



# Um estudo comparativo sobre o grau de comprometimento nos testes psicológicos de dois irmãos gêmeos univitelinos com esquizofrenia

## RESUMO

A esquizofrenia é uma doença mental grave caracterizada por uma intensa desorganização de diversos processos mentais, que se manifestam através de sintomas variados. É considerada como uma das mais sérias doenças psiquiátricas e tornou-se, com o desenvolvimento de inúmeras pesquisas acumuladas nas últimas duas décadas, amplamente reconhecida como doença cerebral, sendo que fatores hereditários e ambientais também parecem contribuir para seu aparecimento.

O objetivo deste estudo foi o de verificar se os métodos de investigação psicológica poderiam apresentar marcadores que auxiliariam no diagnóstico da esquizofrenia, contribuindo como técnicas complementares para a compreensão do funcionamento mental neste quadro.

Através de um estudo comparativo de dois irmãos gêmeos monozigóticos, utilizando as técnicas psicológicas do Questionário Desiderativo e o Desenho da Figura Humana analisado através do Escór de Deterioração do Desenho da Pessoa (Freitas Junior, 1968), foi possível detectar indicadores psicopatológicos comuns ao quadro da esquizofrenia. Neste sentido, este estudo atingiu o objetivo proposto, abrindo um espaço para a experimentação das técnicas psicológicas nos quadros psiquiátricos.

## ABSTRACT

***A Comparative Study of The Compromise Stage in The Psychological Tests in Two Monozygotic Twin Brothers With Schizophrenia***

*Schizophrenia is a severe mental illness, characterized for strong disorganization of the mental process, manifested through of a variety of symptoms. It is considered like one of the most serious psychiatry illness and became, with the increase of many researches accumulated in the last two decade, recognized as a cerebral disease, although hereditary and environmental factors also seems to contribute to its development.*

*The objective of this study was to verify if psychological investigations methods could disclose patterns which could help in the schizophrenia diagnoses, contributing to the understanding of the mental arrangement in this process.*

*Across a comparative study of two monozygotic twin brothers, using the Desiderative Questionnaire and Human Figure Draw analysing based in the Deterioration Escore of the Human Figure Draw (Freitas Junior, 1968), it was possible to detect common psychopathological indicators of the schizophrenia process.*

*Therefore, this study achieved the proposal objective, possibiliting the utilization of these psychological techniques in the psychiatry courses.*

**Palavras-chaves:** esquizofrenia, testes psicológicos, indicadores psicopatológicos

**Key Words:** schizophrenia, psychological testes, psychopathologies indicators

Endereço para correspondência: Rua Dr. Ovídeo Pires de Campos – s/nº.  
CEP 05403-010 – São Paulo, SP – lc\_monteiro@hotmail.com

**Luciana de Carvalho Monteiro\***  
**Cândida Helena Pires de Camargo\*\***  
**Mônica Toniolo\*\*\***

\*Psicóloga – Serviço de Psicologia do Instituto  
de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da  
Faculdade de Medicina da USP

\*\*Diretora do Serviço de Psicologia,  
Neuropsicologia e Reabilitação Neuropsicológica  
do Instituto de Psiquiatria  
do Hospital das Clínicas - FMUSP.

\*\*\*Psicóloga - Mestranda em Ciências pela  
Faculdade de Medicina - USP.

## INTRODUÇÃO

### Esquizofrenia

Há muito que a complexidade do problema clínico da esquizofrenia vem despertando grande interesse de iminentes pesquisadores ao longo da história da psiquiatria. Dentre eles, destacam-se Emil Kraepelin (1856-1926) e Eugen Bleuler (1857-1939).

Kraepelin apresentou o termo *dementia precox* para caracterizar pacientes que tinham um curso deteriorante a longo prazo e sintomas clínicos comuns de alucinações e delírios. Bleuler criou o termo “esquizofrenia”, substituindo o termo “demência precoce” na literatura. A conceitualização do termo teve como objetivo indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. É importante ressaltar que uma distinção importante feita por Bleuler, no que se refere ao seu conceito de esquizofrenia e o de demência precoce de Kraepelin, era a não necessidade de um curso deteriorante no desenvolvimento da doença, o que não ocorria com a demência precoce (Kaplan *et al.*, 1997).

Segundo Louzã Neto (1995), tanto Kraepelin como Bleuler e os demais teóricos, especialmente Kurt Schneider (1887-1967) que estabeleceu uma hierarquia de sintomas conforme sua importância para o diagnóstico da esquizofrenia, influenciaram amplamente as classificações e os critérios operacionais atuais, como na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of*

*Mental Disorders* (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994) e na décima edição da *Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e de Comportamento* da Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993).

A esquizofrenia é uma doença mental grave que tem como característica a desorganização de diversos processos mentais, que se manifestam através de sintomas variados. Durante o seu curso, a doença geralmente se manifesta em crises agudas, período em que os sintomas se expressam mais intensamente, intercaladas com períodos de remissão, quando ocorre um abrandamento dos sintomas (Louzã, 1999).

Geralmente a sua manifestação se dá no fim da adolescência ou no início da idade adulta. O começo da doença é mais precoce no homem que na mulher, sendo que as mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia, tendo assim, um melhor prognóstico e maior possibilidade de adaptação social (Shirakawa, Chaves e Mari, 2001).

Segundo dados epidemiológicos há ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes, em idade adulta. No Brasil as estimativas de incidência da doença são compatíveis com as observadas em outras populações, o que permite postular que a incidência de esquizofrenia no Brasil aproxima-se bastante da encontrada em outros países (Shirakawa, Chaves e Mari, 2001).

Embora seja utilizado o termo esquizofrenia no singular, muitos autores a

consideram como um conjunto de doenças (uma síndrome), que ainda não é possível de ser distinguida detalhadamente. Através dos critérios diagnósticos atuais, CID-10 e DSM-IV, houve uma diminuição das divergências quanto aos principais sintomas, possibilitando um maior consenso com relação ao diagnóstico e tratamento (Louzã, 1999).

Os sintomas da esquizofrenia variam de pessoa para pessoa, como também conforme a evolução da doença. Ou seja, nem todos os portadores de esquizofrenia apresentam necessariamente todos os

sintomas, e da mesma forma, para receber o diagnóstico de esquizofrenia a pessoa não precisa necessariamente manifestar todos os sintomas (Louzã, 1999).

Segundo Louzã (1999) os principais sintomas da doença são os delírios, alucinações, alterações do pensamento, alterações da afetividade, diminuição da motivação, sintomas motores, autismo, ambivalência, auto-referência e alterações da cognição. Mais recentemente, os vários sintomas da esquizofrenia vêm sendo agrupados da seguinte maneira:

<b>Grupos</b>	<b>Principais sintomas</b>
Sintomas positivos	Compreendem, principalmente, os delírios e as alucinações, bem como a desorganização do pensamento.
Sintomas negativos	Incluem a diminuição da vontade e da afetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social.
Sintomas cognitivos	Incluem as dificuldades de atenção, concentração, compreensão e abstração.
Sintomas afetivos	Incluem a depressão, a desesperança e as idéias de tristeza, ruína e, inclusive, auto-destrutivas.

Embora esta atual classificação dos sintomas tenha colaborado para a pesquisa e a clínica, como também, tenha facilitado a compreensão tanto dos portadores como dos familiares, estes não devem ser considerados como quadros estáticos na esqui-

zofrenia. Durante o curso da doença normalmente estes sintomas se mesclam, impedindo a concepção de quadros puros.

A esquizofrenia também é classificada em subtipos conforme os sintomas predominantes:

<b>Subtipo</b>	<b>Sintomas predominantes</b>
Paranóide	Delírios, alucinações.
Hebefrênico	Alterações da afetividade, desorganização do pensamento.
Catatônico	Alterações da motricidade.
Simplex	Sintomas negativos.

No decorrer do século XX vários esforços foram empreendidos no sentido de compreender as manifestações clínicas e a etiologia da esquizofrenia. Contudo, pode-se dizer que mais precisamente nesta última década, importantes avanços foram feitos graças ao desenvolvimento de técnicas de imagens cerebrais e o aprimoramento das técnicas neuropatológicas, que forneceram uma base biológica sólida para a esquizofrenia, como também, houve um notório avanço nos tratamentos farmacológicos, possibilitando um maior entendimento da doença.

De acordo com Yudofsky (1996), a esquizofrenia é considerada, inquestionavelmente, a mais séria das doenças psiquiátricas e tornou-se, com o desenvolvimento de inúmeras pesquisas acumuladas nas últimas duas décadas, amplamente reconhecida como doença cerebral. Fatores hereditários e ambientais também parecem contribuir para seu aparecimento (Louzã, 1999).

Estudos com gêmeos univitelinos mostram que, quando um dos irmãos desenvolve esquizofrenia, a chance do outro irmão gêmeo manifestar a doença é de 50%. Outras pesquisas também têm mostrado o peso da genética no desenvolvimento da doença, através do estudo de pessoas, filhas de portadoras de esquizofrenia, adotadas por casais saudáveis, que têm uma chance maior de apresentar a doença que as pessoas em geral (Louzã, 1999).

Contudo outros fatores também foram observados como colaboradores para o desenvolvimento da esquizofrenia. Os fatores ambientais, relacionados ao período de desenvolvimento embrionário do cérebro, durante a gestação, o parto e os primeiros meses de vida da criança, vêm sendo considerados e estudados (Louzã, 1999).

Segundo Gabbard (1998) os fatores ambientais e psicológicos têm uma implicação importante no desenvolvimento da esquizofrenia. O autor enfatiza

estudos realizados com gêmeos monozigóticos não-concordantes para a doença que apontam para uma interação de estressores ambientais individuais com a vulnerabilidade genética para a esquizofrenia. Em sua obra (Gabbard, 1998, pág. 133) cita:

“Nenhum dos achados de pesquisas biológicas atenua o impacto do fato irreduzível – a esquizofrenia é uma doença que afeta uma pessoa com um perfil psicológico único. Mesmo se os fatores genéticos respondessem por 100% da etiologia da esquizofrenia, os clínicos ainda se defrontariam com um indivíduo dinamicamente complexo reagindo a uma doença profundamente perturbadora.”

Enfim, por mais avançados que estejam os estudos sobre a esquizofrenia, estes se mostram ainda incompletos diante da complexidade da doença e o impacto da mesma na vida do indivíduo. O comprometimento nas relações interpessoais, funcionamento social e profissional são frequentes, levando o indivíduo a um isolamento cada vez maior.

Estudos que possam integrar os vários aspectos da doença se fazem necessários, no sentido de ampliar as estratégias de tratamento, como também, a reinserção destes indivíduos na família e na sociedade, promovendo uma melhor qualidade de vida.

### **A investigação psicológica e o seu significado:**

A psicologia clínica inicia um processo de reformulação do diagnóstico psicológico por volta da década de 70, quando os métodos psicométricos e a abordagem com base no modelo médico começam a ser questionadas. O método psicanalítico então surge como uma alternativa eminentemente psicológica, possibilitando um referencial tanto mais específico como mais abrangente (Trinca, 1997).

Considerando o indivíduo como uma entidade integrada e indivisível, passí-

vel de ser estudada nos seus aspectos dinâmicos de seus componentes conscientes e inconscientes, a psicanálise priorizou os processos decorrentes da relação psicólogo-cliente. Neste novo contexto surgiram uma nova série de recursos e meios de investigação, como os testes projetivos, que vieram a desempenhar uma função decisiva no diagnóstico psicológico (Trinca, 1997).

O termo projeção ganhou terreno na área da psicologia, principalmente com a Psicanálise. Lançando mão de uma analogia metafórica Freud designou ao termo o sentido de uma ação psíquica característica da paranóia, que tem como finalidade expulsar da consciência os sentimentos repreensíveis, atribuindo-os a outra pessoa (Anzieu, 1981).

Neste sentido, os testes projetivos tem como finalidade servir de repositório para os aspectos recusados pelo indivíduo, vivenciados por ele como algo mau ou como pontos vulneráveis (Anzieu, 1981).

Os métodos projetivos para a investigação da personalidade, inicialmente referiam-se a três provas: Teste de Associação de Palavras de Jung (1904), Teste de Manchas de Tinta de Roschach (1920) e o Teste de Apercepção Temática (T.A.T.) de Murray (1935). Atualmente outros instrumentos são aplicados com a mesma finalidade, ou seja, promover uma investigação dinâmica e global da personalidade, abordando-a como uma estrutura em evolução, cujos elementos constitutivos se encontram em interação (Anzieu, 1981). Dentre estes podemos citar o Questionário Desiderativo de Bernstein (1956) e o Desenho da Figura Humana de Manchover (1949).

### **Questionário Desiderativo**

Com relação ao seu antecedente, o “Teste Desiderativo” de Pigem e Córdoba (1946), Bernstein promove modificações nos fundamentos teóricos, na

administração e interpretação da prova. O autor parte de um referencial teórico-psicanalítico, e entende cada escolha ou rejeição feita pelo sujeito como um símbolo que deverá ser interpretado do ponto de vista universal, cultural e pessoal (Nijamkin et al., 2000).

O Questionário Desiderativo é uma técnica de estimulação e produção verbal, onde não é dado ao sujeito nenhum conceito, palavra-suporte. Mediante a seguinte instrução: “*Agora vou lhe fazer uma pergunta: se você não pudesse ser pessoa, o quê você mais gostaria de ser?*”, o sujeito deverá realizar três escolhas que serão investigadas dentro dos reinos animal, vegetal e inanimado. Imediatamente após cada uma das respostas pergunta-se ao sujeito: “*Por que você gostaria de ser (reino escolhido)?*”. Através da racionalização da escolha é possível investigar o sentido pessoal que o indivíduo dá ao símbolo escolhido.

Após concluir as três escolhas positivas dentro dos três reinos, reformula-se a pergunta: “*Se você não pudesse ser pessoa, o que menos gostaria de ser?*”. Desta forma obtém-se três escolhas negativas e suas respectivas racionalizações, novamente de acordo com os três reinos: animal, vegetal e inanimado.

Como pôde ser observado na instrução do teste, o mesmo propõe ao indivíduo fantasiar com a idéia da própria morte que, segundo Grassano (1996), é o conhecimento provavelmente mais resistido. Neste sentido ocorre um impacto emocional intenso, cujo grau de desorganização que o sujeito poderá sofrer dependerá da tolerância e aceitação inconsciente ou rejeição frente a este reconhecimento.

A interpretação do Questionário Desiderativo terá como finalidade avaliar o funcionamento egóico, segundo os expoentes da debilidade ou fortaleza do Ego; e obter critérios de avaliação dinâmica, estrutural e genética expressivas

da personalidade global do indivíduo (Nijamkin et al., 2000).

Grassano (1996) propôs uma nova hipótese teórica de abordagem do teste, elaborando os indicadores psicopatológicos a partir do conceito de simbolização e o grau de força e fraqueza egóica. A partir desta abordagem, é possível identificar no Questionário Desiderativo marcadores diferenciais que caracterizam símbolos e racionalizações desiderativas nas organizações defensivas inerentes a cada quadro nosográfico.

### **O Desenho da Figura Humana**

Inicialmente o Desenho da Figura Humana foi elaborado como medida de desenvolvimento intelectual de crianças por Florence Goodenough, em 1926. Posteriormente, Karen Machover (1949), através de suas observações clínicas, atribuiu ao Desenho da Figura Humana um caráter projetivo ao investigar a representação gráfica das produções de crianças e adultos que apresentavam problemas psicológicos diversos (Cunha et al., 2000).

Para aplicar o teste realiza-se o seguinte procedimento: fornece-se ao examinando uma folha de papel sulfite, um lápis preto No. 2 e uma borracha. Em seguida solicita-se que “desenhe uma pessoa”. Quando o primeiro desenho é completado, entrega-se ao examinando uma segunda folha e pede-se para “desenhar uma pessoa do outro sexo”. Caso seja necessário o examinador poderá insistir com o sujeito a fim de obter o desenho de um personagem inteiro (Anzieu, 1981).

A interpretação da figura é realizada a partir dos seus aspectos formais e de conteúdo. A análise formal se refere ao tamanho do desenho, localização na folha, pressão do traçado, realismo, grau de acabamento, simetria, tratamento dado à linha e à perspectiva, proporções,

sombreados, traços acrescentados ou apagados. A análise do conteúdo corresponde ao tema (ex.: soldado, bailarina, etc.), atitude do personagem segundo plano e solo, variedade e exatidão das diferentes partes do corpo, vestuário, acessórios, expressão facial e postural (Anzieu, 1981).

Embora seja uma técnica que vem sendo aplicada amplamente no Brasil há muitos anos, a validade do Desenho da Figura Humana como teste psicológico, como também a sua utilidade clínica, têm sido questionadas sistematicamente pelo meio acadêmico (Cunha et al., 2000).

A fim de conferir ao teste um caráter mais objetivo, identificando elementos diferenciais com os quais fosse possível medir graus de desorganização, em doenças mentais de origem lesional (orgânicas) ou possivelmente funcionais (endógenas) que conduzissem a mesma, Freitas Junior (1968) elaborou um escór de deterioração do desenho da pessoa. 18 sinais foram definidos, com respectivos valores ponderais, proporcionais à significação diferencial de cada um. Através deste estudo, observou-se diferenças significativas nas médias dos escores entre o grupo de normais, de um lado, e os grupos de esquizofrênicos, epilépticos e de orgânicos. Não houve diferença significativa entre os grupos de normais e neuróticos.

Através desta escala, o Desenho da Figura Humana pode ser um indicador útil na identificação do grau de comprometimento de indivíduos acometidos por doença mental, como no caso do presente estudo, a esquizofrenia.

### **OBJETIVO**

Este estudo tem como objetivo central comparar o grau de comprometimento nos testes psicológicos, através dos indicadores psicopatológicos, de dois irmãos gêmeos univitelinos com o diagnóstico de esquizofrenia.



### Sujeitos

M. e A., 23 anos, gêmeos monozigóticos, solteiros, M com 2º grau incompleto e A. cursando o 1º ano do curso de Educação Física. Ambos foram avaliados através de uma bateria de testes psicológicos, distribuída em duas sessões. Cada um deles foi avaliado por uma psicóloga diferente ao mesmo tempo.

### Instrumentos de Avaliação para este estudo:

- Questionário Desiderativo (Bernstein in Nijamkin et al., 2000)
- Desenho da Figura Humana (Machover, 1949)
- Escór de Deterioração do Desenho da Pessoa (Freitas Junior, 1968)

### Procedimentos

Os dois sujeitos (irmãos gêmeos) foram encaminhados pelo ambulatório do PROJESQ – Projeto de Esquizofrenia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – FMUSP.

Os aspectos da investigação foram explicados pelo mesmo profissional que aplicou a bateria de testes psicológicos, e mediante o esclarecimento foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, indicando a autorização e a compreensão de todos os aspectos da investigação.

Ambos foram avaliados em duas sessões, onde foi aplicado a bateria de testes psicológicos. Cada um deles foi avaliado por uma psicóloga diferente ao mesmo tempo. Dados de história prévia dos dois irmãos foram colhidos com a genitora.

É importante ressaltar que um dos agravantes da dificuldade de testagem em pacientes com esquizofrenia é a falta ou diminuição da motivação, que acaba

por “contaminar” a performance destes sujeitos. Assim, este estudo se propôs a avaliá-los em duas sessões, com menor duração de tempo, visando diminuir o impacto desta variável nos resultados.

### Dados de Anamnese

M. e A. são gêmeos monozigóticos. Têm um irmão mais novo (12 a) do 2º casamento da mãe e 2 irmãs por parte do 2º casamento do pai.

A mãe engravidou quando estava com 22 anos de idade; queria muito ter um filho. A gravidez foi planejada, preocupando-se com os mínimos detalhes. Teve acompanhamento médico durante toda a gestação, porém não foi realizado o ultra-som (na época não havia muita facilidade para realizar este exame). Passou bem, engordou quase 20 kg., porém passou nervoso devido as discussões que tinha com sua mãe (avó), chegando inclusive a se afastarem.

A mãe relatou que nunca quis ter filhos gêmeos, principalmente pelo fato de ter tido um caso na família de gêmeos univitelinos, onde as crianças nasceram com um defeito nas pernas. Avó paterna também teve irmãos gêmeos.

Ela só veio a descobrir que eram gêmeos na hora do parto. Segundo ela, seu médico já sabia do fato desde o 4º mês da gravidez, mas como já sabia que ela tinha medo de ter problemas no parto (era pequena, tinha a bacia pequena); tinha tido contrações durante toda a gravidez e não queria ter gêmeos, ele preferiu não contar e prepará-la melhor na consulta do 7º mês. Foi então que ele lhe disse que “parecia gemelar”; ficou assustada, nervosa, entrou em pânico (sic).

Quando entrou no 7º mês de gravidez a bolsa rompeu. Seu médico estava viajando e ela acabou sendo atendida pelo assistente dele. No entanto ele foi informado e imediatamente retornou para fazer o parto. A mãe relatou que o parto foi

um trauma muito grande, pois foi quando teve a constatação de que eram gêmeos.

Nasceram de parto normal; M. com 1.600kg e A. com 1.300kg, ambos com 38 cm. Os dois foram para encubadeira; M. ficou 30 dias e A. permaneceu mais tempo, 40 dias. Segundo a mãe esta fase foi muito difícil, principalmente quando A. chegou em casa, interrompendo toda a sua relação com M. (sic). Os dois não dormiam direito, pois “berravam” o tempo todo. A família dela revezava 24hs por dia, mas era muito exaustivo; choravam até perder a voz. Os pais levavam os bebês frequentemente para o pronto socorro; tomavam calmantes, porém continuavam chorando.

Não tiveram problemas com relação a alimentação e saúde de forma geral. O desenvolvimento neuropsicomotor foi normal.

Durante 1 ano e meio os irmãos foram cuidados por uma babá-enfermeira “especialista em gêmeos” (sic-mãe). Depois passaram a frequentar o berçário e com 2 anos foram para a creche da empresa onde a mãe trabalhava. Tanto no berçário quanto na creche, ambos apresentaram boa adaptação.

No decorrer do período escolar, da pré-escola ao final do primário, M. e A. não tiveram problemas de aprendizagem, adaptação social ou comportamento. No entanto, a partir da 7ª série, pôde-se observar que gradativamente M. começou a apresentar um leve declínio no desempenho intelectual. Mesmo assim conseguiu chegar até o 3º colegial, sem repetências, porém não conseguindo concluir o último ano do 2º grau. A. apresentou apenas uma repetência, não por dificuldades de aprendizagem, mas porque passava a maior parte do tempo no futebol, não se dedicando muito aos estudos.

Segundo a mãe, M. e A. sempre foram crianças espertas, líderes de turma e campeões de futebol. Tinham facilidade para fazer amizades, namoravam e sempre foram muito unidos; faziam tudo juntos.

Quando estavam com 3 anos os pais se separaram. A mãe disse ter tomado muito cuidado para que os filhos não sofressem. Durante os primeiros oito anos os meninos se encontravam com o pai semanalmente para jantar e quinzenalmente passavam o final de semana com ele. No entanto, a partir dos 12 anos de idade, o pai se afastou. Ele se casou, teve duas filhas e alegou não ter mais espaço para os dois (sic-mãe). A mãe também se casou novamente; procurou fazer uma aproximação gradativa dos meninos com o novo companheiro. Aparentemente M. e A. se adaptaram bem a nova situação familiar (sic-mãe).

Com relação a história médica, M. começou a apresentar alterações importantes no comportamento e na evolução acadêmica a partir de 1995, quando estava com 17 anos. Passou a ir mau na escola, com notas muito baixas, ficou alheio aos compromissos escolares e perdeu o interesse pelas coisas que fazia habitualmente (jogos e competições). Não quis mais sair com os colegas, passando a maior parte do tempo em casa, no quarto, assistindo T.V. Começou a apresentar mania de limpeza, risos imotivados e isolamento.

Em julho de 1995 M. fez uma viagem com a turma da escola para Porto Seguro. Lá apresentou comportamentos bizarros, ficando isolado no quarto e não aproveitando os jogos e atividades que foram propostos. Quando retornou, os comportamentos estranhos se acentuaram; a mãe pensou que M. estava fazendo uso de drogas e procurou a escola que recomendou que ela fosse procurar um psiquiatra. A partir daí M. começou a ser acompanhado por vários profissionais. Realizou alguns exames e passou a tomar vários medicamentos (Haldol, Akineton, Fenegan, Risperdal, Orap, etc.).

M. iniciou tratamento ambulatorial no Instituto de Psiquiatria em outubro de 1996, recebendo o diagnóstico de Esquizofrenia. Em janeiro de 1997 começou a frequentar o CRHD de janeiro a maio do



mesmo ano, porém foi desligado devido a ausência nas atividades.

Após M. ter adoecido A. também começou a apresentar alterações de comportamento. Ficou agressivo, não se conformava com a mudança do irmão, e passou a ficar deprimido. A. também foi trazido para o Ipq para ser acompanhado ambulatorialmente. No início pensava-se em Depressão, porém A. começou a apresentar comportamentos mais bizarros, embora isto não tenha interferido na sua vida acadêmica (está cursando o 1º ano da faculdade de Educação Física, mas já teve várias repetências). Atualmente há suspeita com relação a um quadro esquizofrênico.

Quanto aos antecedentes familiares: primo de 2º grau do avô materno (suicídio por desilusão amorosa); tia, ramo paterno (comportamento estranho, com pensamentos persecutórios, embora extremamente inteligente); avô paterno (“esquisito”, fechado, esquiva-se do contato com a família).

## RESULTADO

### 1. Questionário Desiderativo:

#### Respostas de M.:

##### Catexias Positivas:

**1+ Leopardo :** porque ia saber mais, ter mais velocidade. A cor é bonita

**2+ Automóvel:** para poder passear, andar. As calotas são legais

**3+ Planta / violeta:** Acho bonita as cores. Já dei uma para a minha mãe de presente. Está lá em casa. Eu rego, ponho água.

##### Catexias Negativas:

**1- Não seria uma pessoa ruim:** só uma pessoa boa; ia ajudar muita gente.

**2- Hipopótamo:** porque é grande e gordo

**3- Girafa:** porque tem pescoço muito grande

**4- Automóvel:** não seria mais porque não tem vida

**5- Samambaia:** é muito grande, cresce muito

#### Respostas de A.:

##### Catexias Positivas:

**1+ Avião:** porque ele voa

**2+ Cavalo:** porque é bonito

**3+ Violeta:** porque é bonita

##### Catexias Negativas:

**1- Carro:** porque ele bate

**2- Aquela planta carnívora:** porque ela come os insetos

**3- Barata:** porque ela é nojenta

#### Indicadores psicopatológicos no Questionário Desiderativo (Grassano, 1996):

##### Indicador 1: Qualidades e funções valorizadas e enfatizadas no objeto:

**M:** As respostas mantêm uma conexão lógico-formal frouxa com a instrução. As associações, algumas vezes, têm a ver mais com experiências internas do que com características do objeto (ex.: 3+ Planta / violeta: Acho bonita as cores. Já dei uma para a minha mãe de presente. Está lá em casa. Eu rego, ponho água). O raciocínio se quebra durante a resposta (ex.: 2+ automóvel: para poder passear, andar. As calotas são legais)

**A:** As respostas também apresentam uma conexão lógico-formal frouxa e pobre com a instrução. A linguagem não se mostra claramente desagregada, pois suas respostas são curtas.

##### Indicador 2: Qualidades repelidas no objeto:

**M:** Escolha simbólica referente a qualidades abstratas (ex.: 1- Não seria uma pessoa ruim: só seria uma pessoa boa; ia ajudar muita gente).

**A:** Presença de símbolos carregados de hostilidade que necessitam destruir a vida (ex.: 1- Carro que bate; 2- Aquela planta carnívora: porque ela come os insetos).

##### Indicador 3: Qualidades positivas ou negativas omitidas:

**M:** Tanto nas qualidades positivas como nas negativas as descrições dos objetos de realidade são arbitrários, havendo omissões de dados de realidade.

**A:** Principalmente nas qualidades positivas as descrições dos objetos de realidade também são arbitrários, havendo omissões de dados de realidade.

**Indicador 4: Pares de qualidades dissociadas:**

**M:** Não há presença de polaridade extrema.

**A:** Não há presença de polaridade extrema.

**Indicador 5: Especificidade das fantasias reparadoras e destrutivas:**

**M:** A tentativa de recuperação frente aos ataques hostis invejosos se expressam através de tentativas mágicas de “erradicação da maldade” (ex.: 1- Não seria uma pessoa ruim, só seria uma pessoa boa; ia ajudar muita gente).

**A:** As fantasias destrutivas aparecem nas catexias negativas, expressando sensações de aniquilação repulsa (ex.: 1- Carro porque ele bate; 2- planta carnívora, porque ela come os insetos; 3- Barata, porque ela é nojenta).

**Indicador 6: Vinculação predominante: com pessoas, com seres vivos ou inanimados:**

**M:** Ausência de discriminação entre características humanas e animal (ex.: 1+ Leopardo: ia *saber* mais; 2+ Automóvel: para poder *passar, andar*). Os vínculos afetivos com pessoas são muito pobres; somente 3+ e 1-.

**A:** Ausência total de vinculação afetiva com pessoas. As racionalizações são restritas e isoladas.

**Indicador 7: Defesa dominante e defesas subjacentes:**

**M:** É observado *splitting* do aparato psíquico através do ataque às funções de percepção da realidade psíquica e exterior, de observação, atenção e de toda função que tenha capacidade de ligar experiências. Ataque ao pensamento verbal e à linguagem.

**A:** Também foi observado *splitting* do aparato psíquico através do ataque às funções de percepção da realidade psíquica e exterior, de observação, atenção e de toda função que tenha capacidade de ligar experiências. Ataque ao pensamento verbal e à linguagem.

**Indicador 8: Estilo de verbalização:**

**M:** Verbalizações desagregadas, arbitrária, falhas no nexos lógico-formal, concretismo.

**A:** Verbalização arbitrária, falha no nexos lógico-formal.

**Indicador 9: Ponto de fixação dominante:**

**M:** Desenvolvimento perturbado na primitiva relação objetal. Ponto de fixação na fase oral (ex.: 3+ planta/violeta: eu rego, ponho água; 2- Hipopótamo: porque é grande e gordo)

**A:** Desenvolvimento perturbado na primitiva relação objetal. Ponto de fixação na fase oral (ex.: 2- Aquela planta carnívora: porque ela come os insetos).

**Indicador 10: Delimitação da fantasia dominante a respeito da satisfação esperada pelo objeto:**

**M:** Observado em 3+ “planta/violeta: eu rego, ponho água e 2- Hipopótamo: porque é grande e gordo”.

**A:** Observado em 2- “Aquela planta carnívora: porque ela come os insetos”.

**Teste da Figura Humana:**

**Característica do Desenho** (Quadro – Grassano, 1996):

### Material de M.:

Característica Geral	Localização	Tamanho	Movimento e Expressão	Distorções, Omissões, Adições, Ênfase	Traço
<b>Figura Masculina:</b> Desenho palito, infantil, aspecto de boneco (palhacinho)	Quadrante inferior esquerdo.	Muito pequeno (micrográfico)	Movimento automático (tipo marionete)	Omissões de ouvidos, dedos (mãos) e tronco. Olhos vazados. Membros superiores, inferiores e pescoço em filamento.(tipo palito)	Pressão normal, com maior ênfase no chapéu (de palhaço)
<b>Figura Feminina:</b> Efeito mais grotesco, Desenho palito, infantil, aspecto de boneco. Adição de mais duas figuras humanas em formato palito à direita do desenho original.	Quadrante inferior esquerdo.	Muito pequeno (micrográfico)	Movimento automático (tipo marionete)	Omissões de ouvidos, dedos (mãos) e tronco. Olhos vazados (um sim e outro não). Membros superiores, inferiores e pescoço em filamento.(tipo palito)	Pressão um pouco mais forte, principalmente na linha representando o tronco e cabelos.

### Material de A.:

Característica Geral	Localização	Tamanho	Movimento e Expressão	Distorções, Omissões, Adições, Ênfase	Traço
<b>Figura Masculina:</b> Desenho proporcional, porém de aspecto rígido. Linhas com leve tremor e interrompidas na junção da cabeça com o pescoço	Quadrante inferior esquerdo.	Pequeno	Qualidade estática e rígida (ombros levantados), mas com expressão facial.	Omissões das sobrancelhas. Mãos deformadas	Pressão normal, com leve tremor no traçado e interrupção na junção do pescoço com a cabeça.
<b>Figura Feminina:</b> Efeito mais grotesco. Desproporcional. Desorganização gestáltica. Confusão de perfil e frente. Transparência. Traçado interrompido	A maior parte do desenho está no quadrante inferior esquerdo	Médio	Qualidade estática e rígida; sem nenhuma expressão facial.	Omissão da orelha, nariz e boca. Ênfase no olho (mancha preta). Pescoço fino. Seio e nádega saliente (quase em ponta). Transparência no braço e cabelos. Mão deformada. Pernas finas. Confusão entre perfil (uma parte do corpo) e frente (pernas, pés e cinto da roupa).	Pressão um pouco mais forte, principalmente na linha representando o tronco e cabelos.

### Escór de Deterioração do Desenho da Figura Humana (Freitas Junior, 1968)

Itens Masc.	Irmão M.		Irmão A.	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
A- Grande distorção. Perda da estrutura humana	0	0	0	0
B- Ausência de olhos	0	0	0	0
B1- de nariz	0	0	0	4
B2- de boca	0	0	0	4
C- Tronco irreconhecível ou mais largo que alto ou excessivamente estreito. Ausência de tronco.	3	3	0	0
D- Perda evidente (grosseira) das proporções segmentares. Pronunciada assimetria na cabeça. Pronunciada assimetria entre os ombros	0	0	0	0
E- Sexo não evidente pelos caracteres secundários e/ou sociais (roupa, cabelos, etc.)	2	0	0	0
F- Linhas muito recobertas, filamentos superpostos (aspecto felpudo). Linhas com pequenas interrupções. Linhas não uniformes.	0	0	2	2
G- Braços em uma dimensão	2	2	0	0
G1- Pernas em uma dimensão	2	2	0	0
H- Um braço ausente	0	0	0	1
H1- Dois braços ausentes	0	0	0	0
I- Limite inferior do tronco ausente ou aberto	2	2	0	0
J- Desvio axial maior que 10°	0	0	0	0
L- Linha axial quebrada. Assimetria acentuada no tronco	0	1	1	1
M- Uma perna ausente	0	0	0	0
M1- Duas pernas ausentes	0	0	0	0
N- Uma mão ausente (não marcar quando houver sinal H)	0	0	0	0
N1- Duas mãos ausentes (não marcar quando houver sinal H)	0	0	0	0
O- Representação de órgãos genitais (não inclui "E")	0	0	0	0
P- Boca aberta e representação de dentes	0	0	0	0
Q- Braços perpendiculares ao solo, sem postura intencional	0	0	0	0
R- Indicação de órgãos e/ou partes internas. Representação da rótula por um círculo	0	0	0	0
S- Traços não representativos no espaço interno (excluir estampados de roupas). Espaço interno cheio.	0	0	0	0
T- Escór de correlação a acrescentar (traços anormais evidentes e que escapam à tabela)	4	4	2	4
<b>Pontuação Total</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

Há muito que o curso deteriorante dos processos mentais de indivíduos com esquizofrenia é relatado, embora não seja

necessariamente observados em todos os casos.

Segundo a literatura, déficits cognitivos significativos são apresentados por estes indivíduos, principalmente com relação às funções de atenção, memória

e funcionamento executivo (responsável pela capacidade de planejamento, controle da resposta impulsiva, organização estratégica, entre outras habilidades).

Além dos recursos cognitivos citados, outras funções mentais destinadas a manter o contato com a realidade externa e interna mostram-se prejudicadas como a percepção, juízo de realidade e capacidade de vinculação.

De acordo com a avaliação psicológica de M. e A., pôde-se observar os seguintes dados:

No Questionário Desiderativo, tanto M. quanto A., apresentaram discurso com falha na conexão lógico-formal, ou seja, as respostas muitas vezes não atendiam à solicitação feita na instrução. As associações eram frouxas, sendo que M., em alguns momentos, estabelecia associações mais a ver com suas experiências internas do que com as características do objeto. O seu raciocínio apresentava quebras, momentos estes em que a conexão lógico-formal era rompida. No caso de A. esta quebra não fica clara, pois suas respostas eram curtas e mal elaboradas.

A. e M. apresentaram descrições dos objetos arbitrárias, com omissões de dados de realidade. Desta forma, a capacidade para selecionar os aspectos prioritários e essenciais dos objetos mostrou-se prejudicado, atendo-se aos aspectos secundários e irrelevantes.

A tentativa de reparação dos ataques hostis e invejosos, característicos das organizações psicóticas, se deu através de tentativas mágicas, no caso de M. No entanto, A. aparentemente não lançou mão desta tentativa de reparação, porém expressou com grande intensidade às fantasias destrutivas e a sensação subsequente de aniquilação e repulsa em relação aos próprios objetos internalizados.

De forma bastante evidente, durante praticamente todas as produções, M. revelou uma escassa tentativa de vinculação afetiva com pessoas. Já as respostas de A. apresentaram uma total ausência

de vinculação afetiva, tendendo a um isolamento excessivo.

Com relação às defesas presentes durante toda a produção, tanto de A. como M., foi observado *splitting* do aparato psíquico, evidenciado através do ataque às funções de percepção da realidade psíquica e exterior, de observação, atenção e de toda a função que tenha capacidade de ligar experiências.

Nos dois casos foi possível identificar a fantasia dominante de espera pela gratificação, onde o único movimento é o de receber e ter suas necessidades primárias satisfeitas (oralidade). Tal postura passiva e receptiva, denotam um desenvolvimento perturbado na primitiva relação objetal (relação materna ?), onde aparentemente houve uma fixação na fase oral, segundo os aportes de Melanie Klein.

No desenho da figura humana pôde-se observar aspectos das figuras masculina e feminina característicos das produções psicóticas: efeito grotesco, primitivismo, desproporções, rigidez, confusão de perfil e rosto, transparência, aspecto de boneco automatizado e desvitalizado, omissões de partes do corpo e linhas interrompidas.

Todos estes aspectos dos desenhos ficaram ainda mais evidentes através do “Escór de Deterioração do Desenho da Figura Humana”, que apontou para um grau de comprometimento elevado, tanto na figura masculina como na feminina de M., como principalmente na figura feminina de A.

É importante ressaltar que à primeira vista as produções de M. parecem muito mais deterioradas do que a de A., nos levando a pensar num grau de gravidade da doença muito maior em M. No entanto, à medida que a escala vai desmembrando as falhas na produção de ambos, e estas falhas vão sendo pontuadas conforme os respectivos valores ponderais, proporcionais à significação diferencial de cada uma, torna-se evidente o grau de comprometimento de A., expresso principalmente no 2º desenho, relacionado a figura feminina. Este dado pode ter

uma compreensão psicodinâmica, levando à hipóteses importantes com relação ao vínculo materno, no entanto, por não ser este o foco deste estudo, o que nos importa ressaltar é o comprometimento da produção do sujeito, explicitada através da prova psicológica.

Segundo Freitas Junior (1968) a análise qualitativa do escór aponta para a hipótese da deterioração não ser considerada apenas como uma perda do funcionamento anterior, mas principalmente como o aparecimento de elementos novos. Ou seja, estes itens podem consistir numa combinação de perda de estruturas normais e aquisição de novas estruturas patologicamente determinadas.

Enfim, índices de comprometimento patológico foram observados nas produções dos dois irmãos, sendo o de M. aparentemente mais abrupto e o de A., mais progressivo (observado ao longo da análise dos testes). Estes dados são congruentes com a própria história da evolução da doença dos dois irmãos, onde M. apresentou na adolescência uma quebra imediata (1ª crise psicótica) e A. vai adoecendo a partir da crise do irmão (crise progressiva), correspondendo respectivamente às instalações abruptas (M.) e insidiosas (A.) da esquizofrenia.

## CONCLUSÃO

Através do presente estudo pôde-se constatar índices de comprometimentos significativos no Questionário Desiderativo e no Desenho da Figura Humana, característicos das produções psicóticas, de dois irmãos gêmeos univitelinos com o diagnóstico de esquizofrenia.

Uma análise mais cuidadosa das duas produções observou sinais de deterioração com o mesmo grau de gravidade patológica, não havendo diferenças significativas entre os dois irmãos.

Os três instrumentos utilizados neste estudo, apresentaram marcadores úteis no diagnóstico da esquizofrenia, destacando-se como técnicas complementares importantes para a compreensão do funcionamento mental neste quadro.

Este estudo de caso teve como proposta abrir um espaço para a experimentação das técnicas psicológicas nos quadros psiquiátricos. Contudo, pesquisas mais abrangentes poderão ser realizadas, com amostras maiores e bem definidas, para que se possa consolidar a validade e a importância do uso dos testes psicológicos em pesquisas na área da saúde mental, como também divulgar de forma mais sistemática sua importância no meio científico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1981). *Os métodos projetivos*. (3ed.). Rio de Janeiro: Campus.
- Cunha, J.A. (Org. 2000). *Psicodiagnóstico V*. (5ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- F. Junior, O. (jan./dezembro 1968). Um escór de deterioração do Desenho da Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 17, 25-52.
- Kaplan, H.J.; Sadock, B.J. & Grebb, A.J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. (7ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Louzã Neto, M.R; Motta, T.; Wang, Y.P.; Elkis, H. (Orgs., 1995a.). *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- \_\_\_\_\_. (Org., 1999). *Esquizofrenia: dois enfoques complementares*. São Paulo: Lemos.
- Nijamkin, G.C. & Braude, M.G. (2000). *O Questionário Desiderativo*. São Paulo: Vetor.
- Shirakawa, I.; Chaves, A.C. & Mari, J.J. (2001). *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos.
- Trinca, W. (Org., 1997). *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo, Vetor.