4-2),
- associações curtas (E4-3) e
- associações por contiguidade e/ou por consonância (E4-4).

Não se pode estabelecer uma estreita equivalência entre procedimentos da Série “E” e funcionamento psicótico. Em alguns protocolos, a total ausência de procedimentos “E” pode testemunhar a favor de modalidades de funcionamento patológicas. É como se o sujeito não pudesse se deixar levar por movimentos regressivos ou ainda como se as emergências inconscientes fossem corroídas. A ausência total ou quase total de procedimentos da Série E e a presença exclusiva ou quase exclusiva de procedimentos Série C (evitação do conflito) na categoria F (“CF” superinvestimento da realidade externa), caracterizam algumas modalidades de funcionamentos psicóticos crônicos, que superinvestem o apego descritivo de uma realidade externa pulsionalmente desertada. Diferentemente dos sujeitos que funcionam segundo um modo operatório e nos quais se mantém sempre pouco ou muito do investimento do objeto e de si, os sujeitos psicóticos crônicos parecem ter efetuado uma rejeição (no sentido da recusa<sup>63</sup>) de qualquer investimento, seja ele qual for. (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

As observações da Folha de Cotação categorizadas de procedimentos da Série E ou “Emergências dos processos primários” estão presentes em diversos estudos.

Dreyfus, Husain e Rousselle (1987) examinaram de modo minucioso os aspectos formais da narração TAT de sujeitos esquizofrênicos, com o objetivo de articular esses aspectos formais do funcionamento do pensamento com a problemática psíquica desses sujeitos. Elas investigaram a atividade de representação tal como ela é proposta no TAT pela Escola de Paris (Folha de Cotação), contemplando os conceitos psicolinguísticos de Irigaray (1967 em Dreyfus *et al.*, 1987, p.182) e descrevendo os distúrbios da representação observados nos esquizofrênicos. A partir da colocação em evidência das transformações das exigências de “coerência”, de “lógica” e de “transmissão ao outro”, foram destacados os seguintes aspectos formais da narração TAT dos esquizofrênicos: o hermetismo, a incoerência das orientações espaciais e corporais são sinais de retraimento que exclui o outro pela ruptura de vínculos lógicos e a ausência de causalidade que tornaram a narração TAT incomunicável.

---

<sup>63</sup> Termo usado por Freud do “modo de defesa que consiste numa recusa por parte do sujeito de reconhecer a realidade [...]” (Laplanche & Pontalis, 1967/1981, p.115)

As autoras concluíram que os aspectos formais refletem a problemática psicopatológica do sujeito.

Cyrille, Marli e Céline (2006) apresentaram o estudo da evolução de um paciente esquizofrênico, internado em um hospital para cuidados de readaptação. O paciente foi submetido a duas avaliações com o TAT com um ano de diferença. Os resultados permitiram mostrar as mudanças intrapsíquicas que apareceram durante o período, ou seja, presença de melhoria do contato com a realidade, melhor vitalidade psíquica, melhor delimitação de objetos internos persecutórios, relativo distanciamento das imagens persecutórias. Os autores confirmaram sua hipótese de que essas mudanças estão relacionadas às atividades de trabalho às quais o paciente foi submetido entre as duas avaliações.

A temática do estudo longitudinal, realizado sob a direção de Catherine Chabert e colaboradores (1990) intitulada “*Évaluation des processus de changement au cours du traitement d’adolescents psychotiques*”<sup>64</sup>, foi inspiração e fruto de outras pesquisas e publicações (Chabert, 1990b; Azoulay, 1990; Béhar-Azoulay; 1993, 1995). Trata-se de um estudo que avaliou os processos de mudança durante o tratamento de adolescentes e de jovens adultos psicóticos. Participaram 18 sujeitos diagnosticados como esquizofrênicos, de 15 a 25 anos (Média de idade: 21 anos), de ambos os sexos. Todos foram submetidos ao Rorschach e ao TAT e os resultados colocaram em evidência, tanto para Rorschach quanto para o TAT, duas modalidades de funcionamento esquizofrênico e mais particularmente suas potencialidades de evolução a partir do estudo minucioso de uma comparação teste-reteste (com intervalo de 18 meses a 3 anos).

Essas duas modalidades de funcionamento esquizofrênico se distinguem claramente uma da outra quanto aos seus modos de expressão: produções ricas, abundantes, floridas e produções restritivas, empobrecidas, inibidas. As primeiras produções foram designadas sob o termo de protocolos paranóides e as segundas de protocolos inibidos. Os protocolos paranóides são fornecidos geralmente por pacientes cujo pensamento é nutrido por uma atividade delirante mais ou menos manifesta, colocando em evidência as emergências dos processos primários. Por outro lado, os protocolos ditos inibidos são marcados pela pobreza da verbalização, pela falta de criatividade, por vezes as produções são drasticamente restritivas que se mostram frequentemente repetitivas e desprovidas de ressonância fantasmática, evocando um funcionamento do pensamento petrificado e um universo psíquico desertado (Chabert *et al.*, 1990; Béhar-Azoulay, 1993). Cada uma dessas modalidades de

---

<sup>64</sup> “Avaliação dos processos de mudança no decorrer do tratamento de adolescentes psicóticos”.

expressão da patologia mental possui particularidades constantes que especificam um modo de funcionamento psicótico e mais particularmente esquizofrênico.

Essas duas modalidades de funcionamento também foram observadas numa pesquisa comparativa de vinte protocolos de adolescentes psicóticos, sendo dez brasileiros e dez franceses, de ambos os sexos com idades que variavam entre 13 e 18 anos (Rebelo, 2007). Os resultados obtidos nessa pesquisa constituem uma confirmação do que os autores como Chabert e sua equipe (1990) destacaram, isto é, a distinção de duas modalidades de funcionamento, com produções ricas e produções restritivas, além de evidenciar – amostra de psicóticos de duas culturas diferentes – a “universalidade” de funcionamento psíquico com expressão de funcionamentos psicóticos determinada pela cultura.

A partir dos resultados desses estudos, foi colocada em evidência que a presença das emergências de processos primários aponta para um prognóstico favorável, ao passo que sua ausência aponta para um prognóstico desfavorável. A emergência de processos primários é considerada um elemento positivo pelo fato, no TAT, das narrações mobilizarem associações e mostrarem o efeito da emergência dos processos primários e também seus efeitos da repetição o que testemunha uma circulação possível entre representações. É por isso que, por mais patológicas que sejam as produções dos protocolos ditos paranóides, elas conservam, contudo, um pensamento vivo, graças à utilização de um espaço psíquico habitado. De fato, nesses protocolos, o que domina é a faculdade de verbalizar, de explicar, de projetar nas narrações os ingredientes de uma realidade interna investida.

#### **1.4.2 Modalidades de funcionamentos psicóticos expressas no TAT**

Para demonstrar como as modalidades de funcionamentos psicóticos se expressam no TAT, articularam-se as contribuições do estudo dirigido por Chabert e colaboradores (1990) com publicações advindas e inspiradas nesse estudo (Chabert, 1990b; Azoulay, 1990; Béhar-Azoulay, 1993, 1995; Chaillet-Ballif, 2007; Rebelo, 2007). Assim, propõe-se recorrer aos quatro modos de disfuncionamento psíquico que traduzem os quatorze procedimentos de elaboração do discurso da Série E (Emergências dos processos primários), inventariados na Folha de Cotação do TAT (Anexo D), cujas definições são trazidas no *Novo Manual de utilização do TAT* (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

As modalidades de funcionamentos psicóticos analisadas por meio dos procedimentos de elaboração do discurso TAT se expressam sobre dois tipos de produção bem distintos um do outro (Chabert *et al.*, 1990):

1- Produções ricas, abundantes, floridas qualificadas sob o termo de protocolos paranóides. O tipo de funcionamento destes protocolos encontra-se principalmente nas manifestações delirantes agudas e nos jovens esquizofrênicos.

2- Produções marcadas pela restrição e pela escassez da verbalização qualificadas sob o termo de protocolos inibidos. A narração é caracterizada pelo ataque dos vínculos entre os pensamentos. O tipo de funcionamento destes protocolos se caracteriza, de modo geral, pela ausência de reconstrução delirante da realidade consequente do apego quase exclusivo ao percepto que impede a possibilidade de expressão projetiva do mundo interno. Esse conjunto de características de protocolos inibidos não é fruto, como é geralmente observado, de uma atitude de desconfiança, por parte do sujeito, face ao psicólogo e o material projetivo. Esse tipo de funcionamento revela-se desprovido de recursos fantasmáticos, ao ponto de evocar uma espécie de “morte psíquica”<sup>65</sup> definida como uma invalidez mental paralisante (Chabert *et al.*, 1990, p.195).

A seguir, são apresentados os procedimentos de elaboração do discurso dos quatro modos de disfuncionamento psíquico que se evidenciam nesses dois tipos de protocolos tão distintos um do outro.

- **Distúrbios das condutas perceptivas e a relação com a realidade, evidenciados pelos procedimentos da Série E1 (Alteração da percepção)**

As distorções perceptivas graves e repetidas se encontram de modo específico nos protocolos paranóides e correspondem, geralmente, a um momento fecundo da atividade delirante do sujeito. Nestes casos, a perda de contato com a realidade poderá desencadear distorções perceptivas importantes. No entanto, observa-se que, quanto mais a atividade psíquica se enfraquece, tanto mais esse tipo de procedimentos (E1) desaparece dos protocolos. De fato, nos protocolos inibidos, os personagens e elementos manifestos do material são reconhecidos e aparecem perceptivamente integrados.

Essa característica pode ser compreendida em relação ao conteúdo manifesto do material TAT, cujas imagens bem estruturadas – “realistas” (Béhar-Azoulay, 1993) – permitem a esses sujeitos funcionar por aderência aos perceptos, como superinvestimento colado de uma realidade externa que tem por corolário o desinvestimento da realidade interna.

---

<sup>65</sup> Em uma comunicação oral sobre “Psicose na Adolescência: A Pesquisa sobre o Diagnóstico e Possíveis Intervenções”, durante o Curso ministrado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP em outubro de 2013, nas palavras de Catherine Azoulay no lugar do termo “morte psíquica”, ela prioriza o termo “anestesia psíquica”, no sentido de “reanimação” psíquica.

Esse apego absoluto ao material desprovido de qualquer falha perceptiva traduz, segundo Béhar-Azoulay (1993), não a recusa da realidade, mas sim, drasticamente a recusa de sentido.

É por isso que, raramente ou nunca, são encontrados nos protocolos inibidos os procedimentos E1-3 (percepções sensoriais e falsas percepções) ou mesmo E1-4 (percepções de objetos fragmentados e/ou de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados), que remetem de maneira específica à degradação da realidade.

Quanto mais aderência aos perceptos, tanto mais estão confrontados ao perigo de morte psíquica sofrida por esses sujeitos nos quais, qualquer sentido foi literalmente destruído. O recurso ao percepto é quase exclusivo e impede a possibilidade de expressão projetiva do mundo interno.

É assim que o escotoma do objeto (E1-1), de modo frequente, se encontra na medida em que os protocolos tornam-se mais inibidos. A supressão do objeto se substitui de algum modo, pela alteração física fragmentada desse objeto. O escotoma de objeto trata-se de uma recusa que visa ao não-reconhecimento do vínculo que podem se estabelecer entre duas pessoas. A recusa perceptiva de uma das duas pessoas constitui o meio radical para atacar esse vínculo. Para Chabert *et al.* (1990) “a eliminação da realidade perceptiva torna necessária cada vez que essa realidade seja susceptível de excitar o mundo interno do sujeito” (p. 238). O escotoma de objeto corresponde num contexto psicótico à recusa da existência do outro e, por consequência, à recusa de alteridade que remete à ruptura absoluta do vínculo ao objeto.

Nos protocolos paranóides, o escotoma aparece menos maciço (menos frequente) e a percepção das situações relacionais se mostra possível mesmo se estas se encontram atacadas por movimentos pulsionais violentos e desvinculados. De fato, as distorções perceptivas cotadas pela Série E1 (Alteração da percepção) são excepcionais e, quando ocorrem, elas são maciças (protocolos paranóides).

A presença de alterações das percepções sensoriais e as falsas percepções (E1-3) serão testemunhas da deformação da realidade perceptiva sob o impacto da projeção. Nas percepções sensoriais (E1-3), o sujeito adere então a uma realidade vivida, quase-alucinatória e delirante.

A percepção de detalhes raros (E1-2: detalhes do cartão estatisticamente raros de serem utilizados) somente adquire um valor de procedimento inscrito num funcionamento psicótico, quando aparecer numa narração já saturada de procedimentos E e/ou quando esses detalhes raros (Dd raros) são manifestamente investidos com o objetivo de recusar uma representação de objeto ou de uma representação de relação impossíveis de integrar.

O procedimento E1-2 (justificação arbitrária a partir de detalhes raros) é uma das manifestações de vínculos arbitrários existentes entre os pensamentos dos esquizofrênicos paranóides, o que pode ser considerado mais adequado que o extermínio de qualquer vínculo presente nos protocolos inibidos.

Nos casos de evolução favorável, nota-se um menor recurso ao escotoma de objeto (E1-1) com ênfase colocada nas relações entre os personagens. Mesmo se essas relações não se articulam realmente em torno de um conflito pulsional, elas não são o objeto de uma recusa tão maciça. Portanto, quando a percepção de situações relacionais torna-se possível, essa modificação tem um valor prognóstico favorável.

- **Distúrbios vinculados à invasão pelo fantasma característicos dos procedimentos da Série E2 (utilização maciça da projeção)**

Os protocolos paranóides são caracterizados pela eflorescência de um discurso desenfreado que coloca em evidência o transbordamento das defesas pelos fantasmas arcaicos dominados pela violência pulsional (E2-3: Expressão de afetos e/ou de representações maciças/Expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva), revelando uma perda de distância fantasmática importante e insuperável em relação ao material apresentado (cartões do TAT). É por esse motivo que os procedimentos da Série E2 (utilização maciça da projeção), associados com outros procedimentos da Série E, são encontrados em grande quantidade nesse tipo de protocolo (paranóide), ainda que, nos protocolos inibidos, a supressão da atividade fantasmática tenderá rarefazer seu aparecimento (Béhar-Azoulay, 1993).

O procedimento E2-1 (Inadequação do tema ao estímulo/Fabulação fora da imagem/Simbolismo hermético<sup>66</sup>) nos protocolos de esquizofrênicos assinala a deriva do fantasma fora do senso comum que se substitui à realidade adaptativa e socializada. Nesses casos, o hermetismo do pensamento testemunha a ruptura do vínculo entre o mundo interno do sujeito, que existe por sua própria conta, e o conteúdo manifesto e/ou latente do material. Portanto, quando a realidade é colocada em questão é toda uma realidade que se evade do sujeito no lugar de uma neo-realidade hermética e invasora.

A perseveração revela a compulsão de repetição e pode adquirir um valor diferente de acordo com o contexto no qual ela aparece. Nos protocolos paranóides, a perseveração (E2-1)

---

<sup>66</sup> Nesse contexto, as narrações são marcadas por considerações metafísicas em relação à vida, a morte, o bem, o mal. O hermetismo difere da simbolização neurótica uma vez que o discurso não é mais compartilhado com o outro e pertence somente ao sujeito (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

se inscreve na predominância de um fantasma maciço em relação à destruição ou à sexualidade, o qual perdura de modo incongruente apesar da mudança das situações. Nesse contexto, o fantasma está de fato presente, visto que ele se substitui à problemática dos cartões. Um pensamento compulsivo capaz de se repetir no interior de uma mesma narração pode supor a existência de um delírio.

Nos protocolos inibidos, a perseveração (E2-1) se traduz pela repetição de palavras, repetição de frases feitas, até mesmo repetição de temas persistentes que se impõem de um cartão a outro e cujo denominador comum aparece na ausência de ressonância fantasmática ao conteúdo latente dos cartões.

A evocação do mau objeto (E2-2) associado ou não a temas de perseguição (E2-2) e a atribuição arbitrária de uma intencionalidade à imagem (E2-2) são os mais frequentes encontrados nos protocolos de funcionamento paranóicos.

No entanto, quando o procedimento E2-2, estiver presente nos protocolos paranóides, assinalará mais frequentemente uma atmosfera ameaçadora em torno de um tema de perseguição vago e mal canalizado do que um objeto persecutório claramente determinado, como é o caso na paranóia<sup>67</sup>.

- **Distúrbios ligados à identidade e/ou a relação de objeto, colocados em evidência pelos procedimentos da Série E3 (desorganização das demarcações identitárias e objetivos)**

A problemática identitária, estreitamente articulada com a perturbação da relação com os objetos, se expressa diferentemente segundo o funcionamento inibido ou paranóide do sujeito. Nos protocolos inibidos, esses procedimentos (Série E3) aparecerão de modo mínimo ou estarão totalmente ausentes, mas a presença deles, mesmo de forma reduzida, pode ser considerada como o índice da manutenção de capacidades mínimas de investimento da representação de si e da representação do objeto. Nos protocolos inibidos, esses procedimentos (Série E3: desorganização das demarcações identitárias e objetivos) não aparecerão mais e deixarão lugar aos procedimentos da Série CF (superinvestimento da

---

<sup>67</sup> Paul-Claude Racamier (1990), em “*La paranoïa revisitée*”, descreve a diferença entre paranóide e paranóico: “[...] O paranóide vive sob a influência de forças ocultas, o paranóico, sob a influência de elementos persecutórios existentes; o paranóide efetua uma recusa da realidade, o paranóico efetua uma recusa da verdade; o paranóide adere às crenças, o paranóico vive de convicções; o paranóide é fascinado pelas essências (naturezas) biológicas e cósmicas, o paranóico é fascinado pelas essências (naturezas) médico-legais e sociais; o paranóide elege como objetos de projeção as substâncias ou forças ocultas, o paranóico tem sempre como alvo as pessoas ou as instâncias reais que encarnam o poder (clero, forças armadas, corpo médico...); se o paranóide liberta-se a partir da situação do real, o paranóico, ele, tende a ficar o mais próximo do real, o que lhe permite estar mais ancorado na realidade [...]” (8-21)

realidade externa), que revelam o apego maciço à realidade externa. Assim, nos protocolos de esquizofrênicos ditos inibidos, o extermínio total do mundo interno assume um valor de exclusão do significado da existência do outro que tem por corolário a perda do sentimento de existir. Portanto, a ausência total de procedimentos que caracterizam os distúrbios da identidade e da relação com os objetos (E3-1) evoca o desinvestimento absoluto de qualquer representação interna (Chabert *et al.*, 1990).

Nos protocolos paranóides, esses procedimentos (Série E3: desorganização das demarcações identitárias e objetais) são representados em diversos graus: os procedimentos E3-1 (confusão das identidades/telescopagem de papéis), E3-2 (instabilidade dos objetos) e E3-3 (desorganização das sequências temporais e/ou espaciais) são frequentemente utilizados e são responsáveis pela extrema precariedade da identidade e dos objetos que se dissimulam sem parar.

- **Distúrbios vinculados à desorganização do pensamento e do discurso evidenciados pelos procedimentos da Série E4 (alteração do discurso)**

Dentre os quatro procedimentos que decorrem desses distúrbios, são as quebras verbais (distúrbios da sintaxe: E4-1) que se encontram dentro de qualquer problemática.

É o peso econômico, isto é, a carga fantasmática que favorece esse procedimento (E4-1), assim como sua frequência nas narrações que determinarão o registro de funcionamento no qual ele se insere.

Os procedimentos E4-2 (indeterminação e não-nitidez do discurso) e os E4-3 (associações curtas) são, quanto a eles, os mais típicos dos protocolos de esquizofrênicos, desde que eles se tornam invasores pela ruptura dos vínculos lógicos entre os pensamentos que eles colocam em evidência e que remetem à dissociação do discurso.

Nos protocolos inibidos, esses procedimentos não estarão jamais presentes, por assim dizer, na medida em que eles correspondem a um discurso de aparência maníaca e, portanto, florido (protocolos paranóides).

Além do conjunto clássico dos modos de disfuncionamento psíquico traduzidos pela Série E (Emergências dos processos primários), é necessário destacar que os procedimentos das emergências dos processos primários podem coabitar com outras séries da Folha de Cotação. Juntamente com esses procedimentos (Série E) pode-se observar a presença de procedimentos da série A (rigidez) que deve ser considerada como um dado favorável, principalmente quando esses procedimentos revelarem mecanismos de interiorização. Além



disso, a presença dos procedimentos da Série B (labilidade) deve ser colocado em valor, sobretudo quando eles são significativos de relações entre os personagens ou de dramatização e de afetos.

Por sua vez, com relação aos procedimentos da Série C (evitação de conflito), pode-se constatar um número relativamente elevado de procedimentos da categoria CF (superinvestimento da realidade externa), como já destacado nos protocolos inibidos, sendo dada a redução da projeção ou do mundo fantasmático, assim como, os procedimentos da categoria CI (Inibição) que traduzem, quando eles aparecem, mais uma ausência do que uma evitação de um excesso.

Ainda na sequência das categorias dos procedimentos da Série C (evitação de conflito), os procedimentos narcísicos (CN), os procedimentos de instabilidade dos limites (CL), assim como os procedimentos maníacos (CM), devem ser considerados como elementos favoráveis. Esses procedimentos podem remeter a um investimento narcísico por meio dos procedimentos de idealização da representação de si com representação positiva ou negativa (CN-2), que tem por função “garantir a referência da identidade e a diferenciação sujeito/objeto na relação com o outro” (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008, p.123), assim como os procedimentos que marcam a instabilidade dos limites (CL) através da porosidade dos limites (CL-1) testemunhando a fragilidade das fronteira entre o dentro e o fora acompanhado pela dependência dos objetos externos colocados a frente para disfarçar as falhas de interiorização dos objetos internos. O sujeito utiliza o fora para dizer do dentro (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008). Enfim, um outro elemento positivo no que se refere ao modo de funcionamento psicótico é a utilização da categoria dos procedimentos maníacos (CM) como o superinvestimento da função de apoio do objeto (CM-1) no sentido de preservar o contato com o outro.

A partir do que foi exposto, pode-se verificar como os procedimentos das emergências dos processos primários se apresentam tanto do ponto de vista quantitativo, quanto do qualitativo, o que evidencia o peso de acordo com sua frequência ou ausência e a maneira deles circularem nos modos de funcionamentos esquizofrênicos.

## 2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

### 2.1 JUSTIFICATIVA

Conforme as considerações apresentadas anteriormente a respeito de como os modos de funcionamentos psicóticos (notadamente de esquizofrênicos) se traduzem no TAT, especificamente, por meio dos procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários) – na perspectiva abordada pela Escola de Paris – esse parece ser um recurso especialmente válido para o diagnóstico diferencial e avaliação evolutiva durante o tratamento.

Trabalhos que abordam os modos de funcionamentos psicóticos por meio do TAT (Dreyfus *et al.*, 1987; Chabert *et al.*, 1990; Azoulay, 1990; Béhar-Azoulay; 1993, 1995; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008; Chaillet-Ballif, 2007; Rebelo, 2007), concluem que a análise do TAT pela Escola de Paris oferece aos psicólogos um instrumento de compreensão da vivência humana tão pertinente às exigências tanto da pesquisa quanto às da prática. Portanto, essa abordagem possibilita maior eficácia na utilização do TAT, no que se refere à compreensão do funcionamento psíquico, essencial para se estabelecer modalidades de tratamento terapêutico específico.

Essa abordagem, ainda pouco explorada no contexto brasileiro, carece, portanto, de pesquisas concernentes à investigação das emergências dos processos primários como ponto de referência para a compreensão do funcionamento psíquico de esquizofrênicos. Assim, a presente pesquisa tem o objetivo de trazer uma contribuição neste campo.

Por esses motivos é que se pretende investigar as emergências dos processos primários por meio do Teste de Apercepção Temática (TAT) segundo a Escola de Paris em adultos diagnosticados como esquizofrênicos. Para tanto, as produções no TAT de dois grupos de participantes (esquizofrênicos e não-esquizofrênicos), analisadas segundo a Folha de Cotação da Escola de Paris, foram comparadas, enfocando predominantemente os procedimentos das emergências dos processos primários.

Tomou-se como pressuposto que o estudo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e a comparação destas com sujeitos sem esse diagnóstico permitem aprofundar o que se conhece sobre a sensibilidade do TAT na diferenciação entre emergências dos

processos primários de sujeitos esquizofrênicos e emergências dos processos primários de sujeitos sem essa patologia.

Com isso, objetiva-se ampliar o conhecimento a respeito de um aspecto fundamental relacionado ao tratamento e prognóstico de pacientes com esquizofrenia. É dentro dessa perspectiva, que o presente estudo se insere e se justifica.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 Objetivo geral

Este trabalho teve como objetivo o de investigar as emergências dos processos primários por meio dos protocolos do TAT em adultos esquizofrênicos.

### 2.2.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral de investigação das emergências dos processos primários por meio dos protocolos do TAT em adultos esquizofrênicos, pretende-se, de modo específico, delimitar os seguintes aspectos:

- Verificar no Grupo Clínico a existência dos seguintes procedimentos da Série E: a alteração da percepção, a utilização maciça da projeção, a desorganização identitária e a alteração do discurso.
- Verificar no Grupo Não-Clínico a existência dos seguintes procedimentos da Série E: a alteração da percepção, a utilização maciça da projeção, a desorganização identitária e a alteração do discurso.
- Comparar o Grupo Clínico e o Não-Clínico nos procedimentos da Série E.

### 3 MÉTODO

O delineamento deste estudo é de natureza quantitativa e qualitativa. Esta última é baseada em técnica projetiva temática.

Haja vista a ausência de estudos no Brasil com o mesmo desenho metodológico que aqui se propõe, foi realizado um estudo-piloto para testar o delineamento aqui sugerido. Nesse estudo participaram quatro sujeitos, de ambos os sexos, de idades que variaram de 27 a 50 anos, dois com diagnóstico de esquizofrenia – F20 – confirmado por médico psiquiatra e dois com ausência de qualquer episódio e/ou diagnóstico psiquiátrico ou neurológico.

Os resultados do estudo-piloto mostraram que a média dos escores para o Total da Série E (Emergências dos Processos Primários) entre os grupos foi diferente (Md = 92.50 para a dupla clínica e Md = 28.00 para a dupla não-clínica). A emergência em processos primários se fez mais presente em pacientes esquizofrênicos e bem menos manifesto na dupla não-clínica, corroborando o encontrado na literatura a respeito de esquizofrênicos e não esquizofrênicos nos estudos com o TAT (Shentoub, 1957, 1967; Shentoub & Shentoub, 1958; Shentoub & Debray, 1969, 1971; Chabert *et al.*, 1990; Chabert, 1998; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

A partir dos dados desse estudo julgou-se pertinente ampliar a amostra e continuar os procedimentos metodológicos descritos a seguir.

#### 3.1 PARTICIPANTES

A amostra, selecionada por conveniência (não-aleatória), foi constituída de 32 participantes adultos, sendo metade pertencente ao Grupo Clínico (GC) e outra metade ao Grupo Não-Clínico (GNC). Na Tabela 2 é apresentada a caracterização da amostra dos dois grupos de participantes segundo a idade, sexo, escolaridade e Nível Socioeconômico (NSE).

No caso do Grupo Clínico, este foi composto de 16 participantes com diagnóstico de esquizofrenia [F20 segundo classificação da CID-10 (OMS, 1993)], cuja composição foi de oito mulheres e oito homens, com recidiva da doença, provenientes do CAPS-II (Centro de

Atenção Psicossocial II)<sup>68</sup> e de uma residência terapêutica de esquizofrênicos<sup>69</sup>. O diagnóstico foi confirmado no prontuário do paciente por médico psiquiatra. Todos faziam uso de medicação para tratamento dessa enfermidade (antipsicóticos típicos incisivos, do tipo Haloperidol). Mesmo ocorrendo confirmação do diagnóstico, alguns critérios de exclusão se fizeram necessários a fim de obter uma amostra minimamente apta para responder ao teste administrado. Esses critérios diziam respeito aos seguintes aspectos: a pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) < 23 para alfabetizados e < 19 para indivíduos sem escolaridade (Ferreira Junior *et al.*, 2010); pacientes com sintomatologia psicótica clinicamente significativa que prejudicasse a interação com o examinador; história de traumatismo craniano e outras neuropatologias, assim como história de abuso ou de dependência atual de álcool e/ou de drogas ilícitas.

No caso do Grupo Não-Clínico tomou-se o cuidado de que este não apresentasse antecedentes psiquiátricos, ou seja, ausência de qualquer episódio e/ou diagnóstico psiquiátrico ou neurológico, assim como história de abuso ou de dependência atual de álcool e/ou de drogas ilícitas ou lícitas. Um critério de exclusão foi adicionado: resposta positiva em algum dos itens apresentado no *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version* – MINI (Amorim, 2000; Sheehan, Lecrubier *et al.*, 2002). Ressalva-se que dois itens do MINI tratam especificamente de uso ou dependência de álcool e/ou de drogas ilícitas ou lícitas.

Em termos gerais, procurou-se emparelhar as características etárias (Md = 42.19 para o GC e Md = 33.79 para GNC), de NSE e de escolaridade do Grupo Clínico com o Não-Clínico. Para confirmação do emparelhamento efetuado, um teste *U Mann-Whitney* foi efetuado. O resultado apontou não haver diferenças significativas entre os grupos no que se refere a idade [ $U(78) = -1.888; p = 0.061$ ] e Nível Socioeconômico [ $U(105) = -0.877; p = 0.402$ ]. Entretanto, houve dificuldade de emparelhamento em relação à escolaridade. Isto já era esperado haja vista a precoce vulnerabilidade ao longo do ciclo vital dos sujeitos esquizofrênicos no que se refere a seu funcionamento adaptativo e com isso menos grau de escolaridade.

O tamanho da amostra ( $N = 32$ ) foi aquele possível de avaliar em um período de tempo razoável (12 meses) em função das dificuldades burocráticas de acesso a amostras

---

<sup>68</sup> Equipamento de saúde mental criado a partir da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado e como Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil. (Decreto Lei nº 10.216/2001)

<sup>69</sup> Residência terapêutica privada.

psiquiátricas no Brasil. Entretanto, o tamanho da amostra aqui empregado não difere daqueles utilizados em estudos clínicos com a mesma patologia, o qual varia entre 10 a 30 sujeitos (Shentoub & Debray, 1969, 1971; Chabert, 1990b; Chabert *et al.*, 1990; Azoulay, 1990; Béhar-Azoulay, 1993; Cyrille, Marli & Céline, 2006; Rebelo, 2007).

**Tabela 2** – Estatísticas descritivas da amostra dos dois grupos de participantes segundo a idade, nível socioeconômico, escolaridade e sexo

	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Média (Md)</b>	<b>Desvio Padrão (DP)</b>	<b>Mínimo (Mín)</b>	<b>Máximo (Máx.)</b>
Idade	Clínico	16	42.19	12.74	24	60
	Não-Clínico	16	33.75	10.12	24	56
NSE	Clínico	16	4.56	2.42	2	8
	Não-Clínico	16	3.88	1.58	2	7
Escolaridade	Clínico	16	3.06	1.80	1	6
	Não-Clínico	16	5.00	1.63	1	6
Sexo	Clínico	16	1.50	0.51	1	2
	Não-Clínico	16	1.50	0.51	1	2

Nota: O critério NSE assume os valores A1 = 8 a E = 1; Escolaridade assume os valores Ensino Fundamental Incompleto = 1 a Superior Completo = 6, e Sexo assume os valores 1 = Masculino e 2 = Feminino.

### 3.2 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram os seguintes:

- Ficha de Registro

A fim de caracterizar as amostras, uma ficha de registro foi apresentada em dois formatos: uma para o Grupo Clínico (Anexo F) e outra para o Grupo Não-Clínico (Anexo G). A ficha do Grupo Clínico contém questões sociodemográficas e socioeconômicas (sexo, idade, estado civil e escolaridade), assim como questões relacionadas ao diagnóstico médico psiquiatra, medicação prescrita, bem como outros tratamentos que se mantiveram durante a pesquisa. A ficha do Grupo Não-Clínico é semelhante à primeira, mas nela não constam itens relacionados à doença.

- Prontuário dos participantes do Grupo Clínico

Com a permissão da equipe responsável das instituições, os prontuários dos participantes do Grupo Clínico foram usados para coletar dados complementares os quais descrevem as informações gerais dos participantes desse grupo, como profissão, idade, escolaridade, sintomas pregressos do tratamento, diagnósticos e medicação utilizada.

- Questionário de Nível Socioeconômico (NSE) (ABEP, 2013)

Foi utilizado nesta pesquisa, o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (Critério Brasil) do ano de 2012 com base no Levantamento Socioeconômico de 2011 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013), o qual determina a segmentação econômica da população brasileira.

A metodologia envolvida nesse critério busca averiguar, junto às famílias, os bens que elas possuem e em que quantidade. A cada uma dessas posses é atribuído um peso, bem como para a quantidade em que elas existem na casa investigada. Entre esses bens têm-se os seguintes listados: automóvel, geladeira, televisão, entre outros. Além disso, é questionado o nível de instrução do chefe de família, ao qual também se atribui pontuação. A partir da pontuação na escala de itens de consumo, obtêm-se a classificação econômica que se distribui em oito classes: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (Anexo H).

- Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (“Mini-Mental Status Exam”) (Bertolucci *et al.*, 1994; Brucki *et al.*, 2003)

Instrumento de triagem para avaliar o estado mental de um modo padronizado. Cobre funções como orientação, memória, habilidade de leitura e habilidade de seguir um comando simples. Provê um escore resumido que pode ser usado como uma medida quantitativa da integridade das funções mentais (Anexo I). O instrumento serviu como triagem da condição cognitiva dos participantes do Grupo Clínico.

- *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version* – MINI (Amorim, 2000; Sheehan, Lecrubier *et al.*, 2002)

Trata-se de uma breve entrevista diagnóstica padronizada, que dura entre 15 a 30 minutos, sendo baseada nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000/2003) e da CID-10 (OMS, 1993), destinada à utilização na clínica psiquiátrica e em pesquisa. O MINI está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos). No início de cada um dos módulos,

diversas questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro (Anexo J). De acordo com estudos de validade (Amorim, 2000), a partir de respostas negativas dadas nas questões/filtros, levanta-se a hipótese de ausência de transtornos psíquicos. Este instrumento serviu como triagem da condição mental dos participantes do Grupo Não-Clínico.

- Teste de Apercepção Temática (TAT) (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008)

Teste projetivo de personalidade já descrito no capítulo introdutório do presente trabalho. A aplicação e avaliação foram realizadas segundo o referencial de Shentoub e colaboradores (1990), o qual consta no Novo Manual do TAT – abordagem psicanalítica – da Escola de Paris (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008). Este manual, na sua terceira parte, apresenta cinco ilustrações de cotação e análise de protocolos do TAT, sendo umas delas a de um sujeito com o diagnóstico de esquizofrenia. A prova foi administrada individualmente em uma única sessão cujo tempo variou entre 60 a 90 minutos.

A título de ilustração, encontra-se em anexo a transcrição de dois protocolos TAT de participantes do Grupo Clínico: o primeiro protocolo apresenta as características de produções ricas e floridas em que o pensamento é nutrido por atividade delirante mais ou menos manifesta, colocando em evidência as emergências dos processos primários (Anexo O – Exemplo de protocolo TAT do tipo paranóide). O segundo protocolo apresenta as características de produções restritivas, repetitivas e inibidas, com menor atuação das emergências dos processos primários que traduzem a ausência de reconstrução delirante da realidade o que evidencia a aderência quase exclusiva ao percepto (Anexo P – Exemplo de protocolo TAT do tipo inibido).

### 3.3 PROCEDIMENTOS

#### 3.3.1 Composição dos grupos de participantes

– Composição do Grupo Clínico (GC):

Foram contactadas diversas instituições dedicadas ao tratamento de doentes mentais para realização do estudo. Depois de realizadas diversas visitas e entrevistas, o autor do presente estudo expôs os objetivos do trabalho e a sua metodologia. Apenas a direção de duas



instituições respondeu positivamente, permitindo a realização do presente estudo. Foi solicitado aos responsáveis por essas instituições aceite do termo de anuência, cujo modelo se encontra em anexo (Anexo K), de acordo com as normas do Comitê de Pesquisa da UFMG (Anexo N – Processo COEP: 05626512.3.0000.5149). A coleta de dados aconteceu somente após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexo F) de cada participante e por seu tutor/responsável legal (Grupo Clínico).

Especificamente, os sujeitos do Grupo Clínico foram convidados de acordo com as características anteriormente citadas no item Participantes. Em seguida foram consultados os prontuários para identificar o diagnóstico e co-morbidades. Os casos de co-morbidade, isto é, indivíduos com outras desordens psicóticas e com distúrbios orgânicos associados ao quadro clínico, foram excluídos. Foi realizada uma entrevista inicial com os participantes e responsáveis durante a qual lhes foi apresentado o termo de consentimento. Após a concordância do participante e de seu tutor/responsável legal, foi agendada a sessão para realização das atividades propostas que aconteceram de forma individual, em sala reservada, numa única sessão.

– Composição do Grupo Não-Clínico (GNC):

Foi realizada uma divulgação da proposta de pesquisa na comunidade e nas instituições de ensino. Os participantes interessados foram contatados pelo autor da pesquisa. Foi realizada uma entrevista inicial com os participantes e lhes foi apresentado um termo de consentimento em que se explica o objetivo e as diversas fases da pesquisa, assim como a devolução dos resultados gerais do estudo. Após a concordância de cada participante, foi agendada a sessão para realização das atividades propostas que aconteceram de forma individual, em sala reservada, numa única sessão.

### **3.3.2 Coleta de dados**

A coleta dos dados foi realizada na seguinte ordem:

- Grupo Clínico:
  - Ficha de registro
  - Questionário de nível Socioeconômico
  - MEEM
  - TAT

- Grupo Não-Clínico: -Ficha de registro
  - Questionário de nível Socioeconômico
  - MINI
  - TAT

### 3.3.3 Análise de dados

#### *Validação dos critérios de análise qualitativa do TAT*

Todos os instrumentos utilizados foram corrigidos e analisados pelo autor da pesquisa. O material recolhido do TAT foi analisado de acordo com o referencial proposto pela Escola de Paris descrito no manual técnico deste instrumento projetivo (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008). Para assegurar a confiabilidade dos resultados e das cotações dos protocolos do TAT, foram sorteados aleatoriamente 25% dos protocolos<sup>70</sup> (oito no total da amostra de 32) para a realização do estudo de concordância entre dois juízes independentes (Vaz, 1997; Exner, 1993/1995; Farah, 2010). Os juízes, portanto, receberam somente o protocolo do TAT sem informações adicionais.

Cabe destacar o fato de que os juízes eram conhecedores da técnica do TAT utilizada pela Escola de Paris. Para observar a correlação entre as cotações de diferentes juízes foi utilizado o coeficiente Kappa (Cohen, 1960), técnica utilizada para estimar correlações entre variáveis categóricas, ou seja, aquelas que assumem valores de 0 ou 1. A análise de concordância de Kappa permite observar o quanto dois juízes concordam na avaliação de duas ou mais categorias (por exemplo, Série E1 – Alteração da Percepção e Série E3 – Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais) para uma mesma amostra de dados. Foi analisada a quantidade de vezes que esses juízes concordaram com a quantidade de vezes que esses juízes discordaram (ver: <http://faculty.vassar.edu/lowry/kappa.html>). O Kappa fornece um percentual de concordância entre juízes além daquele esperado pelo acaso. Convencionou interpretar da seguinte maneira os valores de concordância (Landis & Koch, 1977; Viera & Garret, 2005):

- se o valor for negativo, a concordância é pior que o esperado pelo acaso;
- se o valor for positivo até 0,20 considera-se que há uma concordância tênue;
- entre 0,21 e 0,40 sugere concordância razoável;

---

<sup>70</sup> Segundo Exner (1993/1995), a recodificação ou reavaliação de todos os protocolos não é necessária, mas em torno de 25% a 35% devem ser sorteados ao acaso para serem reavaliados por profissional independente. Dessa forma, validam-se as avaliações previamente efetuadas.

- entre 0,41 e 0,60 sugere concordância moderada;
- entre 0,61 e 0,80 sugere concordância elevada (substancial);
- acima de 0,81 sugere concordância quase perfeita entre avaliadores.

#### *Análise quantitativa dos dados*

Os resultados foram analisados com base na presença ou ausência dos itens que compõem as categorias de procedimentos da Folha de Cotação do TAT, em que se enfoca predominantemente os procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários). Haja vista o tamanho pequeno da amostra estudada e, portanto, violação da hipótese de distribuição normal dos dados, foi feita a comparação das médias obtidas pelos dois grupos através do teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* (Dancey & Reidy, 2004/2006).

Também, uma análise discriminante foi utilizada. Ela é indicada para a classificação de um determinado elemento em um dos  $k$  grupos previamente trabalhados. No caso da previsão de condição clínica, tem-se uma variável não métrica – Clínico / Não-Clínico – e variáveis independentes que são métricas – por exemplo, os valores da Série E (Emergências dos processos primários) da Folha de Cotação do TAT. O objetivo da análise discriminante seria, portanto, criar uma função que busque maximizar a variância entre os dois grupos e, simultaneamente, minimizar a variância dentro dos grupos (Hair *et al.*, 1998). Dito em outras palavras, a análise discriminante permite a identificação dos fatores que apresentam maior capacidade de predição em relação ao fenômeno em estudo.

Finalmente, uma análise qualitativa foi feita com base a pressupostos psicodinâmicos.

## 4 RESULTADOS

### *Validação dos critérios de análise qualitativa do TAT*

Para a verificação da confiabilidade entre juízes, calculou-se a medida Kappa de concordância entre os juízes. O resultado observado em cada uma das categorias de codificação variou entre 0,63 (concordância elevada) e 0,93 (concordância perfeita) ( $p = 0.000$ ), indicando excelente concordância entre os juízes e que a correção da técnica do TAT, proposta pela Escola de Paris, foi considerada confiável para este estudo. A Tabela 3 apresenta o nível de concordância atingido em cada uma das categorias analisadas da Série E.

**Tabela 3** – Concordância entre juízes A e B na categoria de procedimentos da Série E (Emergências dos Processos Primários) da Folha de Cotação do TAT (oito protocolos TAT narrações= 120)

Variável	Série E - Emergências dos Processos Primários	K	p
E1	Alteração da percepção	0.93	0.000*
E2	Utilização maciça da projeção	0.63	0.000*
E3	Desorganização das demarcações identitárias e objetivos	0.73	0.000*
E4	Alteração do discurso	0.67	0.000*
Total E	Emergências dos Processos Primários	0.74	0.000*

\*valor- $p < 0.05$

### *Análise quantitativa dos dados*

Os protocolos do TAT foram analisados “cartão por cartão”, segundo o método proposto pela Escola de Paris. Para tanto, foi usada a Folha de Cotação do TAT<sup>71</sup> para analisar as estratégias utilizadas pelo sujeito para estruturar as suas histórias. Cada participante produziu um protocolo do TAT contendo 15 histórias (uma para cada um dos 15 cartões do TAT). Assim obtiveram-se 32 protocolos do TAT, sendo 16 protocolos pertencentes aos sujeitos do Grupo Clínico e 16 protocolos dos sujeitos do Grupo Não-Clínico. O total de histórias perfazia 480.

Para iniciar a descrição geral (análise das 480 narrações), na Tabela 4 estão apresentados os resultados totais de cada uma das quatro grandes categorias de procedimentos que compõem a Folha de Cotação do TAT, a saber: Série A (Rigidez), Série B (Labilidade), Série C (Inibição) e Série E (Emergências dos processos primários), foco do presente estudo.

<sup>71</sup> Anexo D

**Tabela 4** – Estatística descritiva dos resultados obtidos das quatro grandes categorias de procedimentos que compõem a Folha de Cotação do TAT

Categorias de Procedimentos	Grupo Clínico				Grupo Não-Clínico			
	Mín.	Máx.	Md	DP	Mín.	Máx.	Md	DP
Série A - Rigidez	8.00	172.00	44.43	42.60	29.00	213.00	79.56	45.15
Série B - Labilidade	3.00	82.00	31.37	23.55	21.00	144.00	58.68	35.50
Série C - Evitação do conflito	43.00	179.00	86.68	38.51	38.00	138.00	85.00	31.86
Série E - Emergência dos Processos Primários	13.00	308.00	97.68	72.80	2.00	49.00	18.12	12.08

Observa-se que das quatro categorias de procedimentos, a média da Série E (Emergências dos processos primários) do Grupo Clínico (Md = 97.68) se destaca dentre todas as outras. Por outro lado, as médias obtidas nas Séries A (Rigidez) e B (Labilidade) se salientam sucessivamente em direção ao Grupo Não-Clínico (Série A: Md = 79.56; Série B: Md = 58.68). Em contrapartida, as médias da Série C (Evitação de conflito) são praticamente semelhantes para os dois grupos (Md = 86.68 GC; Md = 85.00 GNC).

Tendo em vista esses resultados, realizou-se uma análise comparativa dos resultados obtidos com os participantes para as quatro grandes categorias de procedimentos que compõem a Folha de Cotação do TAT através do teste estatístico não paramétrico (teste *U* de *Mann-Whitney* para duas amostras independentes). Os resultados são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5** – Comparação entre duas amostras independentes (Grupo Clínico e Grupo Não-Clínico) das quatro grandes categorias de procedimentos que compõem a Folha de Cotação do TAT por meio do teste *U* de *Mann-Whitney*

Categorias de procedimentos	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Série A - Rigidez	50.000	-2.94	0.003*
Série B - Labilidade	65.000	-2.38	0.017*
Série C - Evitação do conflito	123.500	-0.17	0.867
Série E - Emergência dos Processos Primários	17.000	-4.19	0.000*

\*valor-*p* = < 0.05

A Tabela 5 mostra, efetivamente, diferenças estatisticamente significativas entre as médias das Séries A ( $p = 0.003$ ), Série B ( $p = 0.017$ ) e Série E ( $p = 0.000$ ), exceto para a Série C ( $p = 0.867$ ).

Ao considerar as diferenças de médias estatisticamente significativas, observa-se um alto valor  $z$  (-4.19) para a comparação das médias do total da Série E – Emergência dos Processos Primários, e um menor valor  $z$  (-2.38) para a comparação das médias do total da Série B – Labilidade ( $z = -2.38$ ). Isso significa que ambos grupos diferiram mais na Série E que nas demais séries, o que corrobora a literatura a respeito de esquizofrênicos e não esquizofrênicos (Shentoub, 1957, 1967; Shentoub & Shentoub, 1958; Shentoub & Debray, 1969, 1971; Chabert *et al.*, 1990; Chabert, 1998; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Se houve maiores diferenças entre os grupos na categoria da Série E (Emergências dos processos primários), caberia tentar verificar as especificidades de cada procedimento que compõe essa categoria, utilizando o mesmo procedimento de análise estatístico. Na Tabela 6, observam-se as estatísticas descritivas e na Tabela 7 a análise não-paramétrica *Mann-Whitney U*.

**Tabela 6** – Estatísticas descritivas para Procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários)

Série E Emergências dos processos primários	Grupo Clínico				Grupo Não-Clínico			
	Mín.	Máx.	Md	DP	Mín.	Máx.	Md	DP
Série E1: Alteração da Percepção	4.00	116.00	22.70	26.60	.00	10.00	4.40	3.10
Série E2: Utilização maciça da projeção	1.00	108.00	40.30	32.20	.00	31.00	8.10	7.90
Série E3: Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais	.00	22.00	6.30	6.50	.00	6.00	1.80	1.70
Série E4: Alteração do discurso	.00	62.0	28.40	21.70	.00	14.00	3.80	3.50
Total Série E:	13.00	308.00	97.70	72.80	2.00	49.00	18.10	12.10

**Tabela 7** – Comparação de Médias para Procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários)

Série E Emergências dos processos primários	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Série E1: Alteração da Percepção	16.500	-4.213	0.000*
Série E2: Utilização maciça da projeção	33.500	-3.565	0.000*
Série E3: Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais	65.000	-2.399	0.017*
Série E4: Alteração do discurso	43.500	-3.196	0.001*
Total Série E: Emergências dos processos primários	17.000	-4.188	0.000*

\*valor- $p = < 0.05$

Na Tabela 7, pode-se observar que todas as variáveis que compõem a Série E apresentam alta significância estatística ( $p < 0.05$ ) a favor do Grupo Clínico.

Dentro desse contexto, procurou-se identificar quais as subcategorias de cada Série E participariam nas diferenças dos grupos.

No que se refere à Série E1 (Alteração da Percepção), esta é composta por Série E1-1: Escotoma de objeto manifesto; Série E1-2: Percepção de detalhes (Dd) raros e/ou bizarros; Série E1-3: Percepção sensorial, Falsas percepções; e, Série E1-4: Percepção de objetos fragmentados e/ou de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados. Na Tabela 8, apresentam-se as estatísticas descritivas e na Tabela 9, a análise não-paramétrica de comparação de médias *Mann-Whitney U*.

**Tabela 8** – Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E1 (Alteração da Percepção)

Série E1 Alteração da Percepção	Grupo Clínico				Grupo Não-Clínico			
	Mín.	Máx.	Md	DP	Mín.	Máx.	Md	DP
Série E1-1	.00	18.00	2.80	4.20	.00	5.00	1.30	1.30
Série E1-2	.00	64.00	7.60	15.60	.00	7.00	1.60	2.20
Série E1-3	.00	44.00	10.30	11.60	.00	4.00	.60	1.10
Série E1-4	.00	8.00	2.00	2.10	.00	3.00	.90	1.10

*Nota:* Série E1-1: Escotoma de objeto manifesto; Série E1-2: Percepção de detalhes (Dd) raros e/ou bizarros; Série E1-3: Percepção sensorial, Falsas percepções; e, Série E1-4: Percepção de objetos fragmentados e/ou de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados.

**Tabela 9** – Comparação de Médias para Procedimentos da Série E1 (Alteração da Percepção)

Série E1 Alteração da Percepção	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Série E1-1	80.500	-1.844	0.073
Série E1-2	75.000	-2.039	0.047*
Série E1-3	32.000	-3.731	0.000*
Série E1-4	84.500	-1.704	0.102

*Nota:* Série E1-1: Escotoma de objeto manifesto; Série E1-2: Percepção de detalhes (Dd) raros e/ou bizarros; Série E1-3: Percepção sensorial, Falsas percepções; e, Série E1-4: Percepção de objetos fragmentados e/ou de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados. \*valor- $p < 0.05$

Na Tabela 9, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0.05$ ) para as facetas E1-2 e E1-3. Mas não há diferenças significativas entre os dois grupos para as facetas E1-1 e E1-4.

A Série E2 (Utilização maciça da projeção) é composta por Série E2-1: Inadequação do tema ao estímulo, Perseveração, Fabulação fora da imagem, Simbolismo hermético; Série E2-2: Evocação do mau objeto, temas de perseguição, atribuição arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou fisionomias, atitudes, e a Série E2-3: Expressão de afetos e/ou de representações maciças, Expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva. Na Tabela 10 apresentam-se as estatísticas descritivas e na Tabela 11, a análise não-paramétrica de comparação de médias *Mann-Whitney U*.

**Tabela 10** – Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E2 (Utilização maciça da projeção)

Série E2	Grupo Clínico				Grupo Não-Clínico			
	Mín.	Máx.	Md	DP	Mín.	Máx.	Md	DP
Série E2-1	.00	80.00	22.30	21.90	.00	6.00	.90	1.70
Série E2-2	.00	33.00	10.30	10.10	.00	16.00	2.70	4.10
Série E2-3	1.00	19.00	7.70	5.80	.00	13.00	4.50	4.00

*Nota:* Série E2-1: Inadequação do tema ao estímulo, Perseveração, Fabulação fora da imagem, Simbolismo hermético; Série E2-2: Evocação do mau objeto, temas de perseguição, atribuição arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou fisionomias, atitudes, e a Série E2-3: Expressão de afetos e/ou de representações maciças, Expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva.

**Tabela 11** – Comparação de Médias para Procedimentos da Série E2 (Utilização maciça da projeção)

Série E2	<i>Mann-Whitney U</i>	Z	p
Série E2-1	17.500	-4.254	0.000*
Série E2-2	56.500	-2.716	0.006*
Série E2-3	85.500	-1.611	0.110

*Nota:* Série E2-1: Inadequação do tema ao estímulo, Perseveração, Fabulação fora da imagem, Simbolismo hermético; Série E2-2: Evocação do mau objeto, temas de perseguição, atribuição arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou fisionomias, atitudes, e a Série E2-3: Expressão de afetos e/ou de representações maciças, Expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva. \*valor-p < 0.05

Na Tabela 11, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0.05$ ) para as facetas E2-1 e E2-2. Mas não há diferenças significativas entre os dois grupos para a faceta E2-3.

A Série E3 (Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais) é composta por Série E3-1: Confusão das identidades, telescopagem dos papéis; Série E3-2: Instabilidade dos objetos, e a Série E3-3: Desorganização das sequências temporais, espaciais ou da causalidade



lógica. Na Tabela 12 apresentam-se as estatísticas descritivas e na Tabela 13, a análise não-paramétrica de comparação de médias *Mann-Whitney U*.

**Tabela 12** – Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E3 (Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais)

Série E3								
Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais	Grupo Clínico				Grupo Não-Clínico			
	Mín.	Máx.	Md	DP	Mín.	Máx.	Md	DP
Série E3-1	.00	12.00	3.56	3.65	.00	6.00	1.75	1.69
Série E3-2	.00	5.00	.56	1.31	.00	.00	.00	.00
Série E3-3	.00	7.00	2.18	2.53	.00	1.00	.06	.25

*Nota:* Série E3-1: Confusão das identidades, telescopagem dos papéis; Série E3-2: Instabilidade dos objetos; Série E3-3: Desorganização das sequências temporais, espaciais ou da causalidade lógica.

**Tabela 13** – Comparação de Médias para Procedimentos da Série E3 (Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais)

Série E3			
Desorganização das demarcações Identitárias e Objetais	<i>Mann-Whitney U</i>	Z	p
Série E3-1	92.500	-1.363	0.184
Série E3-2	96.000	-2.099	0.239
Série E3-3	60.000	-3.120	0.010*

*Nota:* Série E3-1: Confusão das identidades, telescopagem dos papéis; Série E3-2: Instabilidade dos objetos; Série E3-3: Desorganização das sequências temporais, espaciais ou da causalidade lógica. \*valor-p < 0.05

Na Tabela 13, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0.05$ ) para a faceta E3-3. Mas não há diferenças significativas entre os dois grupos para as facetas E3-1 e E3-2.

A Série E4 (Alteração do discurso) é composta por Série E4-1: Falhas verbais (distúrbios da sintaxe); Série E4-2: Vago, indeterminação, a não-nitidez do discurso; Série E4-3: Associações curtas, e a Série E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, associações por descontinuidade. Na Tabela 14 se apresenta as estatísticas descritivas e na Tabela 15, a análise não-paramétrica de comparação de médias *Mann-Whitney U*.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p < 0.05$ ) para as facetas E4-2, E4-3 e E4-4. Mas não há diferenças significativas entre os dois grupos para a faceta E4-1.

**Tabela 14** – Estatísticas descritivas de Procedimentos da Série E4 (Alteração do discurso)

Série E4	Grupo Clínico				Grupo Não-Clínico			
	Mín.	Máx.	Md	DP	Mín.	Máx.	Md	DP
Série E4-1	.00	28.00	8.93	8.88	.00	13.00	3.43	3.30
Série E4-2	.00	21.00	7.81	6.94	.00	2.00	.12	.50
Série E4-3	.00	14.00	5.06	4.83	.00	1.00	.18	.40
Série E4-4	.00	30.00	6.62	9.36	.00	.00	.00	.00

*Nota:* Série E4-1: Falhas verbais (distúrbios da sintaxe); Série E4-2: Vago, indeterminação, a não-nitidez do discurso; Série E4-3: Associações curtas; Série E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, associações por descontinuidade.

**Tabela 15** – Comparação de Médias para Procedimentos da Série E4 (Alteração do discurso)

Série E4			
Alteração do discurso	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Série E4-1	82.000	-1.747	0.086
Série E4-2	27.500	-4.179	0.000*
Série E4-3	49.000	-3.287	0.002*
Série E4-4	32.000	-4.163	0.000*

*Nota:* Série E4-1: Falhas verbais (distúrbios da sintaxe); Série E4-2: Vago, indeterminação, a não-nitidez do discurso; Série E4-3: Associações curtas; Série E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, associações por descontinuidade. \*valor-p < 0.05

Finalmente foi realizada uma análise discriminante para identificar o quão preciso as facetas significativas da Série E discriminam os grupos de estudo (Hair *et al.*, 1998). Essas facetas foram aquelas que mostraram diferenças significativas nas análises de comparação de médias. Elas foram as seguintes:

- E1-2: Percepção de detalhes (Dd) raros e/ou bizarros
- E1-3: Percepção sensorial, Falsas percepções
- E2-1: Inadequação do tema ao estímulo, Perseveração, Fabulação fora da imagem, Simbolismo hermético
- E2-2: Evocação do mau objeto, temas de perseguição, atribuição arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou fisionomias, atitudes
- E3-3: Desorganização das sequências temporais, espaciais ou da causalidade lógica
- E4-2: Vago, indeterminação, a não-nitidez do discurso
- E4-3: Associações curtas

- E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, associações por descontinuidade

A análise discriminante apontou que 90,6% dos indivíduos foram corretamente classificados utilizando-se os oito critérios da Série E. Ver Tabela 16.

**Tabela 16** - Resultados de classificação dos sujeitos utilizando os oito critérios da Série E

Grupo Original		Predição do Grupo		Total
		Clínico	Não-Clínico	
Frequência	Clínico	13	3	16
	Não-Clínico	0	16	16
%	Clínico	81.3	18.8	100.0
	Não-Clínico	.0	100.0	100.0

*Nota:* 90,6% dos casos corretamente classificados.

## 5 DISCUSSÃO

Não desejo suscitar convicção; desejo estimular o  
pensamento e derrubar preconceitos.  
(Freud, 1916/1996h, p. 251)

Levando em consideração os resultados deste estudo, é possível afirmar que o objetivo inicial de investigar as emergências dos processos primários em adultos esquizofrênicos foi alcançado. Para tanto, foram comparadas produções no TAT de um grupo de adultos portadores de diagnóstico de esquizofrenia com um grupo de adultos sem essa patologia e/ou antecedentes psiquiátricos. A partir da análise dos procedimentos utilizados na elaboração de histórias (para cada cartão do TAT), adotada pela Escola de Paris, foi evidenciado de modo expressivo que as emergências dos processos primários constituem a característica essencial do funcionamento mental de pacientes psicóticos, notadamente dos pacientes esquizofrênicos (participantes do Grupo Clínico [GC]). No que concerne aos participantes do Grupo Não-Clínico (GNC) verifica-se que o aparecimento de maneira pontual ou transitória de emergências dos processos primários traduz o funcionamento psíquico de adultos sem essa patologia (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Como já destacado, os processos mentais inconscientes são considerados como um funcionamento psíquico mais antigo, primário, resíduo de uma fase do desenvolvimento no qual esse era o único tipo de processo mental e foi denominado por Freud de processos primários (Freud, 1911/1996f). Estes processos podem ser observados na fenomenologia apresentada pelos esquizofrênicos como um modo privilegiado de funcionamento psíquico desses sujeitos. Desse modo, os processos psíquicos utilizados na construção das histórias no TAT pelo Grupo Clínico reiteram as características do modo de funcionamento dos pacientes esquizofrênicos, corroborando a hipótese diagnóstica previamente formulada, constatada nos prontuários desses pacientes.

Por outro lado, verifica-se que os participantes do Grupo Não-Clínico também utilizam os procedimentos da Série das Emergências dos processos primários na construção de suas histórias, mas em pequenas quantidades comparadas ao Grupo Clínico. O tipo dos procedimentos da Série E utilizados pelos sujeitos do Grupo Não-Clínico são os mesmo

utilizados por todos os sujeitos que funcionam no quadro das variações do normal ou do patológico, variando quanto a sua frequência.

Salienta-se que das quatro categorias da Folha de Cotação do TAT (Série A, B, C e E), os procedimentos que correspondem à Série E (Emergências dos processos primários) se destacam maciçamente (alta frequência) dentre os procedimentos utilizados na elaboração das narrações pelos participantes com diagnóstico de esquizofrenia. Chama a atenção o fato de que os procedimentos que correspondem às Séries A (Rigidez) e B (Labilidade) são mais frequentes nos participantes (GNC) que não apresentaram o diagnóstico de esquizofrenia ou sinais/sintomas compatíveis com essa patologia nos resultados do questionário MINI (Sheehan, Lecrubier *et al.*, 2002) que foi aplicado na seleção dos participantes do Grupo Não-Clínico. Em contrapartida, os procedimentos da Série C (Evitação de conflito) estão presentes em todos os participantes do presente estudo (GC e GNC).

A emergência em processos primários, fazendo-se mais presente no grupo dos esquizofrênicos (GC) e bem menos manifesta no Grupo Não-Clínico, corrobora o que é encontrado na literatura a respeito de estudos com o TAT de esquizofrênicos e de não esquizofrênicos (Shentoub, 1957, 1967; Shentoub & Shentoub, 1958; Shentoub & Debray, 1969, 1971; Chabert *et al.*, 1990; Chabert, 1998; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008). Assim, estão presentes no Grupo Clínico (esquizofrênicos) as características de emergências dos processos primários evidenciadas pelo livre escoamento de energia que circula sem obstáculos de uma representação para outra por meio dos mecanismos de deslocamento e de condensação, com necessidade de descarga e de satisfação imediata, com ausência de coerência e de relações lógicas, com a presença do desconhecimento das relações temporais e do princípio de realidade e com a compulsão de repetição que obedece ao princípio de identidade da percepção (Freud, 1900/1996b; Laplanche & Pontalis, 1967/1981). Ressalta-se que, quanto mais as emergências dos processos primários se mostram quantitativamente importantes, tanto mais o ego do sujeito se revela frágil, característica da esquizofrenia.

Em contrapartida, a pequena expressão da categoria da Série E associada à maioria de procedimentos pertencentes à Série A e Série B traduz de modo geral, de acordo com a literatura (Shentoub, 1957, 1967; Shentoub & Shentoub, 1958; Chabert *et al.*, 1990; Chabert, 1998; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008; Rebelo, 2007), a existência de uma permeabilidade de boa qualidade entre as instâncias psíquicas (Id, Ego e Superego) ou ainda a existência de um momento de desorganização, o que coloca em evidência a falência momentânea do processo secundário. Isso foi observado no caso dos protocolos do Grupo Não-Clínico (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Entretanto, por maior que seja a quantidade de procedimentos de processos primários utilizados pelo Grupo Não-Clínico, eles não traduzem um modo de funcionamento psicótico, por estarem associados aos procedimentos das Séries de controle e de labilidade (Série A e Série B), colocando assim em evidência uma falha na utilização dos processos secundários com irrupção dos procedimentos dos processos primários. Os procedimentos Série E somente assumem um caráter de funcionamento psicótico no caso de estarem maciçamente representados e associados à procedimentos da Série E (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008).

Em relação aos procedimentos da Série C (evitação do conflito), observa-se entre os participantes do Grupo Clínico e o Grupo Não-Clínico uma semelhança quantitativa na recorrência a esses mecanismos presentes nessa série. Apesar dessa semelhança, os procedimentos de evitação do conflito (Série C) utilizados pelos participantes do Grupo Clínico funcionam em conjunto com a maioria dos procedimentos das emergências dos processos primários (Série E). Entretanto, no grupo constituído de participantes não-psicóticos (GNC) os procedimentos da Série C evoluem em relação aos procedimentos de controle e de labilidade (Série A e Série B).

Os procedimentos de evitação do conflito (Série C), associados aos procedimentos da Série de controle e de labilidade (Série A e Série B), utilizados pelos sujeitos do Grupo Clínico, são invadidos pelos processos primários. Nesse sentido, a invasão dos processos primários vem atacar os vínculos de pensamento através do discurso vago (E4-2), das associações curtas, das associações por contiguidade, por consonância e por descontinuidade (E4-3, E4-4), e da desorganização das sequências temporais, espaciais e lógicas (E3-3). A invasão dos processos primários também vem deformar as percepções por meio da utilização maciça da percepção de detalhes raros ou bizarros (E1-2), das falsas percepções e percepções sensoriais (E1-3), das fabulações fora da imagem, do simbolismo hermético (E2-1), e das atribuições arbitrárias de uma intencionalidade às imagens, fisionomias ou atitudes (E2-2).

Por sua vez, os participantes do Grupo Não-Clínico também utilizam os procedimentos de evitação do conflito (Série C), no entanto, percebe-se que os procedimentos da Série C estão associados a uma grande quantidade de procedimentos da Série de controle e de labilidade (Série A e Série B), o que indica, de acordo com a literatura (Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008), que os procedimentos da Série C acompanhados das Série A e B estão a serviço de impedir que o conflito possa emergir. Deste modo, os itens da Série C de inibição (CI-1: Tendência geral à restrição (tempo de latência longo e/ou importantes silêncios intra-narrações, necessidade de fazer perguntas, tendência à recusa; CI-2: Conflitos

não expressos, banalização, anonimato dos personagens; CI-3: Elementos ansiógenos seguidos ou precedidos de paradas no discurso) vêm participar como evitação da emergência do conflito. Assim, o sujeito fica protegido de fazer face à representações e afetos inquietantes.

Apesar de ter sido constatado que os participantes do Grupo Clínico utilizaram de modo maciço os procedimentos tributários da Série E (Emergências dos processos primários), salienta-se que esses procedimentos podem estar presentes em qualquer modo de funcionamento psíquico (seja ele na direção da variação do normal ou do patológico) e adquirem significações diferentes conforme a sua apresentação e associação aos procedimentos A, B e C. Quando eles estão atuando de forma maciça (alta frequência), no caso do Grupo Clínico, uma hipótese de organização psicótica pode ser confirmada. Mas, se eles aparecem em pequenas quantidades, o que ocorre até mesmo nas personalidades ditas “normais”, e segundo estejam associados a mecanismos da Série A e B ou quando predominam os procedimentos da Série C, coloca-se o acento sobre a dificuldade de interiorização e de falhas do funcionamento do pré-consciente (Shentoub *et al.*, 1990; Anzieu & Chabert, 1961/2004).

Cabe destacar que, de acordo com os resultados obtidos neste estudo, dos quatorze procedimentos pertencentes à Série E (Emergências dos processos primários), oito deles são utilizados, maciçamente na elaboração das histórias do TAT, pelos participantes do Grupo Clínico. Os oito procedimentos apontados são os seguintes: percepção de detalhes raros e/ou bizarros (E1-2); falsas percepções e percepção sensorial (E1-3); fabulação fora da imagem, Inadequação do tema ao estímulo, perseveração, simbolismo hermético (E2-1); temas de perseguição, evocação do mau objeto, atribuição arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou fisionomias e/ou atitudes (E2-2); desorganização das sequências temporais, espaciais ou da causalidade lógica (E3-3); discurso vago, indeterminado, a incompreensibilidade discursiva (E4-2); associações curtas (E4-3); e associações por contiguidade, por consonância, por descontinuidade (E4-4). Como evidenciado, os oito procedimentos citados traduzem a fenomenologia característica do modo de funcionamento de psicóticos, notadamente, dos esquizofrênicos.

Focando de modo particular as produções no TAT dos participantes do Grupo Clínico, é interessante constatar que, vinte sete anos após a publicação da pesquisa dirigida por Catherine Chabert e colaboradores (1990), características do mesmo tipo de resultado emerge no presente estudo. Como já descrito no capítulo introdutório desta tese, na referida pesquisa (Chabert *et al.*, 1990), dois tipos de protocolos TAT foram destacados: uns apresentam produções ricas, abundantes, floridos e marcados por uma espécie de labilidade em que o

pensamento parece vivo, graças à expressão de um espaço psíquico habitado. Outros protocolos colocam em evidência uma inibição importante, presente desde a aplicação do teste e patente na pobreza verbal. Assim, características desses dois tipos de protocolos TAT (protocolos floridos e protocolos inibidos) também se distinguem, no presente estudo.

Dos dezesseis protocolos do TAT analisados do Grupo Clínico, treze deles apresentam produções com características ricas, abundantes, floridas e três protocolos são constituídos de produções restritivas e pobres. Os protocolos floridos, ricos e abundantes – denominados protocolos “paranóides” – as faculdades de verbalizar, explicar e projetar no seio das respostas são testemunhas da “riqueza de certas associações de pensamentos delirantes, produções cuja abundância aparente, constitui uma pseudo-associação de pensamento” (Chabert *et al.*, 1990, p. 220). Assim, os protocolos paranóides<sup>72</sup> são fornecidos por sujeitos cujo pensamento é nutrido por uma atividade delirante mais ou menos manifesta em que os ingredientes de uma realidade interna investida é dominante, o que coloca em evidência a utilização maciça das emergências dos processos primários. Como foi observado pela literatura (Freud, 1911/1996e, f; Chabert *et al.*, 1990), a presença de emergência de processos primários é considerada um prognóstico favorável, no sentido de demonstrar que a atividade pulsional revela a manutenção de um investimento na psique.

No que diz respeito aos três protocolos restantes, eles se assemelham aos protocolos ditos inibidos, cuja escassez verbal, acompanhada de uma falta de criatividade, se traduz por uma produtividade reduzida, e, que se mostra repetitiva e desprovida de ressonância fantasmática. Nesses três tipos de protocolos, foi observado que, as emergências dos processos primários se fazem bem menos presentes. Como apontado pela literatura, as atividades delirantes se declaram por meio das emergências dos processos primários (Chabert *et al.*, 1990; Chabert, 1998; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008; Rebelo, 2007) e a redução da atuação dessas emergências faz com que o sujeito se apegue majoritariamente ao percepto, impedindo a possibilidade de expressão projetiva do mundo interno. De acordo com trabalhos publicados, a ausência de emergências dos processos primários testemunha a favor de um prognóstico desfavorável (Chabert *et al.*, 1990; Chabert, 1998; Brelet-Foulard, Chabert *et al.*, 2003/2008; Rebelo, 2007).

Ainda referente aos três protocolos inibidos do presente estudo, é necessário ressaltar que apesar das emergências dos processos primários estarem diminuídas nas produções do TAT dos referidos protocolos, indicando um prognóstico desfavorável, tais emergências não

---

<sup>72</sup> Apresenta-se no Anexo O uma transcrição ilustrativa de um protocolo TAT do tipo paranóide.



estão completamente ausentes, ao ponto de evocar uma espécie de “morte psíquica” definida como uma invalidez mental paralisante (Chabert *et al.*, 1990, p.195). De fato, as características presentes nos protocolos ditos inibido<sup>73</sup> são bastante preocupantes e constituem um elemento prognóstico desfavorável que alguns estudos puderam verificar ao longo do tempo (Chabert, 1990b; Azoulay, 1990; Béhar-Azoulay; 1993, 1995). Contudo, no presente estudo, este tipo de produção somente foi detectado por um número limitado de sujeitos (três), sendo a maioria (treze) configurada num processo evolutivo favorável.

A fenomenologia expressa pelas atividades delirantes indica um prognóstico favorável no sentido de demonstrar que a atividade pulsional mantém um investimento na psique. Na maioria das vezes, essa fenomenologia, é negligenciada (Chabert *et al.*, 1990). Isso é lastimável, haja vista a apreciação dessa dimensão poder apontar para abertura da via de possibilidades prognósticas. O presente estudo também pretendeu contribuir na apreciação dessa dimensão.

Considerando os resultados do presente estudo, foi possível observar que a presença maciça de procedimentos de emergências dos processos primários (Série E) no modo de funcionamento psíquico dos participantes do Grupo Clínico é específica da esquizofrenia, e no modo de funcionamento psíquico do Grupo Não-Clínico, a presença das emergências dos processos primários aparece de forma pontual ou transitória.

---

<sup>73</sup> Apresenta-se no Anexo P uma transcrição ilustrativa de um protocolo TAT do tipo inibido.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vemos apenas aquilo que sabemos.

Goethe

O propósito inicial deste estudo foi o de investigar as emergências dos processos primários por meio do TAT da Escola de Paris em adultos portadores do diagnóstico de esquizofrenia (Grupo Clínico). Neste estudo verificou-se que as emergências dos processos primários se manifestaram de modo significativo nos esquizofrênicos. Os resultados encontrados desses sujeitos evidenciaram, o que Freud (1900/1996b, 1911/1996e,f) já havia constatado, e guardam ainda estreita correspondência com a observação psicopatológica dos fenômenos descritos tanto por Kraepelin (1896/1999) quanto por Bleuler (1911/1993), bem como os fenômenos chamados “sintomas de primeira ordem” denominados por Kurt Schneider (1946/1968) que respaldam o diagnóstico contemporâneo das esquizofrenias na CID-10 (OMS, 1993) e no DSM-IV-TR (APA, 2000/2003).

Observou-se que, os procedimentos da Série E (Emergências dos processos primários), específicos do Grupo Clínico (participantes esquizofrênicos), correspondem aos sintomas de primeira ordem para o diagnóstico de esquizofrenia. Das análises dos procedimentos da Série E, foi possível distinguir duas modalidades distintas de funcionamento psíquico (protocolos inibidos e protocolos paranóides). Estas duas modalidades acompanham a proposta prognóstica da esquizofrenia desde Kraepelin (1896/1999), respaldada por Bleuler (1911/1993), Freud (1900/1996b, 1911/1996e, f) e seus seguidores, na concepção de que quanto mais é restaurada a relação com o outro – via o delírio e as construções delirantes – melhor será o prognóstico do sujeito.

Os resultados do presente estudo demonstraram que os procedimentos das emergências dos processos primários utilizados de forma significativa pelo grupo de esquizofrênicos são as principais características encontradas no modo de funcionamento desses sujeitos, confirmando assim, sua especificidade do modo de funcionamento psíquico.

Considerando a análise dos protocolos do TAT por meio da Folha de Cotação do TAT proposta pela Escola de Paris, observou-se que a hipótese do presente estudo foi confirmada, ou seja, os procedimentos das emergências dos processos primários mostraram-se bons preditores do modo de funcionamento esquizofrênico visto que dos quatorze procedimentos

da Série E oito<sup>74</sup> classificaram corretamente 90,7% da amostra. Cabe ressaltar que esses oito procedimentos são exatamente as principais características pertencentes ao modo de funcionamento esquizofrênico.

Espera-se, portanto, que o uso do TAT proposto pela Escola de Paris, seja ampliado de modo a permitir a identificação de elementos diagnósticos e prognósticos na detecção precoce de sujeitos esquizofrênicos, nos quais a irrupção da fenomenologia psicótica ainda não se declarou, o que inviabiliza a observação clínica.

A irrupção da fenomenologia psicótica pode concorrer para as diversas situações praticadas por sujeitos nos quais não se suspeitava de um funcionamento psicótico, denunciadas pelas mídias, em que atos homicidas, atos de auto e hetero-mutilações, vem surpreender a todos. Portanto, a detecção precoce e a possibilidade de uma intervenção de tratamento resguardaria esses sujeitos e seu entorno. Justifica-se assim, a utilização do TAT, instrumento que se mostrou, neste estudo, particularmente sensível para a evidenciação de um modo de funcionamento psicótico. A presença das emergências dos processos primários reativadas pelo material do TAT é aqui um preditor desse modo de funcionamento.

Considerando que os resultados do presente estudo indicaram a eficácia diagnóstica e prognóstica do TAT, percebe-se a necessidade de ampliar os estudos com o TAT a fim de se detectar precocemente os casos dos sujeitos potencialmente psicóticos que ainda não apresentaram uma irrupção clara da sintomatologia psicótica que possibilite um diagnóstico por meio de uma observação clínica.

Tem-se, portanto, a intenção de oferecer mais um instrumento que possibilite a formulação e a confirmação do diagnóstico realizado através da observação clínica. Para além da possibilidade diagnóstica, ressalta-se ainda a importância prognóstica que poderá auxiliar as intervenções durante o tratamento nos casos clínicos nos quais persista uma dúvida diagnóstica e prognóstica.

Para finalizar este trabalho parece pertinente deixar aqui inscrito, para futuras reflexões, as palavras de Jean Bergeret (1974/1985) em sua tentativa de definir a noção de “normalidade” embora ela não o satisfizesse inteiramente. Para Bergeret

---

<sup>74</sup> (E1-2) percepção de detalhes raros e/ou bizarros; (E1-3) falsas percepções e percepção sensorial; (E2-1) fabulação fora da imagem, Inadequação do tema ao estímulo, perseveração, simbolismo hermético; (E2-2) temas de perseguição, evocação do mau objeto, atribuição arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou fisionomias e/ou atitudes; (E3-3) desorganização das sequências temporais, espaciais ou da causalidade lógica; (E4-2) discurso vago, indeterminado, a incompreensibilidade discursiva; (E4-3) associações curtas; (E4-4) associações por contiguidade, por consonância, por descontinuidade.

O verdadeiro “sadio” não é simplesmente alguém que se declare como tal, nem sobretudo um doente que se ignora, mas um sujeito que conserva em si tantas fixações conflituais como tantas outras pessoas, e que não tenha encontrado em seu caminho dificuldades internas ou externas superiores a seu equipamento afetivo hereditário ou adquirido, às suas faculdades pessoais defensivas ou adaptativas e que se permita um jogo suficientemente flexível de suas necessidades pulsionais, de seus processos primário e secundário nos planos tanto pessoal quanto social, tendo em justa conta a realidade, e reservando-se o direito de comportar-se de modo aparentemente aberrante em circunstâncias excepcionalmente “anormais”. (Bergeret, 1974/1985, p. 15)

Ressalta-se também que demais estudos científicos devem ser desenvolvidos, enfocando aspectos como os processos primários em pacientes esquizofrênicos, aos quais deverão dar origem a artigos, apresentações em eventos, de forma a trazer contribuições a esse campo de estudo. O objetivo do presente estudo foi contemplado e recomenda-se, então, o uso do TAT na investigação das emergências dos processos primários em esquizofrênicos. Outras investigações devem ser realizadas com a modalidade de análise da Escola de Paris, especialmente, focalizando outras manifestações psicopatológicas, bem como com um maior número de participantes, a fim de ampliar o conhecimento sobre a contribuição do TAT em relação ao funcionamento psíquico de diferentes quadros psicopatológicos.

## REFERÊNCIAS<sup>75</sup>

- Abreu, P. & Gil, A. (2003). Esquizofrenia. In A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer & N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatria para estudantes de medicina*. (pp. 369-380). Porto Alegre: Edipucrs.
- Allport, G. W. (1921). Personality and character. *The Psychological Bulletin*, 18(9), 441-455.
- Allport, G. W. (1929). The Study of Personality by the Intuitive Method. *The Journal of abnormal and social psychology*, 24, 14-27.
- Allport, G. W. (1961). *Psicologia de la personalidad* (1a ed., M. Murmis, trad., pp. 383-576). Buenos Aires: Editorial Paidós (Trabalho original publicado em 1937)
- American Psychiatric Association. – APA (2003). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (4a ed. rev., D. Batista, trad.). Porto Alegre: Editora Artemed. (Trabalho original publicado em 2000).
- American Psychiatric Association. – APA (2013). *Highlight of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5: Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders*. Recuperado em 15 julho, 2013, de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. ISSN 1516-4446.
- Andronikof, A. (2008a). Le Rorschach et les techniques projectives. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37(150-A-10), 1-12
- Andronikof, A. (2008b). Exneriana – II – The Scientific Legacy of John E. Exner, Jr. *Rorschachiana*, 29, 81-107.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (2004). *Les Méthodes projectives*. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1961).
- Arbísio, C. (2003). *Le bilan psychologique avec l'enfant – Approche clinique du WISC-III*. Paris: Dunod.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2013). *Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB – Em vigor a partir de 01/01/2013*. Dados com base no levantamento socioeconômico 2011 – IBOPE. Recuperado em 15 julho, 2013, de <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>.
- Azoulay, C. (1990). Repérage des modalités d'évolution de jeunes schizophrènes à travers le T.A.T. *Rorschachiana*, 17, 256-259.

---

<sup>75</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association. No presente estudo foram consultados 78 livros, 86 artigos e três teses.

- Azoulay, C. (2002). La feuille de dépouillement du TAT : des origines à nos jours. *Psychologie Clinique et projective*, 8, 21-59.
- Azoulay, C. (2013). Temporalité psychique et psychologie projective. *Carnet Psy*, 169(2), 34-37.
- Azoulay, C. & Emmanuelli, M. (2000). La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés. *Psychologie Clinique et projective*, 6, 303-327.
- Béhar-Azoulay, C. (1993). La schizophrénie de l'adolescent et du jeune adulte à travers les méthodes projectives. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de la Langue Française*, 37, 143-160.
- Béhar-Azoulay, C. (1995). Évolution de l'expression de l'affect chez des adolescents et jeunes adultes psychotiques. In *Clinique et théorie des émotions- Actes de la journée scientifique du 1<sup>er</sup> Avril 1995* (pp. 78-92). Laboratoire de Psychologie clinique et de psychopathologie. Université René Descartes (Paris V) Institut de Psychologie
- Bell, J. E. (1964). *Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad* (G. A. Maci, Trad., 2a ed. ampl.) Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1948)
- Bellak, L. (1959). On the Problems of the Concept of Projection. In L. E. Abt & L. Bellak. *Projective Psychology: Clinical Approaches to the Total Personality* (pp. 7-32). New York: Barney Rosset at Grove Press, Inc. (Trabalho original publicado em 1950).
- Bercherie, P. (1998). *Os fundamentos da clínica - história e estrutura do saber psiquiátrico*. (V. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1980).
- Bergeret, J. (1985). *La Personnalité normale et pathologique*. (2e ed.) Paris: Dunod. (Trabalho original publicado em 1974).
- Bertolucci, P. H. F, Brucki, S. M. D., Campacci, S.R. & Juliano, I. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Binet, A. & Henri, V. (1895). La psychologie individuelle. *L'année psychologique*, 2, 411-465. Recuperado em 15 dezembro, 2012, de [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy\\_0003-5033\\_1895\\_num\\_2\\_1\\_1541](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1895_num_2_1_1541)
- Bleuler, E. (1993). *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies*. (A. Viillard, trad.) Paris: EPEL. (Trabalho original publicado em 1911)
- Brelet-Foulard, F. (1986). *Le TAT: Fantasme et situation projective*. Paris: Dunod.
- Brelet-Foulard, F., Chabert, C. et al. (2003). *Nouveau Manuel du TAT. Approche Psychanalytique*. Paris: Dunod.

- Brelet-Foulard, F., Chabert, C. *et al.* (2008). *Novo Manual do TAT. Abordagem Psicanalítica*. (2a ed., A. J. Lelé, trad.) São Paulo: Vetor. (Trabalho original publicado em 2003)
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões Para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777-781.
- Cattell, R. B. (1944). Projection and the design of projective tests of personality. *Character and Personality*, 12, 177-194.
- Cattell, R. B. (1963). Principios fundamentales de los tests de personalidad proyectivos o de percepción errónea ("Misperception"). In H.H. Anderson & G. L. Anderson, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico* (pp. 88-136). Madrid: Ediciones Rialp. (Trabalho original publicado em 1951)
- Chabert, C. (1990a). Les épreuves projectives: confrontations théoriques et cliniques. *Rorschachiana*, 17, 9-15.
- Chabert, C. (1990b). Les potentialités de changement chez les adolescents psychotiques – Contribution du Rorschach et du TAT à une étude longitudinale. *Revue de Psychologie Appliquée*, 40(2), 113-137.
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et Méthodes Projectives*. Paris: Dunod.
- Chabert, C. (2006). Contribution des méthodes projectives dans la recherche en psychopathologie clinique et en psychopathologie. In O. Bourguignon & M. Bydlowski (org.) *Recherche clinique et en psychopathologie. Perspectives critiques*. (2e ed., pp. 93-110). Paris: Puf. (Trabalho original publicado em 1995)
- Chabert, C. (2013). Clinique projective et clinique psychanalytique : une rencontre féconde. *Carnet Psy*, 169(2), 30-33.
- Chabert, C., Béhar-Azoulay, C., Chrétien, M., Guedeney, N., Jeammet, Ph., Aubin, J.-P., Birot, E. & Brechon, G. (1990). Evaluation des processus de changement au cours du traitement d'adolescents psychotiques. *Psychiatrie de l'enfant*, 33(1), 189-285.
- Chagnon, J-Y. (2013). L'École de Paris : bref historique. *Carnet Psy*, 169(2), 27-29.
- Chaillet-Ballif, E. (2007). L'apport des techniques projectives à la compréhension psychodynamique des accès délirants chez des adolescents et jeunes adultes. *Psychologie Clinique et projective*, 13, 211-267.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Colom, R. & Zaro, M. J. (2007). Gênero e esquizofrenia. In R. Colom & M. J. Zaro. *A psicologia das diferenças de sexo* (C. E. Flores-Mendoza, trad., pp. 270-271). São Paulo: Vetor. (Trabalho original publicado em 2004)

- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução nº 002/2003*. Recuperado em 25 outubro, 2013, de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003\\_02\\_Anexo.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/03/resolucao2003_02_Anexo.pdf)
- Cunha, J. A. & Nunes, M. L. T. (2010). Medida projetiva. In L. Pasquali e colaboradores. *Instrumentação psicológica. Fundamentos e práticas* (pp. 357-375). Porto Alegre: Artmed.
- Cyrille, B., Marli, N. S. & Céline, P. (2006). Evolution d'une patiente schizophrène, prise en charge dans un centre de soins de réadaptation. Perspective psycho-dynamique avec test e re-test TAT et Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 59, 4, 395-405.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicólogos*. Usando SPSS para Windows. (L. Viali, trad., 3. Ed). Porto Alegre : Artmed. (Trabalho original publicado em 2004)
- Debray, R. (1978). Le TAT en clinique psychosomatique. A propos du cas d'un adolescent asthmatique. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de la Langue Française*, 31, 83-92.
- Debray, R. (1987a). Le TAT aujourd'hui et demain. *Psychologie française*, 32(3),127-130.
- Debray, R. (1987b). Qu'apporte le TAT à 6 ans? *Psychologie française*, 32(3),157-159.
- Decreto Lei nº 10.216/2001 de 6 de abri. *Lei Paulo Delgado e como Lei da Reforma Psiquiátrica*. Recuperado em 20 julho, 2013, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Dreyfus, A., Husain, O. & Rousselle, I. (1987). Schizophrénie et T.A.T.: quelques considérations sur les aspects formels. *Psychologie française*, 32(3), 181-186.
- Emmanuelli, M. (2004). *L'examen psychologique en clinique. Situations, méthodes et études de cas* (pp. 1-6). Paris: Dunod.
- Emmanuelli, M. & Azoulay, C. (2001). *Les épreuves projectives à l'adolescence. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Esquirol, E. (1838). *Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médicaux-légal*. Paris: J. B. Baillière.
- Evans, K., Mcgrath, L. & Milns, R. (2003). Searching for schizophrenia in ancient Greek. *Acta psychiatra scandinava*, 107(5), 323-330.
- Exner, J. E. (1989). Searching for projection in the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 53(3), 520-536.
- Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach : un système intégré*. (A. Andronikof-Sanglade, trad., pp. 3-56). Paris: Frison-Roche. (Trabalho original 3a ed. publicado em 1993).



- Exner, J. E., Armbruster, G. L. & Mittman, B. (1978). The Rorschach response process. *Journal of Personality Assessment*, 42(1), 27-38.
- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C. (1989). Les psychoses schizophréniques. In *Manuel de psychiatrie* (7e ed., pp. 474-556). Paris: Masson. (Trabalho original publicado em 1960)
- Farah, F. H. Z. (2010). *Evidências de validade e precisão no teste de Pfister para crianças de 6 a 10 anos*. Tese de doutorado, Universidade Sao Francisco, Itatiba.
- Fensterseifer, L. & Werlang, B. S. G. (2008). Apontamentos sobre o status científico das técnicas projetivas. In A. E. de Villemor-Amaral & B. S. G. Werlang (Orgs.). *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica* (pp. 15-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Junior, B. de C., Barbosa, M. do A., Barbosa, I. G., Borges, A., Hara, C. & Rocha, F. L. (2010) Versão brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCoRS-Br): validação em contextos clínicos sem informantes. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 59 (4), 271-278. Recuperado em 13 fevereiro, 2011, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400002)
- Frank, L.K. (1943). The Rorschach method: foreword. *Journal of Consulting Psychology*, 7(2), 63-66.
- Frank, L. K. (1948). *Projective Methods*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Frank, L. K. (1960). Towards a projective psychology. *Journal of Projective Techniques*, 24(3), 247-253.
- Frank, L. K. (1965). Projective Methods for the Study of Personality. In L.K. Murstein, *Handbook of projective techniques* (pp. 1-22). New York: Basic Books. (Trabalho original publicado em 1939)
- Freud, S. (1973a). Estudios sobre la histeria. In *Obras completas de Sigmund Freud* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., 3. ed., tome I, pp. 39-208). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1973b). Psicopatología de la Vida Cotidiana. In *Obras completas de Sigmund Freud* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., 3. ed., tome I, pp. 755-931). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1904)
- Freud, S. (1973c). Totem y Tabu. In *Obras completas de Sigmund Freud* (L. Lopez-Ballesteros y de Torres, trad., 3. ed., tome II, pp. 1745-1850). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1977). *A interpretação das afasias*. (A. P. Ribeiro, trad.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1891)
- Freud, S. (1996a). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1, pp. 335-400). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

- Freud, S. (1996b). A interpretação de sonhos. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 4 e 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996c). A relação dos chistes com os sonhos e o inconsciente. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 8, pp. 151-169). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996d). Terceira lição. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 11, pp. 43-51). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (1996e). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides). In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 15-89). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (1996f). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 233-244). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (1996g). O inconsciente. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 191-194). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996h). Psicanálise e psiquiatria. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 16, pp. 251-263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916)
- Freud, S. (1996i). Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 229-241). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996j). Além do princípio do prazer. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 18, pp. 17-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996l). Esboço de psicanálise. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 23, pp. 153-185 e pp. 209-221). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1938)
- Gleser, G. C. (1963). Projective Methodologies. *Annual Review of Psychology*, 14, 391-422.
- Goldberg, E. (2002). *O cérebro executivo. Lobos frontais e a mente civilizada*. (R. Fiker & Márcia E. Fiker, trads.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 2001)

- Gortais, J. (2005). Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie. In C. Azoulay, C., C. Chabert, J. Gortais & P. Jeammet. *Le processus de la schizophrénie* (pp. 3-60). Paris: Dunod.
- Green, A. (1971). La projection : de l'identification projective au projet. *Revue Française de Psychanalyse*, 35(5-6), 939-960.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th ed.). London: Prentice Hall International.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L, Kay, G. G. & Curtiss, G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: Manual. Adaptação e padronização brasileira* Jurema Alcides Cunha et al. (1a ed. rev. e amp., pp. 69-70 ). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Homes, D. S. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. (S. Costa, trad., 2a ed., pp. 233-303). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1994)
- Irigaray, L. (1967). Négation et transformation négative dans le langage des schizophrènes. *Langages*, 5, 84-98. Recuperado em 10 fevereiro, 2013, de [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/lgge\\_0458-26X\\_1967\\_num\\_2\\_5\\_2874](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/lgge_0458-26X_1967_num_2_5_2874)
- Jaspers, K. (2005). *Psicopatologia Geral*. (8a ed., S. P. Reis, trad., pp. 683-745). São Paulo: Atheneu. (Trabalho original publicado em 1913)
- Kahlbaum, K. (1999). A catatonia ou a loucura da tensão. In S. Alberti (org). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. (pp. 17-41) Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora. (Trabalho original publicado em 1874)
- Katz, D. & Schanck, R. (1938). *Social psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J. A. (2002). *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos* (cap. 25). Barueri: Manole.
- Kraepelin, E. (1999). A demência precoce. In S. Alberti (org). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. (pp. 45-69) Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora. (Trabalho original publicado em 1896)
- Lalande, A. (1997). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. (4<sup>e</sup> ed. Quadrige, vol. 2, pp. 839-841). Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1926)
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (7e ed.). Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1967)
- Lelé, A. J. (2000). A Escola Francesa do T.A.T. - Homenagem a Vica Shentoub (17 JUL 1920 –19 NOV 1999). In V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica - Teorização e Prática e VIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica - Formas e Contextos,

2002, Belo Horizonte. *Anais V Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica - Teorização e Prática e VIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica - Formas e Contextos* (pp. 82-85). São Paulo: Vetor Editora psico-Pedagógica Ltda.

- Lelé, A. J., Tardivo, L. C., Gil, C. A., Steiner, A. L. & Cautella Jr., W. (2006). TAT segundo a Escola Francesa em pacientes internados em hospital psiquiátrico: estudo preliminar. In N. Abreu e Silva e D. Matos do Amparo (Orgs.), *IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos ASBRo. Brasília-DF. Métodos Projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura. Trabalhos completos.* (pp. 486-494). Brasília: ASBRo.
- Lindzey, G. (1959). On the classification of projective techniques. *Psychological Bulletin*, 56(2), 158-168.
- Lindzey, G. (1961). *Projective techniques and cross-cultural research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Louzã Neto, M. R., Elkis, H. et al. (2007). *Psiquiatria básica* (2a ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Martin, O. (1997). La mesure en psychologie de Binet à Thurstone, 1900-1930. *Revue de Synthèse*, 4e S, 4, oct-déc, 457-493.
- Montagna, M. E. (1989). *Análise e interpretação do CAT*. Teste de Apercepção Temática Infantil. São Paulo: EPU.
- Morel, B. A. (1852). *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales, considérées dans leur nature, leur traitement et dans leur rapports avec la médecine légale des aliénés.* (Vol. 1). Paris: V. Masson e J. B. Baillière.
- Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physique, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés des maladies.* Paris: J. B. Baillière.
- Morgan, C. D. & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies. *Archives Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306.
- Morgan, W. G. (1995). Origin and History of the Thematic Apperception Test Images. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 237-254.
- Morval, M. V. G. (1982). *Le TAT et les fonctions du Moi. Propédeutique à l'usage du psychologue clinicien.* (2e ed, revue, corrigée et augmentée). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. (Trabalho original publicado em 1977).
- Mucchielli, R. (1963). La notion de projection. *Bulletin de Psychologie*, 17, 225 (numéro spécial 2-7), 67-72.
- Murray, H. A. (1933). The effect of fear upon estimates of the maliciousness of other personalities. *Journal of Social Psychological*, 4, 310-33.

- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Murray, H. A. (1963). Prologo. In H.H. Anderson & G. L. Anderson, *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico* (pp. 9-24). Madrid: Ediciones Rialp. (Trabalho original publicado em 1951)
- Murray, H. A. *et al.* (1995). *Teste de Apercepção Temática: T.A.T.* (J. de S. & M. Werneck, trad., 2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1943)
- Murray, H. A. *et al.* (2005). *T.A.T.: Teste de Apercepção Temática*. (adaptação e padronização brasileira M. C. V. M. Silva, 3. ed adap. e ampl.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1943)
- Murstein, B & Pryer, R. (1959). The concept of projection: a review. *Psychological Bulletin*, 56(5), 353-374.
- Organização Mundial de Saúde – OMS – (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID-10* (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1992)
- Paim, I. (1990). Esquizofrenia. (4a ed.). São Paulo: EPU. (Trabalho original publicado n.d.)
- Pichot, P. (1990). Les épreuves projectives : confrontations théoriques et cliniques. *Rorschachiana*, 17, 7-8.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: An IX. Recuperado em 16 agosto, 2011, de <http://books.google.com.br/books/download/Trait%C3%A9>
- Portuondo, J. A. (1976). *El psicodiagnostico de Rorschach en psicologia clínica*. (2a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quinet, A. (1999). A psicopatologia da esquizofrenia: Bleuler com Freud e Lacan. In S. Alberti (org.). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. (pp. 79-107). Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora.
- Racamier, P.-C. (1990) La paranoïa revisitée. *Perspective psychiatriques*, 21(1), 8-21.
- Rapaport, D. (1942). Principles underlying projective techniques. *Character & Personality*, 10(3), 213-219.
- Rapaport, D., Gill, M. & Schafer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing* (vol. II) Chicago: The year book publishers, inc.
- Rebelo, M.-T. (2007). *Etude comparative des décompensations psychotiques de l'adolescence au Brésil et en France*. Thèse de Doctorat, Université Paris-Descartes, Paris.
- Rebelo, M.-T. (2013). La méthodologie projective et les fonctionnement psychotiques à l'adolescence. *Carnet Psy*, 170(3), 33-35.

- Revue de la Société psychanalytique de Paris (2000). *La Projeção* (Revue Française de Psychanalyse, 64, 3). Paris: PUF. Recuperado em 21 janeiro, 2013, de <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5859845f.image>
- Roman, P. (2006). *Les épreuves projectives dans l'examen psychologique*. Paris: Dunod.
- Rorschach, H. (1953). *Psychodiagnostic*. (2nd ed.). Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1921)
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. (V. Ribeiro *et al.*, trads.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. (Trabalho original publicado em 1997)
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria*. Ciência do comportamento e psiquiatria clínica (C. O. Dornelles *et al.*, trads., 9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sargent, H. (1945). Projective methods: their origins, theory and application in personality research. *Psychological Bulletin*, 42(5), 257-293.
- Schneider, K. (1968). *Psicopatologia clínica* (1a ed.). São Paulo: Editora Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1946)
- Sears, R. R. (1943). Survey of objective studies of psychoanalytic concepts. *Social Science Research Council Bulletin*, 51, xiv-156.
- Sheehan, D. & Lecrubier, Y. *et al.* (2002). *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version DSM IV*. Recuperado em 17 outubro, 2010, de [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CEEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliotecadigital.ufmg.br%2Fdspace%2Fbitstream%2Fhandle%2F1843%2FBUOS-93EL9J%2F5\\_pags\\_147\\_a\\_197.pdf%3Fsequence%3D5&ei=nOR2UrWLJrD\\_4AOU8oCoDQ&usq=AFQjCNEUWajqEFOxY9r0gsQnxqOAgAettw&sig2=DKDwpXxawvcRcidQVNcugQ](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=3&ved=0CEEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliotecadigital.ufmg.br%2Fdspace%2Fbitstream%2Fhandle%2F1843%2FBUOS-93EL9J%2F5_pags_147_a_197.pdf%3Fsequence%3D5&ei=nOR2UrWLJrD_4AOU8oCoDQ&usq=AFQjCNEUWajqEFOxY9r0gsQnxqOAgAettw&sig2=DKDwpXxawvcRcidQVNcugQ)
- Shentoub, V. (1955). Le “Thematic Apperception Test” en neuro-psychiatrie infantile. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, 3(11-12), p.588-593.
- Shentoub, V. (1957). Le TAT et la schizophrénie juvénile : considérations méthodologiques. *Psychologie française*, 2(3), 185-189.
- Shentoub, V. (1967). *Le devenir des manifestations phobo-obsessionnelles de la pré-puberté à l'adolescence*. Thèse de Doctorat de 3ème Cycle, Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Paris, Paris.
- Shentoub, V. (1972-1973). Introduction théorique à la méthode du T.A.T. *Bulletin de psychologie*, 26, 305(10-11), 582-602.
- Shentoub, V. (1973). A propos du normal et du pathologique dans le T.A.T. *Psychologie Française*, 18(4), 251-259.
- Shentoub, V. (1987). TAT: théorie et méthode. *Psychologie française*, 32(3), 117-126.

- Shentoub, V. *et al.* (1990). *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Shentoub, V. & Debray, R. C. (1969). Contribution du TAT au diagnostic différentiel entre le normal et le pathologique chez l'enfant. *La Psychiatrie de l'enfant*, 12(1), 241-266.
- Shentoub, V. & Debray, R. C. (1971). Diagnostic différentiel entre des états pathologiques chez le jeune adulte. Étude de quatre cas; contribution du TAT et des épreuves d'efficiences intellectuelle. *La Psychiatrie de l'enfant*, 14(1), 233-272.
- Shentoub, V. & Debray, R. C. (1970-1971). Fondements théoriques du processus T.A.T. *Bulletin de Psychologie*, 24, 292(12-15), 897-903.
- Shentoub, V. & Rausch de Traubenberg, N. (1958). Les techniques projectives : problèmes théoriques de la validation. *La Psychiatrie de l'enfant*, 1(1), 238-246.
- Shentoub V. & Shentoub S. A. (1958). Contribution à la recherche de la validation du TAT: feuille de dépouillement. *Revue de psychologie appliquée*, 8(4), 275-341.
- Shentoub, V. & Shentoub, S. A. (1960). Recherche expérimentale et clinique du thème "banal" dans le T.A.T., *Psychiatrie de l'enfant*, 3(2), 405-524.
- Shirakawa, I. (1992). *O ajustamento social na esquizofrenia*. (2a ed.) São Paulo: Lemos Editorial.
- Shirakawa, I. (1993). Histórico e conceito. In D. Caetano *et al.*, *Esquizofrenia: atualização em diagnóstico e tratamento*. (pp. 3-6). São Paulo: Atheneu.
- Silva, M. C. de V. M. (2011). *História dos testes psicológicos: origens e transformações*. São Paulo: Vetor.
- Snyders, G. (1952). Contribution à une étude critique des tests de projection. *Enfance*, 5(1), 76-89.
- Snyders, G. (1966). Y a-t-il un bon usage du T.A.T. *Enfance*, 19(1), 49-69.
- Symonds, P. M. (1949a). *Adolescent Fantasy. An investigation of the picture-story method of personality study*. New York: Columbia University Press.
- Symonds, P. M. (1949b). New directions for projective techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 13(6), 387-389.
- Talbott, J. A., Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. (1992). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Updegraff, R. (1938) Recent approaches to the study of the preschool child. I. Indirect and projective methods. *Journal of Consulting Psychology*, 2(5), 159-161.
- Van der Does, A. J. W. & Van den Bosch, R. J. (1992). What determines Wisconsin card sorting performance in schizophrenia? *Clinical Psychology Review*, 12(6), 567-583.

- Vane, J. R. & Guarnaccia, V. J. (1989). Personality theory and personality assessment measures: How helpful to the clinician? *Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 5-19.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: teoria e desempenho* (3 ed.). Porto Alegre: Editora Manole.
- Viera, A. & Garrett, J. (2005). Understanding interobserver agreement: the Kappa statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360-363.
- Villerbu, L. M. (1994). *Psychopathologie projective*. (2<sup>e</sup> ed.) Rennes: Éditions de l' ARCP. (Trabalho original publicado em 1993)
- Watson, Robert I., (1951). *The clinical method in psychology*. New York, Haper & Brothers, XIII, 392-415.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. (M. C. de Vilhena Moraes e Silva, trad., pp. 15-36). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1998)
- Westen, D. (1991). Clinical Assessment of Object Relations Using the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 56(1), 56-74.
- White, R. W. (1944). Interpret of imaginative productions. In J. McV. Hunt, *Personality and the Behavior Disorders. A handbook based on experimental research* (Vol. 1, pp. 214-254) New York: Ronald Press.
- Yudosfsky, S. C. & Hales, R. E. H., (2006). *Neuropsiquiatria e neurociências. Na prática clínica*. (C. Dornelles *et al.*, trads., 4a ed.). Porto Alegre: Artmed.



## ANEXOS

ANEXO A - Descrição dos 31 cartões do *Thematic Apperception Test* [TAT] propostos por Henry Alexander Murray

[De acordo com o disposto no § 1º do Art. 13 da Lei nº 4.119/62 esta página foi suprimida na versão online]

[De acordo com o disposto no § 1o do Art. 13 da Lei no 4.119/62 esta página foi suprimida na versão online]

[De acordo com o disposto no § 1o do Art. 13 da Lei no 4.119/62 esta página foi suprimida na versão online]

## ANEXO B – Exemplo de um cartão similar ao do TAT



Fonte: Recuperado em 7 julho, 2012, de

[http://www.google.com.br/search?q=%22T.A.T.,+test+de+cr%C3%A9ativit%C3%A9&hl=pt-BR&prmd=imvns&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=SKr2T4jpIIKE8ASNx5DPBw&ved=0CHIQsAQ&biw=1093&bih=479#hl=pt-BR&biw=1093&bih=479&tbm=isch&sa=1&q=thematic+apperception+test&oq=thematic+apperception+test&gs\\_l=img.12...0.0.4.1092.0.0.0.0.0.0.0.0..0.0...0.0.4XL9alsdC18&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf..cf.osb&fp=9316c684330a594c](http://www.google.com.br/search?q=%22T.A.T.,+test+de+cr%C3%A9ativit%C3%A9&hl=pt-BR&prmd=imvns&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=SKr2T4jpIIKE8ASNx5DPBw&ved=0CHIQsAQ&biw=1093&bih=479#hl=pt-BR&biw=1093&bih=479&tbm=isch&sa=1&q=thematic+apperception+test&oq=thematic+apperception+test&gs_l=img.12...0.0.4.1092.0.0.0.0.0.0.0.0..0.0...0.0.4XL9alsdC18&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf..cf.osb&fp=9316c684330a594c)

[De acordo com o disposto no § 1º do Art. 13 da Lei nº 4.119/62 esta página foi suprimida na versão online]

[De acordo com o disposto no § 1o do Art. 13 da Lei no 4.119/62 esta página foi suprimida na versão online]

Fonte consultada e adaptada: F. Brelet-Foulard, C. Chabert *et al.* (2003/2008, pp. 64-72). A Escola de Paris manteve do original de H. Murray as letras em inglês que acompanham o número do cartão que designam os sexos. Para facilitar o acesso, assim como a leitura, colocou-se entre parênteses a designação publicada e utilizada no Brasil.

## ANEXO D – Folha de Cotação do TAT (Escola de Paris)

<b>SÉRIE A Rigidez</b>	<b>SÉRIE B Labilidade</b>	<b>SÉRIE C Evitação do conflito</b>	<b>SÉRIE E Emergências dos processos primários</b>
<p><b>A1 Referência à realidade externa</b></p> <p>A1-1: Descrição com aderência aos detalhes (D) com ou sem justificação da interpretação A1-2: Precisões : temporal – espacial - numérica A1-3: Referências sociais, ao senso comum e a moral A1-4: Referências literárias, culturais</p> <p><b>A2 Investimento da realidade interna</b></p> <p>A2-1 : Recurso ao fictício, ao sonho A2-2 : Intelectualização A2-3 : Denegação A2-4 : Acento colocado sobre os conflitos intra-pessoais - Ir e vir entre a expressão pulsional e a defesa</p> <p><b>A3 Procedimentos de tipo obsessivo</b></p> <p>A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre diferentes interpretações, repetição de idéias A3-2: Anulação A3-3: Formação reativa A3-4: Isolamento entre representações ou entre representação e afeto - Mínima expressão dos afetos</p>	<p><b>B1 Investimento da relação</b></p> <p>B1-1: Acento dado sobre as relações interpessoais, narração em dialogo B1-2: Introdução de personagens que não figuram na imagem B1-3: Expressões de afetos</p> <p><b>B2 Dramatização</b></p> <p>B2-1 : Entrada direta na expressão ; Exclamações ; comentários pessoais. -Teatralismo; História com ressaltos. B2-2: Afetos fortes ou exagerados B2-3: Representações e/ou afetos contrastantes - Ir e vir entre desejos contraditórios B2-4: Representações de ações associadas ou não à estados emocionais de medo, de catástrofe, de vertigem.</p> <p><b>B3 Procedimentos de tipo histérico</b></p> <p>B3-1: Precipitação de afetos ao serviço do recalque das representações B3-2: Erotização das relações, simbolismo transparente, detalhes narcísicos com valor de sedução B3-3: Labilidade nas identificações</p>	<p><b>CF Superinvestimento da realidade externa</b></p> <p>CF-1: Acento dado sobre o cotidiano, o factual, o fazer – Referência aderida à realidade externa CF-2: Afetos de circunstâncias, referências às normas exteriores</p> <p><b>CI inibição</b></p> <p>CI-1: Tendência geral à restrição (tempo de latência longo e/ou importantes silêncios intra-narrações, necessidade de fazer perguntas, tendência à recusa, recusa) CI-2: Conflitos não expressos, banalização, anonimato dos personagens CI-3: Elementos ansiógenos seguidos ou precedidos de paradas no discurso</p> <p><b>CN Investimento narcísico</b></p> <p>CN-1 : Acento dado à vivência subjetiva - Referências pessoais CN-2 : Detalhes narcísicos - Idealização da representação de si e/ou da representação do objeto (valência + ou -) CN-3: Enquadramento - Afeto-título - Postura significante de afetos CN-4: Insistência sobre os limites e os contornos e sobre as qualidades sensoriais CN-5 : Relações especulares.</p> <p><b>CL Instabilidade dos limites</b></p> <p>CL-1 : Porosidade dos limites (entre narrador/sujeito da história ; entre dentro/fora ...) CL-2: Apoio sobre o percepto e/ou o sensorial CL-3: Heterogeneidade dos modos de funcionamento (interno/externo; perceptivo/simbólico; concreto/abstrato ...) CL-4: Clivagem</p> <p><b>CM Procedimentos anti-depressivos</b></p> <p>CM-1: Acento dado sobre a função de apoio do objeto (valência + ou -) – Apelo ao clínico CM-2: Hiperinstabilidade das identificações CM-3 : Piruetas, viravoltas, piscar de olho, ironia, humor</p>	<p><b>E1 Alteração da percepção</b></p> <p>E1-1: Escotoma de objeto manifesto E1-2: Percepção de detalhes raros ou bizarros com ou sem justificação arbitrária E1-3: Percepções sensoriais - Falsas percepções E1-4: Percepção de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados</p> <p><b>E2 Utilização maciça da projeção</b></p> <p>E2-1: Inadequação do tema ao estímulo – Perseveração - Fabulação fora da imagem - Simbolismo hermético E2-2: Evocação do mau objeto, temas de perseguição, atribuição arbitrária de uma intencionalidade à imagem e/ou às fisionomias ou atitudes – Idealização de tipo megalomaníaca E2-3: Expressão de afetos e/ou de representações cruas - Expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva</p> <p><b>E3 Desorganização das demarcações identitárias e objetivos</b></p> <p>E3-1: Confusão das identidades E3-2: Instabilidade dos objetos E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica</p> <p><b>E4 Alteração do discurso</b></p> <p>E4-1: Distúrbios da sintaxe – quebras verbais E4-2: Indeterminação, a não-nitidez do discurso E4-3: Associações curtas. E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, a revela</p>

Fonte consultada: F. Brelet-Foulard, C. Chabert *et al.* (2003/2008, p. 83)

ANEXO E - Lista dos grandes detalhes (D) e pequenos detalhes (Dd) dos 18 cartões do TAT proposta pela Escola de Paris

[De acordo com o disposto no § 1º do Art. 13 da Lei nº 4.119/62 esta página foi suprimida na versão online]



## ANEXO F – Ficha de registro do Grupo Clínico

## FICHA DE REGISTRO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do sujeito \_\_\_\_\_

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  Masculino

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_a \_\_\_\_m

Escolaridade:  Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Superior Incompleto

Em: \_\_\_\_\_

 Superior Completo

Em: \_\_\_\_\_

Trabalho 1-  Sim/ 2-  Não

Atividade/Profissão: \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a)

Diagnóstico Médico Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nome(s) do(s) Médico(s) Psiquiatra(s)

CRM

Medicação: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Idade da primeira crise: \_\_\_\_\_ Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_

Quantas crises após a primeira: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

## ANEXO G - Ficha de registro do Grupo Não-Clínico

## FICHA DE REGISTRO – Grupo Não-Clínico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do sujeito \_\_\_\_\_

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_m

Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental Incompleto

( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Médio Completo

( ) Superior Incompleto

Em: \_\_\_\_\_

( ) Superior Completo

Em: \_\_\_\_\_

Trabalho: 1- ( ) Sim/ 2- ( ) Não

Atividade/ Profissão: \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro(a)

( ) Casado(a)

( ) Viúvo(a)

( ) Divorciado(a)/Separado(a)

## ANEXO H - Questionário de nível socioeconômico – NSE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**LABORATÓRIO DE AVALIAÇÃO DAS DIFERENÇAS INDIVIDUAIS**  
**CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

NOME DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL (INDICAR PARENTESCO) NOME: _____ PARENTESCO: _____	DATA:    /    /
NOME DO PARTICIPANTE: _____	
IDADE:    anos	SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____	ESCOLARIDADE: _____
PROFISSÃO/FUNÇÃO: _____	

**CRITÉRIO BRASIL (Adaptado fonte: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>)**

O objetivo do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) é medir o poder aquisitivo do consumidor, ou seja, ele enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Os critérios para classificação social do País foram estabelecidos pela ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – [www.abep.org](http://www.abep.org) – [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org), com base nos Levantamentos Socioeconômico de 2011 – IBOPE. Em vigor a partir de 01/01/2013. A classificação socioeconômica do Brasil foi estratificada em cinco classes, sendo que as três primeiras classes (A, B e C) foram subdivididas. O sistema de pontuação é baseado na posse de bens de consumo duráveis, instrução do chefe da família e outros fatores, como a presença de empregados domésticos.

**MARQUE COM UM X A QUANTIDADE QUE POSSUI DE CADA ITEM DE CONSUMO:**

Itens de consumo	Não tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4 ou +
Quantas televisões em cores					
Quantos rádios					
Quantos banheiros					
Quantos automóveis					
Quantas empregadas mensalistas					
Quantas máquinas de lavar					
Quantos videocassetes ou aparelhos de DVD					
Quantas geladeiras					
Quantos freezers (independente ou parte de geladeira duplex)					

(OBS. Se a pessoa possui duas ou mais casas e usufrui das duas – computar o total dos itens daquela que apresenta as melhores condições)

**MARQUE COM UM X UMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO DESCRITAS:**

<b>GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA</b>		
Nomenclatura antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental/Até 3ª. Série 1º. Grau	
Primário completo/Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	
Ginásial completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	
Colegial completo/Superior incompleto	Médio Completo	
Superior completo	Superior completo	

Indicar quem é o chefe da família: \_\_\_\_\_

ANEXO I – Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (*Mini-Mental Status Exam*)**Mini-exame do estado mental**

**Orientação temporal** - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Que dia é hoje?
- Em que mês estamos?
- Em que ano estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

**Orientação espacial** - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.
- Em que cidade nós estamos?
- Em que Estado nós estamos?

**Memória imediata:** Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

**Cálculo:** subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

**Evocação das palavras:** pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada.

**Nomeação:** peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

**Repetição:** Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

**Comando:** Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

**Leitura:** mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

**Frase:** Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

**Cópia do desenho:** mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)

ANEXO J - *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual (Sheehan, Lecrubier et al., 2002)*

A EMERGÊNCIA DOS PROCESSOS PRIMÁRIOS NO TAT EM ADULTOS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

1

**MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual**

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

**A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM

**B. TRANSTORNO DISTÍMICO**

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	NÃO	SIM
----	--	-----	-----

**D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO**

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTES MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).		
	SE D1a = SIM:	NÃO	SIM
b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?		
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM
	SE D2a = SIM:	NÃO	SIM
b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM
	D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	NÃO	SIM

**E. TRANSTORNO DE PÂNICO**

E1 a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	NÃO	SIM
b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	NÃO	SIM

**F. AGORAFOBIA**

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM
----	--	-----	-----

**G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)**

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	NÃO	SIM
----	---	-----	-----

**H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/ideias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a ideia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por ideias/imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO	SIM
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL. PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS.			
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM

**I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)**

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADAVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	NÃO	SIM
I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	NÃO	SIM

**J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL**

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM
----	--	-----	-----

**K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)**

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar " de cabeça feita / chapado(a) " ?	NÃO	SIM
----	---	-----	-----

**LISTA DE SUBSTÂNCIAS**

<b>ANFETAMINA</b>	<b>ÊXTASE</b>	<b>MORFINA</b>
<b>BRANQUINHA</b>	<b>ERVA</b>	<b>ÓPIO</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ÉTER</b>	<b>DAIME</b>
<b>BASEADO</b>	<b>GASOLINA</b>	<b>PÓ</b>
<b>COCAÍNA</b>	<b>HASHISH</b>	<b>RITALINA</b>
<b>CODEÍNA</b>	<b>HEROÍNA</b>	<b>COGUMELO</b>
<b>COLA</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>VEGETAL</b>
<b>CRACK</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>REBITE</b>
<b>MACONHA</b>	<b>CHEIRINHO</b>	<b>LOLÓ</b>
<b>MERLA</b>	<b>BOLINHA</b>	<b>MESCALINA</b>
<b>ARTANE</b>	<b>ESTERÓIDES</b>	<b>PÍLULAS TIRA-FOME</b>
<b>CALMANTES</b>	<b>DOLANTINA</b>	<b>ALGAFAN</b>
<b>AYHUASCA</b>	<b>PEDRA</b>	<b>TARJA PRETA</b>
<b>ANABOLISANTES</b>	<b>LANÇA</b>	<b>REMÉDIO PARA DORMIR</b>

**L. SÍNDROME PSICÓTICA**

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

**DELÍRIOS BIZARROS:** SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS:** VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI

				BIZARRO
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.				
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDEIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRÓ" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM A QUESTÃO: ESTAS VOZES COMENTAVAM OS SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU OUVIA DUAS OU MAIS VOZES FALANDO ENTRE ELAS?	NÃO	SIM	
b	SE SIM : Ouvia essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	
<b>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</b>				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	



L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM
L11	DE L1 A L10 HA PELO MENOS: UMA QUESTÃO «b» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO)?	NÃO                      SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «a» COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO)? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO                      SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	

**M. ANOREXIA NERVOSA**

M1a	Qual é a sua altura ?	□ □ □ cm
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	□ □ □ kg
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO      SIM

**N. BULIMIA NERVOSA**

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	NÃO	SIM
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	NÃO	SIM

**O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

O1 a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	NÃO	SIM
b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	NÃO	SIM
	A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX. MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC].	NÃO	SIM

Fonte: D. Sheehan, Y. Lecrubier *et al.* (2002)

ANEXO K – Modelo de carta de anuência de locais ou instituições de participantes

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

**Título do Estudo: “A emergência dos processos primários no TAT em adultos com diagnóstico de esquizofrenia”.**

Nos termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa deve ser livremente consentida, sendo garantido: a) o sigilo sobre os sujeitos participantes quanto aos dados de identificação e resultados obtidos pelos mesmos; b) as informações sobre o estudo devem ser fornecidas pelo pesquisador aos sujeitos participantes para que possam decidir livremente sobre a sua participação do estudo; c) a participação na pesquisa não implica em riscos ou benefícios monetários aos participantes do estudo; d) garante a liberdade de recusar a participação ou retirar o consentimento a qualquer momento.

Declaro ter recebido, de forma clara e completa, todas as informações e explicações referentes ao estudo, bem como as atividades que os sujeitos de minha (instituição/empresa) realizarão. Declaro ainda que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste projeto de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que eu como (nome do cargo/função) da (instituição/empresa) recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Por tanto, autorizo de livre e espontânea vontade a realização do estudo haja vista que:

1º) O pesquisador explicou a justificativa, objetivos e procedimentos do estudo, bem como os instrumentos que serão utilizados (Entrevista Semi Dirigida, questionário de Exame do Estado Mental e a aplicação do teste psicológico chamado de TAT - Teste de Apercepção Temática).

2º) Tenho ciência que os sujeitos de minha (instituição/empresa) estão livre para se retirar do estudo a qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Estou ciente de que os sujeitos da minha (instituição/empresa) poderão interromper a realização das tarefas quando desejar, assim como não são obrigados a responder a todas as questões ou atividades propostas.

3º) Estou ciente de que a participação dos sujeitos da (instituição/empresa) nesta pesquisa não implicará em nenhum ônus ou retorno financeiro para a (instituição/empresa) ou participantes.

4º) Meu consentimento autoriza o pesquisador a utilizar os dados obtidos na (instituição/empresa) (nome da instituição/empresa), quando se fizer necessário, incluindo a divulgação em eventos científicos e/ou publicações. Porém, tal divulgação deve preservar os nomes e demais dados de identificação dos participantes e da (instituição/empresa).

5º) Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, os participantes terão acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o psicólogo Álvaro José Lelé, doutorando em psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefones: (31) 8747-5445 ou (31) 3378-1603, e-mail: lele@pib.com.br, sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado do departamento de psicologia da UFMG e da co-orientação da Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo da Faculdade de Psicologia da USP de São Paulo.

Nome da (instituição/empresa):

CNPJ:

Endereço

Rua

Bairro

Cidade/Estado

CEP

Telefone(s):

Site:

e-mail:

Estando de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Por ser verdade,

\_\_\_\_\_  
 Alvaro José Lelé/CPF698214618-91  
 Pesquisador/Psicólogo/CRP04-12516

\_\_\_\_\_  
 Nome do cargo/função e do responsável pela  
 instituição/empresa

\_\_\_\_\_  
 Orientadora da Pesquisa

Profa. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado

Belo Horizonte/MG, de de

## ANEXO L - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Clínico

**Título: “A emergência dos processos primários no TAT em adultos com diagnóstico de esquizofrenia”.**

Prezado (a) participante,

Este é um convite para você participar, voluntariamente, em uma pesquisa que se destina a investigar as emergências dos processos primários isto é, o surgimento de pensamentos que você tem quando está deixando a sua mente livre, como que sonhando acordado, ou, mesmo dormindo. Isto é, pensamentos sem sentido ou sem lógica e algumas vezes pensamentos sobre coisas que não existem, o que na maioria das vezes dificulta o contato com a realidade e com as pessoas. Este modo de funcionamento se mantém de maneira predominante nos esquizofrênicos. Ele pode ser identificado por meio do teste psicológico chamado de TAT (Teste de Apercepção Temática).

As técnicas a serem utilizadas serão:

- 1) Entrevista para levantamento de dados pessoais, dados sócio-demográficos, tempo de tratamento;
- 2) Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para levantamento de dados a respeito do dia da semana, do local, memória, habilidade de leitura e habilidade de seguir um comando simples.
- 3) Teste de Apercepção Temática, uma técnica psicológica utilizada tradicionalmente no estudo da personalidade. Será solicitado ao participante que conte uma estória a partir de cada imagem dos 15 cartões que compõem o teste.

As técnicas são apresentadas individualmente, em uma ou duas sessões (se necessário), em dia e hora marcados com antecedência, conforme a disponibilidade de cada participante.

Todas as atividades terão a duração de cerca de 90 minutos.

Os resultados individuais desta pesquisa serão mantidos em sigilo e o participante pode ter acesso aos resultados dos testes da pesquisa.

Riscos da pesquisa:

Não há riscos biológicos envolvidos no projeto. Os únicos riscos dizem respeito ao desconforto e ansiedade eventualmente provocados pela situação de entrevista e de teste psicológico que podem se tornar um pouco cansativos. Para isso, o examinador estará sempre atento às manifestações eventuais de ansiedade e/ou cansaço por parte dos participantes, interrompendo imediatamente a testagem quando necessário.

Benefícios da pesquisa:

Esta pesquisa poderá ajudar no trabalho dos profissionais da saúde, seja no diagnóstico, seja no tratamento das pessoas com esses problemas, além de contribuir para aprimoramento e maior conhecimento do instrumento aqui utilizado (TAT).

Em qualquer etapa do estudo, os participantes podem ter acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o psicólogo Álvaro José Lelé, doutorando em psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefones: (31) 8747-5445 ou (31) 3378-1603, e-mail: lele@pib.com.br, sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado e da co-orientação da Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

De acordo com o item IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, é garantida a retirada do consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem qualquer prejuízo à instituição ou aos participantes, caso assim o desejar. Os pesquisadores irão explicar em detalhes a natureza do projeto, mas se o participante ainda tiver dúvidas, ele pode procurar as orientadoras da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

As informações obtidas serão analisadas individualmente e quando em conjunto com outros profissionais, mas não será divulgada a identificação de nenhum participante em nenhuma hipótese. Os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos, publicados ou apresentados oralmente em congressos, mantendo a identidade

dos participantes em sigilo.

Agradecemos sua atenção e sua valiosa colaboração, e nos colocamos à disposição,

Álvaro José Lelé

Psicólogo, CRP 04/12516 doutorando em psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefones: (31) 8747-5445 ou (31) 3378-1603, e-mail: lele@pib.com.br

Profa. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado

orientadora da pesquisa, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefone: (31) 34096277 Fax: (31) 34095027, e-mail: carmencita@fafich.ufmg.br

Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, para maiores esclarecimentos você pode consultar também o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG). Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 – Pampulha - CEP 31270-901 - Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Eu discuti com o proponente deste termo de consentimento sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e compensações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim dos objetivos e das atividades a serem realizadas neste estudo e concordo em participar voluntariamente da amostra selecionada para a pesquisa “A emergência dos processos primários no TAT em adultos com diagnóstico de esquizofrenia”, realizada pelo psicólogo Álvaro José Lelé.

O presente termo de consentimento foi lido por mim e/ou lido oralmente na minha presença e feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da pesquisa

Assinatura e telefone do Tutor/Responsável legal do participante

Nome do participante:			
Documento de identidade No.		Sexo: M F	
Data de nascimento: / /			
Endereço:		No:	Apto:
Bairro:		Cidade:	
CEP:		Tel: DDD( )	
Nome do Tutor/Responsável Legal:			
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.)			
Documento de identidade No.		Sexo: M F	
Data de nascimento: / /			
Endereço:		No:	Apto:
Bairro:		Cidade:	
CEP:		Tel: DDD( )	

## ANEXO M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Não-Clínico

**Título: “A emergência dos processos primários no TAT em adultos com diagnóstico de esquizofrenia”.**

Prezado (a) participante,

Este é um convite para você participar, voluntariamente, em uma pesquisa que se destina a investigar as emergências dos processos primários isto é, o surgimento de pensamentos que você tem quando está deixando a sua mente livre, como que sonhando acordado, ou, mesmo dormindo. Isto é, pensamentos sem sentido ou sem lógica e algumas vezes pensamentos sobre coisas que não existem, o que na maioria das vezes dificulta o contato com a realidade e com as pessoas. Este modo de funcionamento se mantém de maneira predominante nos esquizofrênicos. Ele pode ser identificado por meio do teste psicológico chamado de TAT (Teste de Apercepção Temática).

As técnicas a serem utilizadas serão:

- 1) Entrevista para levantamento de dados pessoais, dados sócio-demográficos;
- 2) Entrevista para verificar a presença ou ausência de problemas psicológicos (MINI);
- 3) Teste de Apercepção Temática, uma técnica psicológica utilizada tradicionalmente no estudo da personalidade. Será solicitado ao participante que conte uma estória a partir de cada imagem dos 15 cartões que compõem o teste.

As técnicas são apresentadas individualmente, em uma ou duas sessões (se necessário), em dia e hora marcados com antecedência, conforme a disponibilidade de cada participante.

Todas as atividades terão a duração de cerca de 90 minutos.

Os resultados individuais desta pesquisa serão mantidos em sigilo e o participante pode ter acesso aos resultados dos testes da pesquisa.

Riscos da pesquisa:

Não há riscos biológicos envolvidos no projeto. Os únicos riscos dizem respeito ao desconforto e ansiedade eventualmente provocados pela situação de entrevista e de teste psicológico que podem se tornar um pouco cansativos. Para isso, o examinador estará sempre atento às manifestações eventuais de ansiedade e/ou cansaço por parte dos participantes, interrompendo imediatamente a testagem quando necessário.

Benefícios da pesquisa:

Esta pesquisa poderá ajudar no trabalho dos profissionais da saúde, seja no diagnóstico, seja no tratamento das pessoas com esses problemas, além de contribuir para aprimoramento e maior conhecimento do instrumento aqui utilizado (TAT).

Em qualquer etapa do estudo, os participantes podem ter acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o psicólogo Álvaro José Lelé, doutorando em psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefones: (31) 8747-5445 ou (31) 3378-1603, e-mail: lele@pib.com.br, sob a supervisão e orientação da Profa. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado e da co-orientação da Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

De acordo com o item IV da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, é garantida a retirada do consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem qualquer prejuízo à instituição ou aos participantes, caso assim o desejar. Os pesquisadores irão explicar em detalhes a natureza do projeto, mas se o participante ainda tiver dúvidas, ele pode procurar as orientadoras da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

As informações obtidas serão analisadas individualmente e quando em conjunto com outros profissionais, mas não será divulgada a identificação de nenhum participante em nenhuma hipótese. Os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos, publicados ou apresentados oralmente em congressos, mantendo a identidade dos participantes em sigilo.

Agradecemos sua atenção e sua valiosa colaboração, e nos colocamos à disposição,

Álvaro José Lelé

Psicólogo, CRP 04/12516 doutorando em psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefones: (31) 8747-5445 ou (31) 3378-1603, e-mail: lele@pib.com.br

Profa. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado

orientadora da pesquisa, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Antonio Carlos, 6627. FAFICH - Sala 4042 – Pampulha – CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG – Brasil - Telefone: (31) 34096277 Fax: (31) 34095027, e-mail: carmencita@fafich.ufmg.br

Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, para maiores esclarecimentos você pode consultar também o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG). Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 – Pampulha - CEP 31270-901 - Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Eu discuti com o proponente deste termo de consentimento sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e compensações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim dos objetivos e das atividades a serem realizadas neste estudo e concordo em participar voluntariamente da amostra selecionada para a pesquisa “A emergência dos processos primários no TAT em adultos com diagnóstico de esquizofrenia”, realizada pelo psicólogo Álvaro José Lelé.

O presente termo de consentimento foi lido por mim e/ou lido oralmente na minha presença e feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante da pesquisa

Nome do participante:		
Documento de identidade No.	Sexo: M F	
Data de nascimento: //		
Endereço:	No:	Apto:
Bairro:	Cidade:	
CEP:	Tel: DDD( )	

## ANEXO N – Aprovação do Comitê de Ética da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Projeto: CAAE – 05626512.3.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Carmen Elvira Flores Mendoza Prado**  
**Departamento de Psicologia**  
**FAFICH - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de outubro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"A emergência dos processos primários no TAT em adultos com diagnóstico de esquizofrenia"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**



## ANEXO O – Exemplo de protocolo TAT do tipo paranóide / Grupo Clínico

**PROTOCOLO TATGC**

**TATGCFEM52:** participante do Grupo Clínico (GC) do sexo feminino de idade de 52 anos.

Obs.: para todos os cartões GC1FEM52 olha para o cartão somente no momento de entrega, ficando na maior parte do tempo olhando fixamente em meus olhos, como se a imagem não existisse. O tom de voz é lento.

## Cartão 1

Im Ah! Que lindo! É um cabritinho, meu cabritinho. Parece com Luquinha. Nessa fase, ele fotografa bastante, eu que fiz as fotos. Hoje, ele tá com 24 anos, tinha muita memória, era interprete. Aí, teve um dia que ele pediu para contar uma história para ele e quando ele começou não e quando ele começou a querê se livrar na faixa de 9 anos de idade ... ele brincô comigo, mas um dia ele pedi para tomar um lexotan “então ta, você toma seu lexotan e vem aqui rápido” e ele ligou para mim, a Manuela (funcionária da residência) pediu para ligar. Aí, ele tinha torcido o pé. Eu pedi para você não jogar futebol e aí é ele falô que tio Rubins tava do lado acompanhando ele e que mais parece que ele ta lendo uma fotografia, mesma foto, alguma história do antepassado. Conhece o reverendo da messiânica, ele conhece o reverendo da messiânica... (e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Interrompo seu discurso e proponho o próximo cartão) 5’12”

## Cartão 2

(Entrego o cartão dizendo, por favor, conte-me uma história a partir do cartão)

Im. Esse cartão é bem antigo, muito antigo, mas é bonito, lembra muita, uma mensagem, mensagem assim diiii... diiii uma pessoa que gostava que o mundo fosse melhor sem mentiras. 1’11” (vira o cartão na mesa, colocando-o sobre o cartão 1 que estava virado na mesa do meu lado esquerdo)

(Olha para os cartões que estão virados sobre a mesa a minha direita e diz:) Vou ter que contar história para todos estes cartões?

## Cartão 3RH

7” Esse daqui é parte de uma fase que eu passei e quiiii e rezei muito, pedi muito a Deus minha ajuda e eu ajudei Deus (52”) Meus irmãos só pensa ganhar dinheiro. Eles me colocaram aqui, não é meu pai e minha mãe não, eu já disse que eles morreram... (e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Interrompo seu discurso e proponho o próximo cartão)

## Cartão 4

Im. Ah! Essa história aqui não existe quando eu conheci Ivan ele táva afim de mim. Nós fomos para Guarapari. A parte boa ficou na lembrança, festa, balada, casamento... Aconteceu tudo isso em menos de um ano quando eu me noivei em maio, eu fui despejada, aí eu fui obrigada, eu não tinha casa. (olha para o cartão) É ele, nosso casamento só durou dois meses, porque eu engravidei. O casamento acaba quando a mulher engravida. Isso aqui é a despedida... 2’37” ele queria o filho mas não me queria (e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Interrompo seu discurso e proponho o próximo cartão)

## Cartão 5

Im. Isso aqui dessa imagem não sou eu não. São mulheres a procura de vida, é um flagrante de marido com outra. Foi isso. Cheguei em casa, como de costume e esperei o porteiro conversá comigo ele não conversou eu fui no apartamento, meu marido estava lá com outra, funcionária minha com uma saia curtinha curtinha. Mulher sofre 1’41” (entrega o cartão)

## Cartão 6MF

Im. Isso daqui é gangster contra uma pessoa conhecida no meio artístico que se passou por amiga minha e pensa que é Patricia Galvão (50”). Não vou falar dela porque não tenho nada ver com ela e foi a partir da loucura dela que perdi tudo, eu não sabia que existia louco não. E eu acostumada com a loucura da minha irmã e eu achei que não ia acontecer comigo. Começou quando comecei a tomar haldol. (cita outros medicamentos)  
(e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Interrompo seu discurso e proponho o próximo cartão)

## Cartão 7MF

Im. História da felicidade. É uma garota que não tem nenhum tipo de ajuda e espera que se faça justiça pelos seus atos e fica triste que sua própria família diz ter gostado dela. 1'05"  
(entrega o cartão)

## Cartão 9MF

Im. Essa aqui é lady Zilda e Regina já tem mais idade que nós três. Acham que nós não merecemos atenção por parte dos outros, porque são mais bonitas, mais falantes, só que eu queria que elas entrassem na rede globo ... 1'12"  
(de momentos a outros chamava sua atenção, apontando para imagem do cartão e dizendo conte uma história da imagem. Ela respondia acenando sim com a cabeça: “é da imagem, estou contando”... e continuava a narração)

## Cartão 10

Im. Ah! Isso daqui ta pareceno com a Xuxa envelhecida, só que lembra também, assim como os meus casos. Tem uma médica que me chamou de esquizofrênica, como eu não aceito a medicina. (58")  
(e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Interrompo seu discurso e proponho o próximo cartão)

## Cartão 11

<V> 6" Ah! esse aqui você sabe que está no museu de Nova York. Eu não cheguei a tanto como Fernando Collor. Estou na casa de Ana Paula, Ana Paula sou eu, ele ficou complicando a minha vida. Foi entre a morte de Cazusa, as eleições ele pegou todo meu dinheiro... 2'00"  
(e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Interrompo seu discurso e proponho o próximo cartão)

## Cartão 12RM

Im. Eu não consegui morar no apartamento (conte uma história da imagem) é isso, to contando, é o vazio... 1'10" é a independência, é é é é é é sobre um aspecto real (pega o cartão depois coloca na mesa) pode ser independente, louco ou ter uma realidade real, dura, aí você pode optá ou você faz sua vida boa, através de caráter, humildade ou parte pro crime 2'28"

## Cartão 13R

Im. Essa história aqui é uma história que Figueiredo não conto, desculpa o filho da puta não tem história para contar porque simplesmente não conheço, porque tem que ser na faixa até os 21. Daqui para diante, Maria, Nacife de Sá e meu filho tem que agradecer e ir na igreja. 1'45''

## Cartão 13HF

Im. Ah! Isso aqui é amor, paixão mesmo. É e por tudo que já foi feito e que relevam. Eu transo, entendeu! Só que eu transo sem as pessoas saberem. Eu já fiz filme pornô. Eu não gosto de falar... Isto aqui é a exaustão depois de uma noite de amor 1'14''

## Cartão 19

10'' esse aqui não tô entendendo nada, nada. Isso aqui pode ser é é é é o futuro como uma doméstica ou uma dona de casa. Porque os homens não querem saber mais das mulheres, elas estão completamente atormentadas, são todas chulas, porque, porque não ouve pai e mãe, porque pai e mãe envelhecem (1'53'' entrega o cartão) meu benefício é o cartão de crédito, me tomaram...

(e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada. Proponho o próximo cartão com sua instrução)

## Cartão 16

Im. Sem lápis? Sem lápis para desenhar?

13'' Vou contar uma história, assim, da arte. A arte surge quando você tem bom coração, se você acredita no ser humano, que o indivíduo é capaz (53'') e o que desabou para mim foi a arte, não foi eu. Eu já disse a Diogo de Paula que eu sou artista e meus direitos como artista eu garanto aos outros, porque eu trabalhei, tive uma vida dura como qualquer Rebeca que vem do sertão nordestino... (e assim continua relatando fora do contexto da imagem apresentada)

ANEXO P – Exemplo de protocolo TAT do tipo inibido / Grupo Clínico

### PROTOCOLO TATGC

**TATGCMAS30:** participante do Grupo Clínico (GC) do sexo masculino de idade de 30 anos.

#### Cartão 1

Im. Um rapaz leno, um menino leno. Um menino leno caderno, cá mão no rosto com as duas mão no rosto (imagine uma história) Era uma vez um menino com as duas mãos no rosto leno um caderno só (o que aconteceu?) Ele ficou leno. 1'21''

#### Cartão 2

Im. Uma moça ino estudá... um rapaz segurano o cavalo numa roça, uma mulher em pé, só (E ai?) Tem umas casas do lado com uma serra e um mato (imagine uma história) Era uma vez uma moça ia estudá, um moço segurano o cavalo e uma mulher em pé olhano pra roça só. 1'28''

#### Cartão 3RH

2'' Um menino triste, uma menina triste sentado com a cabeça no banco, história? (não respondo, fico olhando para ele) Era uma vez uma menina muito triste com a cabeça no banco só. (o que aconteceu?) Ah! não sei, só sei que ela tá triste aqui com alguma coisa, só. 1'09''

#### Cartão 4

Im. Ca moça abraçano no rapaz é uma mulher sentada no canto da casa e o rapaz olhano pra fora e a moça abraça ele (conta uma história) Era uma vez um rapaz olhano pra rua e uma mulher no canto, só 1'11''

#### Cartão 5

Im. Uma mulher... abrino a porta, olhano para dentro da casa. uma casa cheia, tem uns livros, uma estante, uma jarra de flor e uma lâmpada. Só. História? Era uma vez uma mulher entrano numa casa olhano para os objeto da casa. só 1'08''

## Cartão 6RH

Im. Uma mulher e um rapaz. Uma mulher olhano a janela e o rapaz olhano no chão, só. Era uma vez, um rapaz olhano para o chão e uma mulher idosa olhano para rua pra janela (o que aconteceu?) Só isso. O rapaz tava olhano pro chão e a mulher olhano pra rua. Só. 1'17''

## Cartão 7RH

Im. O velho olhano para o olho do rapaz, o rapaz olhano pra frente. Era uma vez um rapaz olhano pra frente, um velho olhano para o rosto dele. Só. 39'' Posso pará agora (tem mais alguns cartões) quero í no banheiro (fico te esperando aqui)

## Cartão 8RH

Im. Aqui um rapaz com a faca. Dois rapaiz do lado tentano cortá a camisa do rapaz e um menino olhano pra frente. 38'' (O que aconteceu?) Ah! tá deitado aqui com a espingarda do lado e o rapaz abrino a camisa dele com a faca (E daí?) O rapaz tá caído, deve sê alguma briga, alguma coisa. Só 1'18''

## Cartão 10

Im. Aqui um homem beijano a cabeça de um outro, de um nenê, não sei, só (22'') História? Era uma vez um homem segura um bebe e o bebe beijano o peito dele. Só 48''

## Cartão 11

7'' Tipo um desenho. Tipo uma gruta... cheio de pedra. Só. A história? Era uma vez uma gruta cheia de pedra mais nada. Só 44''

## Cartão 12RM

Im. É o retrato de uma arvore com barco no meio do mato, parado. Era uma vez uma arvore e um barco no meio do mato parado. Tá certo? (como você quiser) 50''

## Cartão 13R

Im. É o retrato do menino sentado na porta olhano pra frente. Só. (fico olhando para ele e ele pergunta) História? (não respondo) Era uma vez um menino sentado numa porta tá olhano pra fernte (o que aconteceu?) só, tá com a mão na boca, olhano pra frente 55''

## Cartão 13HF

Im. Retrato de uma mulher deitada e um homem abraçando o rosto. Só. História? Era uma vez uma mulher deitada com o homem com a mão no rosto, com umas mesas, um livro do lado, uma luz (?) só, homem em pé com a mão no rosto assim (gesto) mulher deitada semi nua. 1'19''

## Cartão 19

9'' Aqui é um desenho tipo de uma sombra é um desenho do lado. Era uma vez um desenho de umas nuvens, uma sombra e um desenho do lado. 49''

## Cartão 16

Im. (olha atrás do cartão) Aqui é um envelope vazio com as letrinhas atrás. Era uma vez um envelope vazio com umas letrinhas atrás. 51''