

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TATIANA TUNG GERENCER

*A expressão de sintomas psicóticos através do Rorschach*

São Paulo  
2006

TATIANA TUNG GERENCER

*A expressão de sintomas psicóticos através do Rorschach*

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Abigail de Souza

São Paulo  
2006

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Tatiana Tung Gerencer

A expressão de sintomas psicóticos através do Rorschach

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
para a obtenção do título de Mestre em  
Psicologia.  
Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## RESUMO

GERENCER, T. T. **A expressão de sintomas psicóticos através do Rorschach.** 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Os transtornos psicóticos, de um modo geral, e em especial a esquizofrenia, exercem um impacto patente na qualidade de vida do indivíduo com estes sintomas, afetando seu bem-estar, sua ocupação profissional e sua relação com a comunidade. Quanto mais cedo se inicia o tratamento, mais breve pode ocorrer a reintegração dessa pessoa na sociedade, porém sua eficácia depende do diagnóstico precoce para que seja possível a intervenção caso a caso. O estudo do Rorschach, como instrumento de investigação da personalidade, pode auxiliar neste processo devido ao seu amplo escopo de aplicações. A maior parte dos estudos sobre as pessoas com sintomas psicóticos trata da esquizofrenia, porém poucas publicações pesquisaram os pacientes ainda próximos ao surto e com efeito mínimo da medicação, além de poucos estudos estabelecerem a comparação com um grupo de indivíduos normais. A presente pesquisa propôs-se a focar estes dois aspectos: o estudo de indivíduos próximos ao surto psicótico que os levou a procurar pela primeira vez uma instituição de saúde e sua comparação com um grupo controle. Assim, o grupo experimental foi composto de vinte pessoas que procuraram uma instituição de saúde entre maio de 2004 e março de 2005 e que moravam há pelo menos 6 meses na área delimitada pelo projeto. Os participantes do grupo controle foram pareados individualmente por vizinhança, faixa etária e sexo; desta forma concentrando-os em regiões geográficas relevantes e demograficamente representativas para a comparação. A coleta de dados foi realizada em duas entrevistas, a primeira para familiarização do participante com a pesquisadora e a segunda para a aplicação do Rorschach. A análise dos dados se deu quantitativamente, segundo o Sistema Francês. O Método de Rorschach mostrou-se sensível a diferenças entre os dois grupos estudados. Os resultados obtidos com os sujeitos do grupo experimental, em relação ao grupo controle, foram significativos quanto ao menor percentual de respostas de forma bem vista, menor quantidade de respostas de tonalidade e menor percentual de respostas de conteúdo animal. A análise destes índices em conjunto com outros fatores do Rorschach sugeriu uma dificuldade maior das pessoas com sintomas psicóticos no contato com os outros decorrente da introjeção inadequada de estereótipos sociais, da não diferenciação entre realidade interna e externa e de um processo de identificação fragilizado permeado pela angústia de desintegração. Este projeto está associado a um projeto maior intitulado Estudos de Casos Incidentes (Primeiro Contato com Serviços de Saúde) de Psicoses Funcionais no Brasil, que está sendo realizado por equipe do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP), na tentativa de caracterizar, acompanhar e comparar os casos de transtornos psicóticos na cidade de São Paulo com um estudo semelhante feito em Londres, Reino Unido.

Palavras-chave: Teste de Rorschach, Psicose, Psicodiagnóstico.

## ABSTRACT

GERENCER, T. T. *Expression of psychotic symptoms by the Rorschach test*. 2006. 111f. Dissertation (Master's Degree) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

The psychotic disorders, as a whole, and specially schizophrenia, inflict an evident impact upon one's life quality with such symptoms, affecting his well-being, professional affairs and relationship with the community. The earlier treatment starts, the sooner this person can be reintegrated into society, albeit it's effectiveness depends upon early diagnosis for intervention to be possible on a case by case basis. The study of Rorschach as an instrument for personality assessment can help on this process due to its wide scope of applications. Most researches about individuals with psychotic symptoms are about schizophrenia, however only few publishings have studied patients still near the psychotic episode and under minimal medication, and few researches established a comparative study between afflicted population and healthy one. The current research aim was twofold in the study of individuals near the psychotic episode which resulted in his first-admission in a mental health care facility and comparison with control group. Thus, experimental group consisted of twenty individuals that were first admitted to a mental health care service between may (2004) and march (2005), that have lived in the research delimited area for at least 6 months. Control group participants were likened by neighborhood, age range and gender; this way concentrating them on both demographically representative and relevant geographic regions for comparison. Data was obtained by means of two interviews, being the first one in order to familiarize participant and researcher, and the second one to administer Rorschach test. Only quantitative analysis was performed, scored according to the French System. Rorschach Method presented sensibility to discrepancies among both researched groups. There was statistically significant differences between experimental group and comparison group with regard to lower percentage of good quality form responses, lower scores of shading responses, lower percentage of animal responses. The analysis of those three items along with other Rorschach scores suggests that people with psychotic symptoms present greater difficulties to relate with others due to introjection of inadequate social stereotypes, no differentiation from internal and external reality, and weakened identification process permeated by desintegration anguish. This project is associated to a larger project entitled Estudos de Casos Incidentes (Primeiro Contato com Serviços de Saúde) de Psicoses Funcionais no Brasil, which is being conducted by the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP) research team, in an attempt to profile, study and compare psychosis affliction cases in São Paulo city with similar studies being carried in London, United Kingdom.

Key words: Rorschach test, Psychosis, Psychodiagnostic.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
1.1 <i>A PSICOSE</i> .....	6
1.2 <i>DIAGNÓSTICO PRECOCE E DECORRÊNCIAS PARA O TRATAMENTO</i> .....	10
1.3 <i>O RORSCHACH</i> .....	18
1.4 <i>TRANSTORNOS PSICÓTICOS NO RORSCHACH</i> .....	22
1.5 <i>TRANSTORNOS PSICÓTICOS NO SISTEMA COMPREENSIVO</i> .....	25
1.6 <i>TRANSTORNOS PSICÓTICOS NO SISTEMA FRANCÊS</i> .....	29
<b>2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS</b> .....	45
2.1 <i>JUSTIFICATIVA</i> .....	45
2.2 <i>OBJETIVOS</i> .....	46
<b>3 MÉTODO</b> .....	47
3.1 <i>CONTEXTO DA PRESENTE PESQUISA – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DA FMUSP</i> .....	47
3.1.1 <i>Amostra da pesquisa da FMUSP</i> .....	47
3.1.2 <i>Procedimento da pesquisa da FMUSP</i> .....	48
3.2 <i>MÉTODO DE PESQUISA DO IPUSP – PRESENTE ESTUDO</i> .....	50
3.2.1 <i>Contato com a FMUSP e Projeto Piloto</i> .....	50
3.2.2 <i>Amostra (N=40)</i> .....	51
3.2.3 <i>Procedimento das entrevistas</i> .....	52
3.2.4 <i>Organização dos dados</i> .....	53
3.2.5 <i>Procedimento para a análise de dados</i> .....	54
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	57
4.1 <i>ENTREVISTAS</i> .....	57
4.2 <i>PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO</i> .....	58
4.2.1 <i>Idade</i> .....	58
4.2.2 <i>Gênero</i> .....	59
4.2.3 <i>Local de Nascimento</i> .....	59
4.2.4 <i>Cor / raça</i> .....	60
4.2.5 <i>Religião</i> .....	60
4.2.6 <i>Estado Civil</i> .....	61
4.2.7 <i>Grau de Instrução</i> .....	61
4.2.8 <i>Indicadores Econômicos</i> .....	62
4.3 <i>DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO</i> .....	63
4.4 <i>ANÁLISE DO RORSCHACH</i> .....	65
4.4.1 <i>Indicadores de Produção</i> .....	65
4.4.2 <i>Localização ou Modo de apreensão</i> .....	67
4.4.3 <i>Determinantes</i> .....	71
4.4.3.1 <i>Determinantes formais</i> .....	71
4.4.3.2 <i>Determinantes cinestésicos</i> .....	74
4.4.3.3 <i>Determinantes sensoriais</i> .....	76
4.4.4 <i>Conteúdos</i> .....	82
4.4.5 <i>Banalidades</i> .....	88
4.4.6 <i>Diferenças entre Transtornos de Personalidade e Transtornos de Humor</i> .....	90
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
<b>ANEXOS</b> .....	103



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A PSICOSE

A psicose pode ser investigada segundo diferentes referenciais, como o psiquiátrico e o psicodinâmico, cuja ênfase teve início com os estudos freudianos. Freud, através dos seus estudos sobre as neuroses, desenvolveu um modelo de aparelho psíquico baseado em suas observações clínicas. Assim, o início de suas investigações com os pacientes focalizou principalmente a estrutura neurótica e só posteriormente seus escritos versaram sobre a psicose na tentativa de compreender os mecanismos psicóticos, tendo como base as teorias elaboradas para a neurose. Isto leva à constatação de que os trabalhos sobre a psicose (Freud 1924a e 1924b) tenham se baseado na comparação com a neurose, principalmente no que se refere à sua gênese no aparelho psíquico.

A psicose é uma das três estruturas de personalidade, diferenciando-se da neurose e da perversão, e inclui a paranóia, a esquizofrenia, a mania e a melancolia (Laplanche e Pontalis, 1982). Segundo Freud (1924a e 1924b) a psicose, tal como a neurose, seria fruto de uma frustração a um desejo infantil que não foi superada. O efeito patogênico depende, portanto, do ego de permanecer fiel ao mundo externo ou de ceder às exigências do id, que busca transformar a realidade de forma que não seja mais possível a frustração primária. No caso da psicose, a realidade de tornou aversiva de tal modo que os instintos ganharam força em sua associação com o ego para dissociar-se da realidade. Esse processo de recriação da realidade, presente na organização psicótica, seria necessariamente patológico. "O pensamento delirante pode ser considerado como um sistema de relações dominado pelo princípio do prazer, que negligenciaria o princípio da realidade e que conduz à criação de uma neo-realidade" (Chabert, 1987, p.138).



O conflito predominante na psicose se dá entre o ego e o mundo externo. Em um processo regular, o mundo externo governa o ego através das percepções atuais, sempre renováveis, e das lembranças de percepções anteriores, que formam um mundo interno constituinte do ego. Quando o id se impõe, o ego cria um novo mundo interno e externo de forma a abolir a frustração. A alucinação é um dos possíveis frutos deste processo, resultante da busca do ego de percepções estruturantes do mundo interno que são, estas mesmas, modificadas de forma a não comprometer a nova organização interna psicótica. Porém, aparentemente não é possível ao ego separar-se por completo, pois como cita Freud (1938):

O problema das psicoses seria simples e claro se o desligamento do ego em relação à realidade pudesse ser levado a cabo completamente. (...) Seja o que for que o ego faça em seus esforços de defesa, procure ele negar uma parte do mundo externo real ou busque rejeitar uma exigência instintiva oriunda do mundo interno, o seu sucesso nunca é completo e irrestrito. O resultado sempre reside em duas atitudes contrárias, das quais a derrotada, a mais fraca, não menos que a outra, conduz a complicações psíquicas.

O resultado é a divisão (*splitting*) do ego presente na psicose e mesmo em algumas neuroses em que duas tendências coexistem: uma que leva em conta a realidade e a outra que, em vista de uma situação aflitiva, nega esta realidade para favorecer o desejo.

Freud (1924b e 1938) acrescenta que existe uma semelhança entre o sono e a psicose, visto que em ambos há o afastamento da percepção e do mundo externo.

A respeito desta aproximação de um processo normal, como o sono, com a estrutura patológica da psicose, Ferenczi (1926) escreve que “Foi a análise da atividade psíquica do sonho que fez desaparecer por completo o abismo entre doença mental e saúde mental, até então considerado intransponível. O mais normal dos homens se torna psicótico durante a noite: tem alucinações e sua personalidade, tanto no plano lógico quanto no ético e no estético, sofre uma transformação fundamental, assumindo, de modo geral, um caráter mais primitivo.”

Percebe-se assim que a psicose é um exagero desta capacidade de fuga do real, e diferencia-se do processo de sonhar pela sua permanência nos estados de vigília. É o caráter permanente do afastamento da realidade e reconstrução das percepções que dá à psicose sua feição única.

O conceito de psicose apresenta-se de forma diferente na psiquiatria, pois a ênfase está na distinção entre saúde e doença, através dos manuais de diagnóstico como o CID-10, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o DSM-IV, elaborado pela American Psychiatric Association, voltado principalmente para o uso em pesquisa diagnóstica. A classificação dos transtornos no DSM-IV tem como embasamento teórico a fenomenologia e trata o transtorno pelos aspectos manifestos, o que engloba desde a caracterização dos sintomas até o tratamento. É uma tentativa de fazer uso do que há de objetivo para atuar na clínica com o mínimo de inferências e interpretações. No DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), o termo ‘psicose’ se refere a uma classe de sintomas:

Neste manual, o termo *psicótico* se refere à presença de certos sintomas. Entretanto, a constelação sintomática específica à qual o termo se refere varia em certo grau entre as categorias diagnósticas. Na Esquizofrenia, no Transtorno Esquizofreniforme, no Transtorno Esquizoafetivo e no Transtorno Psicótico Breve, o termo *psicótico* refere-se a delírios, quaisquer alucinações proeminentes, discurso desorganizado ou comportamento desorganizado ou catatônico. No Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral e no Transtorno Psicótico Induzido por Substância, *psicótico* refere-se a delírios ou apenas àquelas alucinações que não são acompanhadas de *insight*. Finalmente, no Transtorno Delirante e no Transtorno Psicótico Induzido, *psicótico* equivale a delirante. (p.303)

O termo é utilizado também para o grupo de transtornos que possuem como critério diagnóstico comum a presença de sintomas psicóticos, tais como a Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico sem outra especificação. Porém, os sintomas psicóticos podem aparecer como características secundárias (especificadores) quando associados a Transtornos de Humor tal qual o Transtorno Depressivo Maior e os Transtornos Bipolares.

Algumas referências na bibliografia psiquiátrica buscam uma aproximação entre a nosologia advinda do DSM-IV e a compreensão psicanalítica das enfermidades, como é o caso da Psiquiatria Psicodinâmica. Neste trabalho será utilizada a obra de Gabbard (1994) para estabelecer a interlocução entre o diagnóstico baseado na SCID-I e a interpretação do Rorschach pelo Sistema Francês de orientação psicanalítica.

Segundo Gabbard (1994) a Esquizofrenia, o Transtorno de Personalidade Esquizotípica e o Transtorno de Personalidade Esquizóide possuem desenvolvimento semelhante e possivelmente a mesma etiologia: ele cita o estudo de Fenton e McGlashan<sup>1</sup> (1989 *apud* GABBARD, 1994) em que três critérios do DSM-III para personalidade esquizotípica – pensamento mágico, desconfiança ou ideiação paranóide e isolamento social - eram preditivos para a esquizofrenia num seguimento a longo prazo; tornando-se assim muito difícil estabelecer uma linha divisória entre as duas entidades. As pessoas com estes transtornos com frequência vivem à margem da sociedade, tidos como 'esquitos' ou 'excêntricos', por não sacrificarem a autenticidade nas relações humanas por interações artificiais. O isolamento também serve como um 'refúgio à exposição' para apoiar a auto-estima frágil e aplacar a angústia de desintegração. Essas pessoas também apresentam um desinteresse aparente pelos outros quando, na verdade, esse retraimento é uma defesa contra o medo de destruir o outro e a si mesmo, resultante de uma carência voraz e insaciável; a ansiedade se refere ao temor de fusão com o outro e à desintegração do *self*. As contradições fazem parte da personalidade esquizóide, não como um conflito de instâncias conscientes e inconscientes, mas como a representação da fragmentação do *self* em diferentes desmembramentos que permanecem não integrados.

Os Transtornos Afetivos – próximos à classificação de Transtornos de Humor no DSM-IV – são analisados em conjunto na obra de Gabbard: a depressão e a mania são

---

<sup>1</sup> FENTON W.S., MCGLASHAN, T. H. Risk of esquizophrenia in character disorder patients. *American Journal of Psychiatry*. 1989, n.146, p.1280-1284.

compreendidas como representações diferentes de uma mesma doença com forte componente biológico. Uma característica psicodinâmica presente nos pacientes depressivos seria a auto-depreciação resultante da culpa pela agressão direcionada aos objetos amados e, nesse caso, as defesas maníacas seriam uma resposta ao sofrimento resultante dos objetos amados “perdidos”. Uma outra forma de compreender a depressão é como o resultado da frustração por não alcançar as elevadas expectativas do ideal de ego e a defesa maníaca apareceria justamente no sentido de compensar esta frustração.

## 1.2 *DIAGNÓSTICO PRECOCE E DECORRÊNCIAS PARA O TRATAMENTO*

Os transtornos psicóticos, de um modo geral e em especial a esquizofrenia, possuem um impacto patente na qualidade de vida do indivíduo com estes sintomas, afetando seu bem-estar de forma geral, sua atividade profissional e sua integração na comunidade (Ho *et al.*, 2000).

A simples experiência do episódio psicótico é ansiogênica, como mostra a pesquisa de Shaw *et al.* (2002). Participaram do estudo 42 pessoas sendo 22 delas consideradas com TEPT – Transtorno de Estresse Pós Traumático - segundo o *Clinician-Administered PTSD Scale*. Os sujeitos passaram por entrevista semi-diretiva para saber sobre possíveis traumas anteriores à admissão em instituição de saúde; responderam a diversos questionários, como o IES (*Impact of Event Scale*) e o SASRQ (*Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire*), para analisar diversas variáveis que poderiam se relacionar ao estresse. O TEPT não foi associado a fatores demográficos, traumas anteriores, tratamento ou *insight*; mas apenas à doença em si.

No estudo de Radomsky *et al.* (1999), com 1048 participantes em atendimento psiquiátrico, demonstra-se que as taxas de suicídios e de tentativas de suicídio entre pacientes com transtornos psicóticos são mais elevadas em relação à norma americana. 30% descrevem pelo menos uma tentativa suicida, 7% tentaram se suicidar no mês prévio à admissão em

intuição de saúde e as taxas mais altas encontram-se justamente entre as pessoas com transtornos esquizoafetivos e pessoas com transtornos depressivos com características psicóticas.

A partir destas constatações, advém a necessidade de intervenção precoce, na tentativa de reintegrar esse indivíduo consigo mesmo e na sociedade, diminuindo o estresse experienciado pelos familiares e pelo paciente (Morris *et al*, 2001).

A maior parte dos estudos sobre o tratamento dos transtornos psicóticos, foi elaborada por profissionais de formação médica e enfatizaram a importância do diagnóstico precoce, porém apenas em relação à necessidade de uma rápida intervenção medicamentosa (Craig *et al.*, 1997; Craig *et al.*, 2000a; Craig *et al.*, 2000b) com rara menção à psicoterapia. Neste sentido, o SCID (*Structural Clinical Interview for DSM*) é um dos instrumentos mais utilizados por ser um inventário de auto-aplicação e cujo resultado é um diagnóstico fechado segundo o DSM-III-R ou DSM-IV, dependendo da data em que a pesquisa foi realizada (Ho *et al.*, 2000; Craig *et al.*, 1997; Craig *et al.*, 2000a; Craig *et al.*, 2000b; Larsen *et al.*, 2001; Malla *et al.*, 2002). Contudo, os estudos divergem sobre os prognósticos do tratamento precoce desses pacientes.

Nos estudos de Craig *et al.* (1997; 2000a) e Ho *et al.* (2000) os resultados sugerem que é indiferente a intervenção precoce no tratamento dos distúrbios psicóticos. O artigo de 1997 refere-se aos resultados do tratamento de 202 pacientes de primeiro contato – primeira admissão em instituição de saúde – sendo destes 96 com transtornos esquizofreniformes, 64 com transtorno bipolar com psicose e 42 com depressão psicótica. Após seis meses da admissão, foram analisados os fatores que contribuíram para a aderência ao tratamento e não reincidência da doença através de entrevistas e inventários. A psicoterapia, as visitas do serviço de saúde mental e a medicação foram significativas para a continuidade do tratamento desses pacientes, independente do diagnóstico inicial. Porém, a reincidência do transtorno ou melhora do paciente não foi correlacionada ao tratamento, sugerindo que a melhora é possível

não reincidência do transtorno estejam relacionadas a características da personalidade do paciente mais do que um efeito do tratamento em si.

No artigo de 2000a, Craig *et al.* sugerem que a demora do paciente em iniciar o tratamento não afeta o prognóstico de pessoas com transtornos psicóticos. Participaram do estudo 155 pessoas com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, 119 com transtorno bipolar associada a sintomas psicóticos e 75 com depressão associada a sintomas psicóticos – diagnosticadas segundo o DSM-III-R. O período sem tratamento foi considerado entre o primeiro sintoma psicótico e a primeira admissão em instituição de saúde e a avaliação do paciente foi feita após 24 meses da admissão. Em nenhum destes grupos o período sem tratamento foi uma variável significativa para determinar a evolução do paciente.

Foi esta a mesma conclusão do artigo de Ho *et al.* (2000) de um estudo realizado com 74 pacientes com esquizofrenia segundo o DSM-IV após 6 meses de sua internação. Não teve relação significativa entre o período sem tratamento – desde o primeiro surto até a admissão em instituição de saúde – e a melhora na qualidade de vida, severidade dos sintomas ou tempo para remissão dos sintomas positivos.

Em outro artigo de Ho *et al.*, 2003, foram avaliados 156 pacientes diagnosticados com esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, ou transtorno esquizoafetivo quanto ao funcionamento neurocognitivo, volumetria de tecido cerebral e medidas da superfície anatomica do cérebro. O período considerado sem tratamento vai do estabelecimento claro dos sintomas positivos (delírios, alucinações, comportamento bizarro, transtorno de pensamento, ou catatonia) até o início do tratamento com antipsicóticos. O período médio sem tratamento encontrado foi de 74 semanas. Não foi encontrada relação entre o período sem tratamento antipsicótico e a volumetria ou as medidas da superfície cerebral. Foram encontradas diferenças quanto à memória verbal ( $p=0.08$ ) e capacidade de resolução de problemas ( $p=0.07$ ), ainda que os demais déficits cognitivos não tenham alcançado significância estatística. Seja qual for o resultado, o autor esclarece que a extensão do período

sem tratamento significa maior sofrimento para o paciente e para sua família, fator que por si só justifica a intervenção no início da doença.

Já os estudos realizados fora dos Estados Unidos, como o de Larsen *et al.*(2001), na Noruega, e de Malla *et al.*(2002), no Canadá, conferem especial importância no tratamento de primeira psicose e em seus resultados. Em Larsen *et al.* (2001), descreve-se um estudo com 109 pacientes, sendo destes 66 pertencentes ao grupo diagnosticado pelo programa de detecção preventiva de McGorry *et al.* (1996)<sup>2</sup> e os demais diagnosticados pelo método tradicional. A diferença média entre os grupos do período sem tratamento para transtornos do espectro da esquizofrenia – segundo DSM-III-R - foi de 21.5 semanas, sendo o início dos sintomas considerado a partir de em ao menos quatro itens em uma das escalas de sintomas positivos na PANSS (Kay *et al.*, 1987). O grupo de detecção preventiva teve uma proporção maior de pacientes que não precisaram de internação.

No estudo de Malla *et al.* (2002) destaca-se a intervenção precoce em casos de psicose, sendo o tratamento caracterizado por dosagens mínimas de antipsicóticos e intervenção psicológica com enfoque nas necessidades específicas do paciente e de sua família. O PEPP (*Prevention and Early Intervention Program for Psychosis*) foi desenvolvido com o intuito de identificar e tratar casos de primeiro surto de psicoses não afetivas de pessoas entre 16 e 50 anos de idade. Tanto o paciente quanto a família são informados sobre os transtornos psicóticos e sua gravidade, sendo realizada uma avaliação para identificar a presença de sintomas psicóticos dentro de 48 horas. O tratamento faz uso de baixas dosagens de antipsicóticos e um grande número de intervenções psicossociais que incluem sessões informativas e de suporte, reabilitação cognitiva, intervenção familiar e psicoterapia individual para membros da família. Após um ano, comparou-se a remissão de sintomas entre pessoas que iniciaram tratamento com menos de seis meses desde o primeiro sintoma e pessoas que ficaram mais de seis meses

---

<sup>2</sup> MCGORRY *et al.* EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bulletin*, n. 22, p.305-326, 1996.

sem tratamento. Das pessoas que iniciaram antes o tratamento, 83% tiveram remissão dos sintomas enquanto 60% do grupo que procurou tardiamente tratamento teve remissão dos sintomas psicóticos.

Semelhante ao estudo de Malla *et al.*(2002), o estudo de Cullberg *et al.* (2002), na Suíça, utilizou a estratégia de medicação mínima em conjunto com tratamento psicossocial intensivo, com resultados positivos. Neste trabalho de Cullberg *et al.* (2002), estudaram-se os efeitos do projeto *Parachute* que tinha como objetivo minimizar elementos que contribuem para um prognóstico desfavorável, tais como o uso de altas doses de neurolépticos, descontinuidade do tratamento, juntar nas intuições os pacientes de primeiro surto com os pacientes crônicos e confiança excessiva no atendimento hospitalar. As premissas do projeto eram seis: 1) intervenção imediata na casa do paciente sempre que possível, a partir do primeiro contato com a instituição de saúde; 2) intervenção inicial focada na crise, com psicoterapia e terapias cognitivas em estágios mais avançados, de acordo com as necessidades individuais do paciente; 3) encontros recorrentes com o paciente junto à família, promovendo atendimento e cursos para os familiares criarem um ambiente suportivo; 4) acesso a uma equipe de tratamento especializada e estável, pelo período de cinco anos; 5) doses mínimas de medicamentos neurolépticos, evitando qualquer neuroléptico nas duas primeiras semanas; 6) em raros casos o paciente pode ter acesso a tratamentos de pernoite (*small scale, homelike, low stimulus overnight care*) quando os cuidados oferecidos na casa do paciente mostram-se insuficientes ou negativos. O estudo abrangeu 175 pessoas que procuraram instituições de saúde devido a sintomas psicóticos que permaneceram no projeto por um ano. Os resultados do tratamento foram equivalentes ao sistema tradicional de tratamento na Suécia e foi muito bem cotado pelos pacientes e seus familiares. O Método de Rorschach foi utilizado em diferentes momentos (na chegada do paciente, 3 meses depois, 1 ano, 3 anos e 5 anos), porém os autores não apresentam detalhes sobre os resultados da utilização do instrumento. Não pôde ser comparado o tempo sem tratamento dos dois grupos por falta de documentação do



grupo do tratamento tradicional, nem foi feita ainda a comparação entre os custos do projeto *Parachute* e o sistema tradicional.

Como Mountain (2001) afirma em um comentário para o *Irish Journal of Psychiatry Med*, o trabalho com pessoas psicóticas junto a suas comunidades permite indentificar áreas potencialmente mais delicadas na reintegração desse indivíduo. No caso de pessoas que começam a apresentar sintomas psicóticos ainda jovens, uma fase importante do seu desenvolvimento psicossocial é afetado, tornando vital a intervenção psicossocial nesses casos.

O tratamento de transtornos com sintomas psicóticos mais e mais tem sido permeado por atendimentos multiprofissionais com ênfase em doses mínimas de medicação, levando em consideração a cultura familiar e a importância do suporte social para a melhora do paciente.

Um artigo que exemplifica qualitativamente a importância da rede social no desenvolvimento de transtornos psicóticos é o de Kelleher e Tsuang (2000), o qual trata do estudo de caso de irmãs gêmeas com transtorno esquizoafetivo. Susan foi internada pela primeira vez aos 22 anos, quando vários fatos concomitantes ocorreram: perder o namorado, estar sem psicoterapia por dois anos, receber uma proposta de casamento e na época de exames finais na escola. Os precipitadores das recaídas de Susan em geral foram problemas nos relacionamentos pessoais, estresse no trabalho e descontinuidade no tratamento medicamentoso. Jane, irmã gêmea de Susan, teve sua primeira internação aos 23 anos após beber uma dose não letal de tinner (solvente de tinta) numa tentativa de suicídio. Durante os 4 anos e meio em que não teve recaídas, estabeleceu suas únicas relações objetivas significativas. Ambas tiveram diversas recaídas resultando em readmissões em hospital-dia. Elas passaram por diversas avaliações, incluindo WAIS-R, MMPI, TAT e Rorschach. Pelos resultados obtidos no Rorschach as irmãs possuem características borderline de personalidade, são impulsivas, com desenvolvimento egóico inadequado; porém não há descrição das características do teste que levaram a estas conclusões. Ambos os pais tiveram transtornos

afetivos e o irmão com 39 anos também possui transtorno afetivo e dislexia, a avó paterna teve algum transtorno psicótico (sem maiores esclarecimentos). O gráfico de internações apresenta as recaídas de ambas as irmãs em períodos diferentes uma da outra. Jane apresenta um grande número de admissões entre os 25 e 30 anos, depois novamente a partir dos 37 anos; enquanto Susan apresenta um grande número de admissões entre 30 e 36 anos. O estudo sugere que a identificação e a rivalidade entre as irmãs tiveram influência marcante no curso da doença. Um outro fator importante é a presença de uma relação significativa fora da família, por permitir à cada uma sentir-se valorizada, diminuindo a competição pela atenção da mãe. Os relacionamentos estáveis foram associados à continuidade no uso da medicação, assim como relacionamentos instáveis foram associados à descontinuidade no tratamento e posterior readmissão.

Outros estudos enfocaram o aparecimento de sintomas antes mesmo do primeiro surto psicótico. Através de entrevistas com 535 pacientes diagnosticados como esquizofrênicos pelo SCID-I e seus familiares durante o primeiro episódio psicótico, Rabinowitz *et al.* (2002) distinguiram três grupos de indivíduos: **a)** aqueles com funcionamento pré-mórbido bom e estável, **b)** aqueles com funcionamento pré-mórbido deteriorante e **c)** aqueles com funcionamento pré-mórbido ruim e estável. O tipo de funcionamento prévio ao aparecimento sintomático do quadro esquizofrênico (**a**, **b** e **c**) correlacionou-se com o grau de severidade do transtorno, sendo que os indivíduos do tipo **c** foram os que apresentaram sintomas mais graves na primeira manifestação psicótica.

Corcoran *et al.* (2003) abordaram o mesmo tema em um estudo com 20 sujeitos, porém diferenciando apenas dois grupos: de 'declínio' e 'nunca normais'. O grupo 'nunca normal' foi caracterizado pelos familiares entrevistados como diferentes desde o nascimento ou do início da infância, o sentimento da família era de exaustão e sem esperança em relação à mudança do comportamento da criança. O grupo de 'declínio' foi caracterizado de forma

bastante diferente: eram consideradas crianças normais na infância, apresentando alguma vulnerabilidade na adolescência, como timidez, tendência a explosões de temperamento, generosidade exagerada ou pouca iniciativa; o aparecimento dos sintomas ocorreu junto com uma mudança repentina e inesperada do paciente. As mudanças descritas se referiam ao desempenho escolar, interações sociais e interesses e só foram compreendidas retrospectivamente pelos familiares.

No estudo de Sax *et al.* (1997), 88 pessoas com psicose exclusivamente associada a transtornos de humor – transtorno bipolar e depressão maior, segundo o DSM-III-R - foram diagnosticadas (SCID) e entrevistadas quanto a história familiar e gravidade de sintomas (PANSS). Depressão maior era mais freqüente nos pacientes que desenvolviam tardiamente sintomas psicóticos. Transtornos de humor e abuso de substâncias foram mais freqüentes em parentes de primeiro grau de pessoas que desenvolveram sintomas psicóticos quando jovens. Este foi um dos poucos estudos que abordaram exclusivamente o primeiro surto psicótico em transtornos de humor.

Os artigos de Rabinowitz *et al.* (2002) e Corcoran *et al.* (2003), juntamente com os artigos de Larsen *et al.* (2001), Malla *et al.*(2002) e Cullberg *et al.* (2002), mostram a importância da personalidade do paciente e da intervenção psicológica no tratamento de pessoas com transtornos psicóticos, ressaltando a necessidade do diagnóstico precoce, de modo a possibilitar as intervenções adequadas a cada caso.

Um outro estudo relevante para o tema em questão foi uma tentativa de abordar heurísticamente a esquizofrenia, no qual Kapur (2003) defendeu a hipótese de que a psicose endógena evolui lentamente no indivíduo passando por diferentes estágios: um estágio inicial de sensibilidade aumentada que, emocionalmente combinada com a necessidade ansiogênica de dar sentido à situação, resulta no surgimento do delírio e, por fim, da alucinação. Os delírios são geralmente erros de lógica inferencial, o que significa que não são situações

impossíveis, apenas pouco prováveis. Já as alucinações são em sua maioria exageradas e aberrantes. O autor afirmou que, caso fossem acidentes isolados, provavelmente não difeririam da experiência normal de uma percepção ou idéia efêmera; mas o que é único nas percepções aberrantes é seu caráter não transitório, de forma a persistir mesmo na ausência do estímulo. O efeito dos antipsicóticos seria o de diminuir a ação da dopamina na estimulação das percepções aberrantes (*aberrant salience*) de forma a atenuar a proeminência das mesmas. Esta idéia se sustenta na descrição dos pacientes durante o tratamento: de que as idéias (psicóticas) ainda povoavam o pensamento, porém incomodando menos. O autor descreve que as implicações deste modelo são: a impossibilidade do tratamento instantâneo da psicose; a incorporação das crenças psicóticas na personalidade do indivíduo; assim como a possibilidade dos medicamentos não só obstruírem a intensidade dos pensamentos psicóticos, como também diminuir, em menor grau, a intensidade das motivações, desejos e prazeres. Este artigo nos mostra uma possível integração entre a abordagem medicamentosa e a abordagem psicológica, assim como as respectivas práticas, constituindo um conjunto coeso que tem por objetivo favorecer o paciente. Também nos remete à psicanálise visto que trata da psicose como a permanência de um funcionamento de afastamento da realidade que, caso efêmero, seria considerado normal.

### 1.3 O RORSCHACH

O Método de Rorschach foi desenvolvido pelo médico psiquiatra Hermann Rorschach a partir de seus estudos em instituições de saúde mental na Suíça do início do século XX. Trata-se de uma técnica composta por 10 manchas de tinta simétricas, inicialmente denominada pelo autor como uma "experiência psicodiagnóstica baseada na percepção" a qual ele apresentou na sua obra *Psicodiagnóstico*, em 1921. Ainda que tenha sido destacado seu

caráter empírico, evidencia-se em sua construção a influência do conhecimento psiquiátrico e psicanalítico da época.

Acredita-se que o Método de Interpretação de Formas Fortuitas, posteriormente conhecido como Método de Rorschach, foi inspirado nas mais diversas fontes, sendo o Método de Associação de Palavras de Jung uma das precursoras. Outra forte influência teria advindo da leitura de um trecho do diário fictício de Boltraffio, discípulo de Leonardo da Vinci:

Esta tarde o vi sob uma chuva torrencial, em uma cadeira, contemplando longa e atentamente um muro com manchas de umidade. Os meninos apontavam com o dedo e riam. Perguntei-lhe, por último, sobre o que encontrara em particular naquela parede: 'Olhe Giovanni, que monstro estranho que se formou aqui! Uma quimera com as garras abertas! E ali, próximo à ela, um jovem anjo, com cabelos ondulados, que está perante o monstro. É interessante ver como o acaso criou neste muro figuras que seriam dignas de um grande pintor.' À medida que dizia isto, passava o dedo nos contornos das manchas e então pude ver tudo aquilo que ele havia descrito. 'Talvez outros considerem de mal gosto esta descoberta – prosseguiu – mas eu sei, pela minha experiência, quão apropriados são para estimular o espírito (...). (MEREJKOWSKI, 1945)

As percepções das manchas como formas em movimento – um ponto que Rorschach acreditava como central em seu método – traduzem a influência da obra de Mourly Vold, filósofo norueguês que estudou por muitos anos o sonho. Este autor defendia que as percepções cinestésicas constituem uma parte essencial da personalidade e, caso sejam reprimidas durante a vigília, estas voltariam a surgir na forma de conteúdos oníricos. As imagens cinestésicas poderiam ser vivenciadas pelo sonhador como movimentos imaginários próprios ou projetados como movimentos de outras pessoas ou de animais.

Contudo, as pesquisas de Hermann Rorschach foram interrompidas um ano após a publicação do Psicodiagnóstico em função de sua morte prematura. A obra não obteve reconhecimento imediato pela sociedade científica da época, recebendo pesadas críticas, sendo seu valor reconhecido na Europa e nos Estados Unidos apenas duas décadas depois.

Atualmente, o Rorschach é um dos instrumentos de avaliação psicológica mais utilizados no mundo (Pasian, 2002). Nos Estados Unidos, onde a controvérsia a respeito de

sua utilização é maior (Gacono *et al.*, 2001; Ganellen, 2001; Garb *et al.*, 2002; Lilienfeld *et al.*, 2000; Wood *et al.*, 1996; Wood *et al.*, 1999), ele é utilizado por 82% dos profissionais (Watkins *et al.*, 1995). Um estudo, elaborado por Mihura e Weinle (2002), sugeriu que 87% dos estudantes associados à *American Psychological Association* tiveram um curso introdutório sobre o Rorschach e que a maioria deles (78%) gostariam de aprofundar seus conhecimentos. O provável motivo desta ocorrência é o amplo escopo de aplicações deste instrumento (Goldfried *et al.*, 1971), seja na área clínica, organizacional e do trabalho (principalmente na parte de seleção de pessoal), hospitalar ou forense. Todos estes estudos demonstram o peso do Rorschach na psicologia mundial, justificando a grande quantidade de pesquisas que são feitas com o instrumento, assim como a necessidade das mesmas.

Como afirmam Casalegno e Prastaro (2002): "O teste de Rorschach é um instrumento importante porque é sensível para descrever a personalidade em nível funcional e estrutural. Além disso, aponta recursos, mecanismos de defesa e a eficácia dos mesmos"

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) vem tomando medidas no que concerne à utilização de instrumentos de avaliação psicológica. Assim, em 2001, regulamentou a elaboração, comercialização e uso dos testes psicológicos. Em 2003, com a resolução CFP nº 002/2003, qualificou diversos testes quanto à validade de seu uso na prática profissional do psicólogo. Os testes que não foram aprovados necessitam de normas brasileiras atualizadas e de estudos de validação, sendo que essas informações precisam ser encaminhadas para o CFP, pois "o processo de avaliação dos testes psicológicos é permanente" (Conselho Federal de Psicologia, 2004).

A resolução do CFP é o resultado de um processo de questionamento sobre o uso indevido das práticas psicológicas, evidenciando a importância de seu uso na psicologia como prática e a necessidade de atualização do material relativo ao seu uso, o que concerne aos processos de padronização e validação.

No caso do Rorschach, este foi aprovado segundo o Sistema Compreensivo de Exner, o Sistema de Interpretação Brasileiro- proposto por Anibal Silveira- e o Sistema Francês, cuja abordagem pretende-se utilizar neste estudo. Outras abordagens teóricas estão sob processo de avaliação.

Em 2000, a Casa do Psicólogo publicou o livro de Sonia Regina Pasion (2000) com normas atuais para o Rorschach segundo a orientação francesa. A autora não só organizou um Atlas baseado no modelo organizado por Augras (1969), como também adicionou informações normativas de outros fatores, como o TRI (tipo de ressonância íntima) e a proporção de variáveis associadas ao controle afetivo. Porém, a escolha da utilização do Sistema Francês neste estudo não se baseia nos estudos normativos realizados, mas em sua proximidade com a prática clínica. O diferencial do Sistema Francês em relação aos demais sistemas de análise do Rorschach aparece no uso das teorias psicanalíticas em integração com os dados normativos (Chabert,1987; Rausch de Traubenberg, 1990), resultando em possibilidades interpretativas psicodinâmicas enriquecedoras do instrumento (Pasion, 2000).

A escolha de um Sistema de Interpretação não se trata de uma prática segregacionista, mas sim uma opção metodológica, como atentam alguns especialistas da área. Pasion (2000) coloca que:

Os diversos sistemas interpretativos do Rorschach apresentam peculiaridades no modo de codificação e análise das respostas, mas, no geral, preservam a mesma estrutura básica para a aplicação da técnica, procurando manter a proposição original do autor do Psicodiagnóstico. (p. 26-27)

Portanto, de um modo geral, seria inadequado afirmar que os trabalhos de um determinado sistema não podem ser utilizados como referência a trabalhos de outro sistema, pois, apesar da necessidade de normas separadas, o teste foi construído da mesma forma, por um mesmo autor, Hermann Rorschach, e com o objetivo de ser um instrumento de investigação da personalidade.

Isto significa que os estudos realizados sobre um mesmo tema podem ser comparados entre os diferentes sistemas, atentando-se ao manejo e ao cuidado com as limitações destas comparações, as quais contribuem para a validade do Método de Rorschach como um todo.

#### *1.4B TRANSTORNOS PSICÓTICOS NO RORSCHACH*

O autor do Psicodiagnóstico foi o primeiro a pesquisar sobre o Rorschach e seu uso no diagnóstico de psicopatologias. Os resultados apresentados em sua obra são decorrentes do período que trabalhou em instituições psiquiátricas compreendendo um total de 405 sujeitos, sendo destes 117 pessoas normais, 188 esquizofrênicos e os demais distribuídos por uma variada gama de patologias. Porém os métodos utilizados não são muito claros, tanto no que se refere à classificação das respostas até o critério para a escolha dos fatores que lhe pareceram relevantes para o diagnóstico de cada quadro visto que é uma obra pioneira e, como o próprio autor coloca, com métodos e resultados provisórios. Uma outra questão é que as classificações das patologias obviamente são específicas da época de publicação do livro e devem ser utilizadas com cautela como material de consulta atual.

Bohm acrescenta ao final do Psicodiagnóstico um capítulo com o resumo das características no Rorschach próprias de cada transtorno. No caso do grupo das esquizofrenias:

- ausência ou baixa consciência de interpretação;
- número de respostas com grandes variações caso a caso;
- tempo de reação reduzido;
- recusas frequentes, inclusive em pranchas consideradas fáceis;
- respostas de cor nomeada, de número e de posição;
- grande variação da qualidade das formas em um mesmo protocolo, ou seja, respostas de boa qualidade formal lado a lado com respostas de má qualidade formal;



- sucessão relaxada ou incoerente;
- G confabulatório-combinatória, onde elementos de forma indefinida e boa forma são organizados sem levar em consideração suas respectivas localizações na imagem;
- G contaminadas, respostas em que são fundidas duas ou mais percepções que seriam comuns naquele estímulo;
- G > 7 no caso de esquizofrênicos afundados em si mesmos e, quase sempre, outrora inteligentes;
- em geral mais H do que Hd;
- A% ou na faixa de 20-35%, no caso dos incoerentes e produtivos, ou de 55-70%, no caso dos hebefrênicos, dos dementes simples, dos improdutivos e dos estereotipados;
- em casos raros, numerosas K-;
- aparecem com frequência abstrações e autoreferências nos protocolos.

**Tabela 1:** Resumo dos índices no Rorschach característicos para as esquizofrenias e para as psicoses maniaco-depressivas tal como se encontra no Psicodiagnóstico (Rorschach, 1921)

	<i>Esquizofrênicos</i>	<i>Maniaco-Depressivos</i>
<b>F + %</b>		
100 a 80%	Paranóides extremamente coerentes	Melancólicos
80 a 70%	Relativamente coerentes	-
70 a 60%	Muito incoerentes	-
60 a 50%	Muito incoerentes Débeis congênitos	Maníacos
50 a 30%	Muito congênitos Abulímicos	-
30 a 0%	-	-
<b>K</b>		
5 ou +	Catatonias mais bloqueadas Paranóides mais produtivos	Maníacos
3 a 5	Catatonias bloqueadas Paranóides produtivos	Maníacos
1 a 2	Catatonias pouco produtivas Hebefrênicos Depressivos	-
0	Dementes simples estereotipados Alguns querelantes	Melancólicos

*continua*

	<i>Esquizofrênicos</i>	<i>Maniaco-Depressivos</i>	
<b>Cor</b>	0FC, 0CF, 0C	Dementes simples Estereotipados Capazes de contato	Melancólicos
	1-3FC, 0-1CF, 0C	Ordenados, Capazes de contato Frequentemente depressivos	-
	0-1FC, 1-3CF, 0-1 C	Pouco capazes de contato Indolentes, lábeis	-
	1-2FC, 2-3CF, 1-2 C	Lábeis, impulsivos	Maníacos
	1-3FC, 2-3CF, 2-6C	Catatonias incoerentes	-
	1-2FC, 3-4 CF, 5-10C	Catatonias e Hebefrenias as mais incoerentes	-
<b>G</b>	10 ou +	Incoerentes	-
	7 a 10	Catatônicos bloqueados Paranóides Abúlicos	-
	4 a 7	A maior parte dos coerentes	Maníacos
	0 a 3	Dementes simples Depressivos, Muito estereotipados	Melancólicos
<b>Modo de apreensão</b>	G	Abúlicos	-
	<u>G</u> - D	Coerentes sobretudo paranóides	-
	G - <u>D</u>	Coerentes, sobretudo num intervalo de catatonia	-
	D - Dd	Ainda relativamente coerentes de todas espécies	-
	D - Do	Depressivos Ansiosos	Melancólicos
	DG - <u>D</u> - Dd	-	Maníacos
	DdG - Dd	Os incoerentes	-
<b>A %</b>	10 a 20%	Catatônicos mais incoerentes	-
	20 a 35%	Paranóides produtivos Medianamente incoerentes	-
	35 a 50%	Catatônicos e Paranóides pouco produtivos	-
	50 a 70%	Estereotipados Hebefrênicos Dementes simples	Maníacos
	70 a 100%	Totalmente estereotipados especialmente Dementes simples e Paranóides antigos	Melancólicos

*continua*

	<i>Esquizofrênicos</i>	<i>Maniaco-Depressivos</i>
<b>Orig.</b> 0 a 10%	Dementes simples	Melancolia
10 a 20%	Estereotipados Catatonias no intervalo	Mania
20 a 30%	Hebefrênicos Paranóides coerentes	Mania
30 a 40%	Relativamente coerentes Incoerentes	-
40 a 50%	Incoerentes	-
50 a 70%	Os mais incoerentes	-
70% ou +	Raros negetivistas	-

Para o autor a psicose maníaco-depressiva incluía sobretudo a melancolia e a mania, portanto serão inclusos os índices do teste referentes à estes perfis na análise de transtornos com sintomas psicóticos.

Para a melancolia, espera-se A% na faixa de 70-90% além das características encontradas para a indisposição depressiva que seriam: F+% entre 80% e 90%, sucessão rígida, poucas G, mais D e Dd, poucas respostas Orig., TRI coartado, R abaixo da média, tempo de reação prolongado, mais Hd que H.

Para a mania espera-se que o F+% esteja entre 50 e 60%, maior quantidade de respostas, sucessão relaxada, G entre 4 e 7, tipo de apreensão com mais D e Dd, A% entre 50% e 70%, Orig. entre 10% e 30%, 5 ou mais K sendo algumas de má qualidade formal, numerosas respostas de côr.

#### *1.4B TRANSTORNOS PSICÓTICOS NO SISTEMA COMPREENSIVO*

Muitos estudos quantitativos sobre a sintomatologia psicótica no Rorschach utilizam o Sistema Compreensivo, na tentativa de validar os índices descritos por Exner (1999), comparando-os com diagnósticos baseados no DSM e no CID. O uso do Sistema Compreensivo busca quantificar o que em outros sistemas é realizado em conjunto com a

análise qualitativa. A seguir serão apresentados alguns trabalhos no Sistema Compreensivo que foram considerados relevantes para o presente estudo.

Um índice criado empiricamente é o *Ego Impairment Index* (EII), cujo significado interpretativo relaciona-se com pensamento desordenado. O EII conceitua o nível de distúrbio do pensamento através de diversos construtos, como a qualidade do teste da realidade, linearidade de raciocínio e qualidade das relações objetais. O EII é composto pelos seguintes índices do Rorschach: X-, M-, WSUM6, conteúdos críticos e a qualidade das respostas de conteúdo humano. Em um primeiro estudo de validação do EII, Perry e Viglione (1991) verificaram a estabilidade do índice em pessoas com transtornos depressivos, segundo o DSM-III, durante as 9 semanas de tratamento sendo o índice estável pelo período apesar das mudanças sintomáticas dos pacientes. Este índice teve correlação significativa na análise de índices úteis no diagnóstico de pessoas com transtorno esquizotípico (Cadenhead *et al.*, 1996), e na distinção entre pacientes com esquizofrenia paranóide de pacientes com esquizofrenia não paranóide (Perry *et al.*, 1992), entre a esquizofrenia e a depressão sem sintomas psicóticos (Perry *et al.*, 1991; Perry *et al.*, 1992; Perry *et al.*, 1994; Perry *et al.*, 1995). O EII teve correlação com outros indicadores de pensamento psicótico como o Magic Ideation Scale, com algumas escalas do MMPI e o EII obteve correlação significativa com a escala de sintomas positivos da PANSS (Perry, 2001).

Cadenhead *et al.* (1996) examinaram os protocolos de 13 pacientes com transtorno esquizotípico e 19 voluntários que responderam a um anúncio de jornal. Os pacientes foram diagnosticados através da SCID, foram avaliados segundo a escala Perceptual Aberration, Magic Ideation, Physical Anhedonia e o Rorschach. Os participantes do grupo controle foram escolhidos dentre 150 pessoas para representar demograficamente melhor o grupo experimental segundo ausência de sintomas, sexo, gênero e escolaridade; o grupo controle não foi avaliado com a SCID ou com o Rorschach. Os grupos apresentaram resultados distintos quanto aos testes administrados. No Rorschach o EII apresentou correlação com a quantidade

de sintomas dos pacientes com transtorno esquizotípico no SCID e, para 25% dos pacientes, foi apresentada correlação com índices que seriam, segundo outros estudos, típicos de pacientes esquizofrênicos nas demais avaliações administradas.

Ilonen *et al.* (1999), semelhante aos estudos de Perry *et al.*, estudou a eficácia de índices do Sistema Compreensivo no diagnóstico de 97 pacientes de primeiro surto esquizofrênico, depressão maior com e sem características psicóticas; porém os índices escolhidos foram o SCZI (índice para esquizofrenia) e o DEPI (índice para depressão). Estes índices foram eficazes para a distinção da esquizofrenia em relação à depressão sem sintomas psicóticos e em relação à 'normalidade', porém ineficazes para a distinção da depressão com sintomas psicóticos em relação ao grupo controle.

No estudo de Khadivi *et al.* (1997), sobre a distinção entre patologias através do Rorschach, foram comparados três grupos de pacientes com os seguintes transtornos: mania, esquizofrenia paranóide e esquizoafetivos. O primeiro grupo se diferenciou dos demais apresentando maiores índices de pensamento combinatório e conteúdo afetivo. Não foram encontradas diferenças significativas entre os três grupos em relação aos demais índices estudados: verbalização idiossincrática, pensamento autístico, pensamento fluido, bizarrice (*absurdity*), confusão.

Em congresso, Vives (2002) comenta de três estudos que buscam compreender o paciente esquizofrênico quanto à acuidade do Rorschach em prover o diagnóstico de pacientes com episódios agudos e pacientes crônicos, sendo que a análise do Rorschach também auxiliou na compreensão da personalidade e no planejamento do tratamento desses pacientes. Participaram do estudo homens entre 19 e 24 anos, todos preenchendo os critérios para esquizofrenia do DSM-IV, estando 195 pacientes na fase aguda do transtorno e sendo outros 54 pacientes crônicos. O Rorschach resultou em diagnóstico correto em 97% dos casos agudos de esquizofrenia e em 96,6% dos casos crônicos. O resumo de congresso não

apresentou maiores detalhes sobre o procedimento adotado ou quanto aos fatores relevantes no Rorschach para o diagnóstico.

No estudo comparativo de Kalla *et al.* (2004) são apresentados os resultados de duas instituições de saúde, uma espanhola e a outra finlandesa, quanto ao Rorschach de 73 pacientes com sintomas psicóticos associados a transtornos não-afetivos. Foram apresentados resultados quanto às semelhanças e diferenças entre os dois grupos, separados de acordo com agrupamentos relacionados com dificuldades de adaptação. Quanto ao manejo de estresse, 22% dos pacientes finlandeses e 38% dos pacientes espanhóis mostraram uma sobrecarga de estímulos ( $D < 0$ ); os finlandeses demonstraram uma maior demanda de estímulos ( $Adj.es$ ) em relação aos espanhóis; ambos os grupos apresentaram menos recursos que o esperado ( $EA < 7$ ). Quanto à capacidade de lidar com a situação, um terço de toda a amostra demonstrou formas pouco socializadas de abordar estímulos ( $Zd < -3.0$ ); quase metade da amostra demonstrou uma marcante tendência a simplificar estímulos normalmente percebidos como complexos e ambíguos ( $\Lambda > 0.99$ ); os pacientes finlandeses demonstraram maior vontade ou capacidade de sintetizar seus perceptos de forma coerente (média maior para  $DQ+$ ,  $U=400.0$ ,  $p < 0.1$ ). Quanto à modulação do afeto, aproximadamente metade dos pacientes experienciavam estresse emocional ( $Sum\ shading > FM+m$ ); 60% de ambos os grupos demonstraram tendência a evitar estímulos emocionais ( $Afective\ ratio < 0.5$ ); metade da amostra demonstrou tendência a ter problemas em mediar o afeto ( $CF+C > FC+1$ ). No que se refere ao pensamento ideativo, apenas 27% da amostra teve  $SCZI \geq 4$ ; o grupo finlandês apresentou uma frequência significativamente maior de respostas de movimento de má qualidade formal ( $M- > 0$ ). Quanto a auto percepção, os protocolos de pacientes finlandeses apresentaram mais respostas de reflexo ( $Fr+rF > 0$ ;  $p < 0.5$ ) e tendência a se focarem mais em si mesmos ( $Egocentricity\ Index > 0.43$ ) em relação aos pacientes espanhóis; dois terços dos protocolos espanhóis mostraram um sentimento negativo de auto-valoria ( $3r+[2]/R < 0.33$ ); os pacientes finlandeses também apresentaram mais respostas de conteúdo mórbido, refletindo

atitudes mais pessimistas em relação a si mesmos. Quanto a sentirem-se confortáveis em relações interpessoais, 66% dos pacientes finlandeses e 78% dos pacientes espanhóis não apresentaram respostas de textura; os protocolos dos espanhóis apresentaram um número significativamente menor de respostas de conteúdo humano, sendo que metade dos protocolos espanhóis e 29% dos protocolos finlandeses apresentaram menos de duas respostas de conteúdo humano, sugerindo o interesse menor em outras pessoas; a imagem dos pacientes quanto a si mesmo e aos outros tende a ser pouco ancorada na realidade ( $H < (H) + Hd + (Hd)$ ).

Finalmente, sobre a adesão ao tratamento em pacientes esquizofrênicos, há o artigo de Castro *et al.* (2004), com 50 pacientes de 19 a 59 anos divididos em dois grupos de acordo com a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito: 26 seriam o grupo A, que aderem ao tratamento, e 24 do grupo NA, os que não aderem ao tratamento. A maior parte do grupo que aderiu ao tratamento apresentava esquizofrenia do tipo paranóide (19 do total de 26 no grupo A), enquanto que no grupo NA a grande parte eram pacientes com esquizofrenia do tipo desorganizado. Os resultados apontaram, como características da personalidade daqueles que aderiram ao tratamento médico, o uso mais freqüente da intelectualização para reduzir ou anular o impacto das emoções ( $2AB + ART + AY > 3$ ). No grupo NA, grande parte dos sujeitos apresentaram características narcísicas mais proeminentes e tendências a se supervalorizar ( $Fr + rF > 0$ ). Ambos os resultados foram estatisticamente significativos.

### 1.5 TRANSTORNOS PSICÓTICOS NO SISTEMA FRANCÊS

As obras de Anzieu, Rausch de Traubenberg e Chabert são essenciais para a compreensão do presente trabalho sendo as duas últimas autoras as principais referências teóricas para a análise posterior dos resultados.

Didier Anzieu (1961) traz em sua obra um resumo dos índices no Rorschach característicos para a esquizofrenia, além de aparecerem diversas menções sobre a psicose no

decorrer da sua apresentação didática do método. O autor não se delonga com as significações destes sinais no protocolo, ou com o funcionamento psicopatológico, mas concentra seus esforços em identificá-los.

**Tabela 2:** Sinais psicopatológicos para a esquizofrenia segundo Anzieu.

<i>Autor</i>	<i>Sinais Psicopatológicos</i>
<b>Rorschach</b>	G contaminadas Respostas Po, Cn e número Muitas F- Recusa
<b>Sinais complementares (Anzieu)</b>	G-, DG, sucessão desordenada Coartado ou coartativo (CF e EF durante o período de instalação da doença) Respostas KC- A% elevado; Ad>A; Hd>H Perseveração Respostas de abstração, respostas de letras, números, geometria Conteúdos bizarros, horríveis; respostas de nascimento, feto ou destruição em processo, decomposição Orig. - Respostas degradadas* Auto-referências Diminuição da consciência de interpretação
<b>Minkowska</b>	Vocabulário 'racional' (em oposição a sensorial), abstrato, desvitalizado Visão de formas coartadas, dissociadas, fendidas, isoladas

\*percepção de início boa, sobre a qual se enxertam associações bizarras

Alguns fatores não aparecem na lista da página 126 (ANZIEU, 1961), porém são mencionados durante a obra; dentre eles a quantidade de respostas reduzida que pode ser devido à má vontade do sujeito quando da aplicação do teste, bloqueio emocional, depressão, retardo mental ou perturbação psiquiátrica. Como em alguns protocolos de esquizofrênicos, nos quais aparecem 10 respostas globais de má forma.



Quanto ao tempo de reação, este pode se encontrar elevado em estados pré-psicóticos ou psicóticos, e encontrar-se diminuído (menos de 3 respostas por minuto) no caso de esquizofrênicos incoerentes.

O tipo de apreensão em alguns protocolos esquizofrênicos traz o G como predominante, no caso G não combinadas por tratarem-se de uma maneira fácil e irrefletida de generalizar; em outros casos o D é predominante mostrando rigidez defensiva; noutros ainda o Dd é predominante como consequência da dispersão rápida da atenção à medida que surgem estimulações.

As G nesses protocolos são geralmente G primárias - em que a mancha é apreendida em um só ato perceptivo, sem a diferenciação prévia de detalhes - e primitivas - apresentam conteúdo ou forma indeterminada, podendo ser confusas, imprecisas ou ilógicas, absurdas, deterioradas. Também aparecem respostas DG ou DdG, em geral de má qualidade formal e confabulatórias.

Os Dd são geralmente percepções em locais raros, originais ou autísticos, típicos da incoerência esquizofrênica.

O F% encontra-se algumas vezes rebaixado em psicóticos e o F+% geralmente abaixo de 60%.

Quanto aos K, estes podem ser abundantes no caso de certos esquizofrênicos que abertamente identificam sua imagem corporal com a mancha; sendo próprias do esquizofrênico as respostas KC- que indicam fracasso do controle emocional.

A cor quando aparece está na sua forma pura (C), ou precede a forma (CF), indicando a predominância do princípio do prazer sobre o princípio de realidade nos psicóticos; sugerindo fragilidade do ego por combinar-se com o F+% rebaixado nesses protocolos, impedindo o reconhecimento dos próprios impulsos. Se a soma de Kan com Kob for superior a uma vez e meia o número de K, as tensões psíquicas do sujeito são fortes demais para que utilize construtivamente seus recursos interiores.

As respostas E são subdivididas em três tipos: cinza-claro, perspectiva e textura. As respostas de cinza-claro são as mais comuns com o significado de tendência à inatividade em consequência de bloqueios afetivos – desenvolvimento neurótico passando a psicótico. No caso das respostas de perspectiva, significam bom prognóstico quando presentes nos protocolos de esquizofrênicos, pois indica que está consciente de sua insuficiência perante os outros e a sobrevivência da capacidade de se comparar aos outros. Para Piotrowski (1957 apud ANZIEU, 1961)<sup>3</sup>, as respostas provocadas pelo cinza escuro mostram reação à angústia através de tentativas de mudança da situação, aparecem nos protocolos de artistas, inovadores e psicóticos. Ombredane e Canivet mencionam que a presença de E puro possui valor análogo a C, em termos de impulsos, aparece em sujeitos cheios de caprichos, com sentimentos de abandono e/ou esquizóides.

As respostas Clob desaparecem no caso de psicose, sendo presentes na fase de instalação da doença e indicam simultaneamente o pavor frente à desorganização progressiva da personalidade e a capacidade de lutar contra ela.

O TRI de pacientes psicóticos em geral é coartativo ou coartado.

O H% tende a ser reduzido nos protocolos de psicóticos, sugerindo a perda da capacidade de se identificar com o ser humano, principalmente se não for dada resposta com conteúdo humano na prancha III.

O A% rebaixado é associado à incoerência e à dispersão do pensamento, ou à recusa psicopática ao conformismo.

Quanto aos demais conteúdos, as respostas de rochedos são características dos esquizofrênicos, sugerindo a fixação ao seio materno perdido; as respostas de fragmentos como 'micróbios', 'carne em decomposição', são características da tentativa de luta contra uma evolução psicótica e a desorganização da personalidade.

---

<sup>3</sup> PIOTROWSKI, A. *Perceptanalysis*. Mac Milan: New York, 1957.

As banalidades aparecem mesmo em protocolos esquizofrênicos, porém sua ausência nas pranchas III, V e VIII é considerado um sinal psicopatológico.

Quanto ao choque, Anzieu coloca que os psicóticos dificilmente mudam o tempo de reação frente à pranchas coloridas. Já as recusas, no caso as recusas insuperáveis – em que a recusa se dá tanto na fase de fala espontânea como no inquirido - , fazem parte da estrutura mental do indivíduo doente.

Em sua obra *A Prática do Rorschach* (1990), Raush de Traubenberg elabora um trabalho que abrange não só a técnica de aplicação, a classificação das respostas, como também promove um diálogo entre as diversas obras que cita de modo a contextualizar suas interpretações e estudar o material do teste de acordo com o desenvolvimento infantil. A autora defende a análise da prancha como um todo e que quaisquer índices precisam de uma análise qualitativa mais aprofundada para formular quaisquer hipóteses. As contribuições da autora para o presente trabalho consistem mais na análise dos fatores e sua interpretação do que na relação dos mesmos com a psicopatologia.

Os fatores que ela associa diretamente à esquizofrenia são: a presença de numerosas G, principalmente G-; o baixo percentual de D; aparecimento freqüente de respostas Dbl; grande número de K em algumas psicoses, porém ausência de K verdadeiras em personalidades esquizóides; respostas de C puros e TRI introversivo. Entretanto, diversos outros fatores são associados a atitudes autísticas, distanciamento do senso comum, fragilidade do ego ou fragilidade dos limites; enfim, diversos fatores são associados a problemáticas tipicamente relacionadas à psicose e estarão igualmente discriminados a seguir.

De acordo com o que a autora coloca sobre os modos de apreensão, supõe-se que a predominância das respostas do protocolo de um paciente psicótico sejam G, com uma quantidade menor de D em relação à média, verificando-se diferenças na qualidade das respostas Dd.

As respostas G nos protocolos de esquizofrêncos assemelham-se a forma de apreensão de crianças de 3 a 5 anos, enfatizando a noção de regressão perceptiva. A percepção é global, indiferenciada e sincrética, pois trata-se da elaboração da resposta a partir de apenas um aspecto da mancha. Estas podem se basear na extensão da mancha, nas colorações, na sensação tátil, ou chegar em G a partir de um pequeno detalhe, mostrando a incapacidade para desagregar conjuntos, de diferenciar aspectos do material estímulo elaborando respostas menos genéricas. Os G+% aumenta em normais em função do tempo, porém é estacionário em esquizofrêncos em que a performance inicial é semelhante a dos sujeitos normais. São características da organização psicótica as respostas G confabuladas e as G contaminadas.

O D aparece no desenvolvimento normal em torno dos 7 anos de idade e, a partir de então, permanece estável; o que reforça a hipótese de que a melhor diferenciação perceptiva, no caso a presença de respostas D, parte de uma melhor capacidade de diferenciação afetiva, implicando a diferenciação de si mesmo em relação ao outro. Nos esquizofrêncos o D% é mais baixo, especialmente nos pacientes crônicos. O significado desta redução é relacionada com o desinteresse pelo real e o distanciamento do senso comum.

A apreensão de Dd depende mais do sujeito do que da estrutura perceptiva da mancha, trata-se de um elemento mais pessoal e, portanto, mais projetivo. Nos doentes mentais pode indicar dificuldade de manter a atenção, fixação excessiva em minúcias, mesquinhez; todas estas características provenientes da valorização excessiva de um modo pessoal de considerar a realidade. São característicos inclusive os Dd raros, resultado de uma delimitação muito pessoal, praticamente autística, da mancha.

Os Dbl são associados de um modo geral à atitude de oposição, visto que é uma atitude perceptiva inversa ao esperado, e é freqüente nos esquizofrêncos cuja atitude negativista é particularmente forte.

A apreensão perceptiva da forma no método de Rorschach possui a finalidade de organizar o 'caos' e esse controle se faz através dos elementos perceptivos à disposição, sendo

não apenas um esforço de organização racional, mas também um esforço de adaptação ao real. Ao F atribui-se a capacidade de abordar intelectualmente o material, criando uma mediação entre o estímulo e a percepção. É da literatura corrente que a qualidade da forma está associada à Força do Ego, refletindo o poder de regulação entre o interno e o externo, a capacidade de organizar, de controlar o comportamento em função das percepções e das experiências vividas, além de supor a capacidade de protelar a gratificação.

O F+% serve como medida da qualidade destas formas e varia não somente da capacidade intelectual do indivíduo como também depende de seu estado afetivo, ao passo que as emoções perturbam e diminuem a eficiência máxima dos recursos de julgamento. O declínio da qualidade formal reflete o relaxamento da vigilância e, em casos mais extremos, é resultado do julgamento arbitrário ou de um déficit intelectual congênito.

As cinestésias humanas supõem maturidade geral, hipótese esta apoiada pelo estudo genético dos fatores K. Estes só aparecem no indivíduo normal por volta dos 8 anos de idade e possui um valor psicológico geral de capacidade de desvio e de integração, refletindo o nível de regulação e controle sendo, portanto, uma função do ego. Por meio do conteúdo humano projetado, as K supõem a identificação ou busca de identificação, coincidindo com as capacidades de empatia e de interesse social. A presença de muitas respostas K num mesmo protocolo, por sua vez, não possui um significado positivo pois sugere o retraimento em si mesmo e recurso demasiado ao imaginário; neste caso as K cristalizam projeções deformadoras e até delirantes ou sugerem uma tentativa de conscientização de si através da busca de relações objetais que precede a verdadeira identificação. A ausência de respostas K no teste revelam uma reatividade formalista, desprovida de espontaneidade, geralmente encontrado em personalidades esquizóides.

Quanto às cinestésias menores, as Kan estão associadas ao egocentrismo infantil e labilidade emocional. O excesso de respostas Kob indicaria dificuldade de adaptação.

A cor é geralmente associada à afetividade. No protocolo de esquizofrênicos aparece em seu modo puro, sem mediação da forma, desempenhando um papel diferente do que tem entre os indivíduos normais: ela se torna opressiva, constrange. O C puro indica a sensibilidade indiferenciada ao estímulo sensorial; no caso das respostas mais mórbidas (como "gangrena"), associa-se ao temor de desestruturação. Porém, o esperado nesses protocolos é um somatório baixo de respostas de cor, que decorre de inibição emocional, retraimento ou asfixia da expressão.

Os *estompages* são os determinantes de tonalidade que levam em consideração o jogo claro-escuro das manchas, trata-se de uma abordagem do material que utiliza o sentido tátil, a representação espacial e a sensibilidade diferenciada, constituindo uma etapa de transição e, portanto, de busca, de desejo. A autora sugere que os *estompages* constituem uma etapa de preparação ou um freio, uma espécie de mecanismo de controle na medida em que a introspecção envolvida permite diferir a ação.

O Clob por sua vez leva em conta o caráter disfórico da imagem e testemunha a fragilidade de estruturas profundas da personalidade. Ao mesmo tempo, demonstra alguma mobilidade do afeto facilmente abalado e são mais comuns em neuróticos. Se as respostas Clob desaparecem nas desestruturações graves de personalidade, é justamente porque não há mobilidade do afeto nesses estados.

Nos estados esquizóides são encontrados TRI introversivos, tal como nas neuroses obsessivas e fóbicas. Os TRIs coartado e coartativo não são associados pela autora a diagnósticos específicos porém descreve que está associado à insuficiência de recurso, o bloqueio efetuado reduz a mobilidade e, portanto, a capacidade de adaptação, sendo os indivíduos de TRI coartado/coartativo pouco tolerantes a situações de estresse em virtude da rigidez de seus mecanismos de defesa.

Quanto aos conteúdos, Rausch de Traubenberg foca principalmente no A e no H. A queda no A% sugere o distanciamento do pensamento comum, imaginação excessivamente

pessoal, implicando uma recusa da rotina. Já a redução do H% associa-se a uma abordagem seca da realidade negando a afetividade, distanciada do contato humano. Caso as percepções de A e H sejam parciais, no caso Ad e Hd, a ansiedade vigora através da delimitação associativa e perceptiva.

Finalmente, ausência de respostas banais indica falta de contato com a realidade objetiva e social, pelo desinteresse ou pela oposição sistematizada.

Duas são as obras de Chabert consideradas no presente trabalho: *A psicopatologia no exame de Rorschach* (1987) e *O Rorschach na Clínica do Adulto* (1983). Ambas possuem ponderações da própria autora em diálogo com outras grandes referências sobre o método de Rorschach como Weiner, Rappaport, Rausch de Trautenberg e o próprio Rorschach. Chabert escreve de forma a aparentar-se à poesia escrevendo estudos em que a observação e trabalho clínico interagem com a análise do Rorschach, influenciando-se mutuamente.

Fazendo referência a Freud (1925), Chabert (1987) descreve o que acredita ser o propósito essencial do método de Rorschach:

A definição do trabalho do pensar, tal como é proposta por Freud, principalmente em *A Negação* (1925)<sup>4</sup> nos parece oportunamente qualificar o trabalho psíquico solicitado pelo Rorschach. Trata-se, com efeito, de suscitar a função do julgamento naquilo em que ela deve "pronunciar se uma propriedade pertence ou não a uma coisa" e "conceder ou contestar a uma representação a existência na realidade" (tr.fr. p.136). No que diz respeito à primeira operação o julgamento permite a integração ou a expulsão das coisas boas ou más, o que remete às "moções pulsionais mais antigas, às moções orais" (tr.fr.p.137). A segunda operação concerne à prova de realidade: "Agora, não se trata mais de saber se algo de percebido (uma coisa) deve ou não ser admitida no Eu, mas se algo do presente no Eu como representação pode também ser encontrado na percepção (realidade). É, como vemos, de novo uma questão de dentro e de fora (...) é preciso nos lembrarmos que todas as representações são provenientes de percepções, que elas sejam suas repetições... A existência da representação é já uma garantia da realidade do representado. Ela se estabelece somente pelo fato do pensamento possuir a capacidade de tornar de novo presente aquilo que foi uma vez percebido (...) sem que o objeto tenha necessidade de estar ainda presente no fora. O primeiro e imediato objetivo da prova da realidade não é portanto de encontrar na percepção real um objeto correspondente ao representado, mas de reencontrá-lo (...). A reprodução da percepção na

---

<sup>4</sup> A obra consta nas referências como FREUD, S. *A Negativa*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. Original de 1925.

representação não é sempre sua repetição fiel. Ela pode ser modificada por omissões, alterada por fusões entre diversos elementos. A prova da realidade tem que, em seguida, controlar até onde vão estas deformações. Mas reconhecemos como condição para o estabelecimento da prova de realidade que os objetos que anteriormente tinham trazido uma satisfação real tenham sido perdidos (tr.fr.pp.137-138).

Notemos antes de mais nada as separações entre percepções e representação, o que ressoa sobretudo pela solicitação da prova projetiva de um duplo registro de funcionamento. A referência ao dentro e ao fora situa a função do julgamento na aceitação ou na negação dos limites que atravessam seus respectivos campos, tal como as manchas sobre um fundo das pranchas do Rorschach, sobre as quais já sublinhamos a colocação da prova de identidade.

A ausência de objeto que, de certo modo, funda a capacidade de pensar, tal como a idéia dos objetos reencontrados da percepção e do representado, constituem as próprias fontes da inspiração winnicottiana e da elaboração da noção de fenômenos transicionais. No Rorschach, os objetos perceptíveis estão ausentes, eles podem apenas ser representados – se eles são representáveis, na criação/objetos-reencontrados que sustenta o processo da resposta.

A deformação do percebido no representado corresponde à diferença que liga e separa o mundo interno e o mundo externo, deformações medidas pelo julgamento do princípio de realidade. É a este título que se opera a apreciação das excessões aceitáveis no deciframento dos engramas perceptivos no Rorschach.

Enfim, a última notação citada, significando a necessária satisfação do objeto, para que ele possa ser ao mesmo tempo perdido e reencontrado, vem apoiar a influência para a regressão do Rorschach, a reativação/objetos-reencontrados de fantasias e de afetos determinados pelas incitações primitivas do material. (p.170)

O que de início fica claro é a forte influência da teoria psicanalítica na maneira como a autora observa a prova de Rorschach. A atividade do teste assim se firma na existência de uma representação e, nas manchas, o sujeito encontrará/recriará correspondências àquela imagem. Esta representação poderá corresponder mais ou menos à mancha dependendo do grau de deformação realizada durante o processo perceptivo. No caso da psicose, a relação com a realidade exterior encontra-se prejudicada e a qualidade desta relação se reflete no protocolo e comportamentos durante a aplicação do teste já indicam algumas características do pensamento psicótico. A descontinuidade do pensamento é um exemplo e aparece na aplicação quando o paciente dá respostas com conteúdos dos mais mórbidos e continuam a falar sem dar espaço para a elaboração de uma angústia que é tratada como se esta não lhes pertencesse. Uma outra situação na aplicação que remete à descontinuidade do pensamento



trata-se da dificuldade dos pacientes se lembrarem no inquérito de respostas dadas na fase de fala espontânea e, quando aparentam lembrar-se destas repostas, a localização é dada de forma arbitrária.

A falência na capacidade de diferenciação do pensamento psicótico se apresenta no Rorschach através da escolha de localizações não habituais, em que os recortes são escolhidos distanciando-se da gestalt esperada para ganharem limites aparentemente arbitrários no caso das Dd raras, ou em que retiram por completo os contornos das manchas fundido-as com o fundo sendo o contraste irrelevante para a delimitação dos contornos, em alguns casos a capacidade de diferenciação desaparece por completo com a perpeção de respostas G de contornos vagos e por vezes se estendendo ao infinito; além das referências às localizações, a perseveração comum nesses protocolos trata-se igualmente da não diferenciação entre as diferentes manchas no método de Rorschach, as manchas são percebidas como iguais sendo abandonadas suas particularidades. As observações no Rorschach remetem ao que Chabert chamou de "uma significação 'antinarcísica'", pois a falta de diferenciação se associa aos limites imprecisos entre o sujeito e objeto, não sendo percebidos como entidades diferentes, consistindo na fusão por vezes ameaçadora visto que o objeto interno não existe como tal e portanto pode ser, a qualquer momento, perdido.

No caso da dissociação, esta aparece no discurso, através das bizarrices e bloqueios, e na imagem corporal, através da fragmentação e do desdobramento. A bizarrice trata-se do uso de uma palavra ou termo fora de contexto trazendo à linguagem uma conotação artificial, superficialmente socializada, onde as palavras parecem estar desprovidas do afeto e sentido que habitualmente seria inerente ao que elas comunicam. O bloqueio é uma pausa no fluxo associativo e se traduz no Rorschach por longas latências, silêncio entre as pranchas, paradas bruscas ou recusa de pranchas; no caso da neurose o que se encerra é um pensamento que não pode ser revelado, porém no caso das psicoses o bloqueio é mais profundo: trata-se de uma ausência de associações ou desorganização tal que paralisa o pensar. Os protocolos psicóticos

apresentam concordâncias entre os processos de pensamento e as produções vinculadas à representação do imagem corporal, associadas à angústia de fragmentação descrita por Winnicott. São muito presentes as respostas humanas parciais e respostas de conteúdo anatômico, sendo mais raras as respostas humanas inteiras bem vistas, mostrando a fragilidade dessa imagem corporal sem um envelope continente, onde até a distinção entre o que é interno e externo ao corpo é rompida. Por sua vez, o desdobramento traz a temática do dual onde a percepção não se decide entre duas pessoas ou uma pessoa; diferente do narcisismo onde existe um sujeito e em separado a sua imagem que nega a necessidade e presença do outro, o desdobramento trata-se da indefinição daquilo que foi visto ser uma ou duas pessoas pois o outro funde-se com o Eu negando a relação e, sobretudo, a separação.

A capacidade de raciocínio depende da distância estabelecida na relação com o objeto o que, no caso do Rorschach, trata-se de manter um equilíbrio entre a solicitação do material e o que é projetado para dar conta da tarefa. No caso de protocolos psicóticos, a distância entre o interno e externo parece minimizada não permitindo a formação do que Bovet (1967 apud CHABERT, 1987)<sup>5</sup> chama de 'espaço psíquico' que Chabert associa ao conceito de 'espaço transicional' que permite a elaboração fantasmática. É um campo psíquico onde existe a possibilidade do objeto não estar e portanto um lugar de solidão que permitirá o pensar. O elevado F% e baixa presença de cinestésias traduzem isso no Rorschach, sugerindo a ausência de um espaço psíquico para a criatividade atuar. Como Chabert coloca:

A presença de uma cena animada, mesmo que timidamente, demonstra que o vivo permanece, que um traço de paradoxo ainda está inscrito, que um pensamento pode ser recriado. (p.136)

A formação de conceitos também é prejudicada no pensamento psicótico. Em alguns casos a capacidade de abstrair está prejudicada, como no caso de sujeitos que dão à prancha um significado que acreditam ser o único possível ou quando a mancha se torna a coisa da qual deveria ser apenas símbolo. Noutros casos, respostas C e E puras tornam características

---

<sup>5</sup>BOUVET, M. La relation d'objet. *OEuvres Psychanalytiques*. Payot: Paris, 1967, v.I.

da mancha em símbolos, porém estes sem apoio no consenso social e assim pertencentes a um único indivíduo como na resposta à prancha II: "O vermelho me lembra a prostituição, o negro indica a confusão". A quantidade reduzida de banalidades é um outro índice no Rorschach que traduz esse distanciamento da realidade socializada. A capacidade de síntese é uma outra característica na formação de conceitos e aparece no Rorschach como respostas G organizadas ou respostas K; esses tipos de resposta são possíveis se a pessoa é capaz de analisar o material e reorganizar as informações desta análise em um todo conciso, estas por sua vez dificilmente aparecem no protocolo de pacientes psicóticos e no caso das respostas globais, em especial, muitas vezes o que surge é um agrupamento incoerente das partes.

Esta organização incoerente de partes da mancha, escolha arbitrária de localizações, as respostas concretas, o distanciamento do senso comum, a percepção mais projetiva, resultam em deformações da realidade promovida pela atividade alucinatória e poderão também ser verificadas no Rorschach, sendo o F+% rebaixado um dos índices que a exprime. Palem (1969 apud CHABERT, 1987)<sup>6</sup> utiliza a marca de 70%, onde os protocolos de pacientes psicóticos estariam com o F+% abaixo deste valor. Por sua vez Weiner (1966) cita que os protocolos de pacientes esquizofrênicos geralmente apresentam F+% abaixo de 60%.

Mas para uma descrição mais objetiva dos índices no Rorschach relacionados à esquizofrenia, cita os fatores de Palem, como a recusa da prancha V, que Chabert atribui tanto ao comprometimento da qualidade da relação com a realidade externa quanto à fragilidade na representação de si, visto que a prancha V normalmente suscita uma resposta banal, raramente suscita recusas - ao contrário, é uma prancha cujo tempo médio de reação é baixo – e possui a mancha mais compacta, geralmente associada ao processo de identificação e à capacidade do sujeito de perceber-se como uno, inteiro. O choque às pranchas VII e IX e referências pessoais na prancha IX são interpretados pela autora como a mostra da sensibilidade quanto às relações de objeto precoces, possivelmente relacionadas à dificuldade na reparação ou de exclusão da

---

<sup>6</sup>PALEM, P. Le Rorschach des schizophrènes. Ed. Universitaires: Paris, 1969.

partes sentidas como ruins do objeto amado. Em *O Rorschach na clínica do adulto*, Chabert assinala ainda que são comuns nesses protocolos a confusão de reinos, no caso respostas parcialmente humanas que se combinam com animais ou objetos; respostas K de valor interpretativo ou delirante; aparecimento frequente de respostas humanas irrealis; respostas de conteúdos animais arcaicos, primitivos, associados à periculosidade, onipotência e destrutividade; respostas de animais ou objetos parciais e fragmentados, como se os objetos da realidade exterior ao sujeito não pudessem ser apreendidos em sua unidade.

Segundo a autora, o Rorschach não é um instrumento de diagnóstico mais adequado para realizar a diferenciação precisa das várias classificações para a esquizofrenia no meio psiquiátrico, porém é possível notar diferenças em alguns protocolos separando-os em dois grupos: os paranóides (personalidades interpretativas), onde as associações sugerem que o espaço psíquico do sujeito é povoado de fantasias de uma lógica desordenada em que a separação entre o dentro e fora tende a ser reforçada de forma a projetar externamente os conteúdos desagradáveis; e os inibidos (personalidades dissociadas) que apresentam dificuldades já na expressão verbal, precisam do suporte do aplicador para servirem de suporte às repostas dadas, parecem podados do espaço para o pensar apresentando nos protocolos de respostas portadoras de significações restritivas e limitadas, mostras do 'deserto psicótico'. O parágrafo transcrito abaixo serve para concluir o presente resumo das idéias de Chabert (1997) sobre a psicose, pois coloca de forma sucinta as angústias que se revelam nos protocolos dos pacientes psicóticos:

Nos protocolos psicóticos, a problemática remete para a perda de identidade. Nas personalidades dissociadas (esquizofrenia) é a angústia de fragmentação e de desintegração que sustêm as produções. Nas personalidades interpretativas (paranóia) é o perigo de destruição e aniquilamento pelo objeto persecutório que domina. Quer as barreiras entre dentro e fora estejam desmoronadas ou ameaçadas de estrago, elas caracterizam-se pela sua extrema fragilidade. De igual modo, a distinção entre o imaginário e real está constantemente minada pela confusão, a carga dos mecanismos projetivos e a insuficiência de ancoragem na realidade objetiva. Os excessos fantasmáticos e pulsionais assinalam a inconsistência de um Ego que deixou de cumprir as suas funções reguladoras. (p. 239)

**Tabela 3:** Comparação dos indicadores de sintomas psicóticos no Rorschach, segundo Didier Anzieu, Nina Rauch de Traubenberg e Catherine Chabert, autores de orientação francesa.

<b>Anzieu</b>	<b>Rauch de Traubenberg</b>	<b>Chabert</b>
G sincréticas	G sincréticas	G mal organizadas
DG	G confabuladas	Poucas Ban
G contaminadas	G contaminadas	
	D% baixo	D% baixo
	Dd raros/autísticos	Dd raros
	Dbl mais frequente	
Muitas F-	F- estreitamente pessoais	F+% baixo
KC-	K recalçadas	Cinestésias delirantes
	C puro mórbido	C mórbidas
TRI coartado/coartativo		TRI coartado ou dilatado
A% elevado		H/A, H/Obj
Nascimento, feto, decomposição		Hd, Anat, Sg
Orig.-		Conteúdos fragmentados
Letras, números, geometria		Referência a destruição
Recusa		Recusa em pranchas
Perseveração		
Auto-referências		
Respostas Po, Cn		

Santos (1992) estudou a relação do Rorschach com a esquizofrenia em pacientes ambulatoriais. Seus resultados mostraram a restrição e o empobrecimento marcante da produção, caracterizados pelo afastamento do real e prejuízo no raciocínio crítico; uma reduzida responsividade ao ambiente, aos estímulos afetivos e às relações interpessoais; os conteúdos psíquicos mostraram-se estereotipados, pouco diversificados e extremamente empobrecidos em seus aspectos formais e dinâmicos. Estes foram interpretados pelo autor como uma falência da organização egóica na busca de adaptação, com preservação de alguns mecanismos latentes relevantes para o prognóstico.

Donadi (2000), utilizando-se dos conceitos teóricos de Bion, caracterizou a psicose no Rorschach através do ataque ao aparelho da percepção, do ódio à realidade que resulta no surgimento de respostas cindidas, dos processos primários de pensamento, da produção de elementos *beta* (produção do 'objeto bizarro').

Azoulay (2002), estudou as defesas psicóticas através do Rorschach, afirmando que as defesas que surgem nos estágios iniciais tem por objetivo lutar contra a aniquilação psíquica e

provavelmente se desenvolvem na tentativa de lidar com situações sociais, de forma a organizar a vida cotidiana à medida que a patologia evolui. Essas defesas são narcísicas, antidepressivas, com tendência à rigidez ou à labilidade ou até perversas, de forma a recriar uma continuidade do sujeito consigo mesmo e do sujeito com o objeto de investimento.

Sem descrições sobre o sistema usado, Koide *et al.* (2002) versaram sobre dimensão de *mass of flesh*, que apareceu em 100% dos protocolos de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia aguda, em 99% dos protocolos de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia crônica e não aparecendo em nenhum protocolo de adultos normais. Incluíram na percepção de *mass of flesh*: verbalização explícita de carne ou músculos; restos de carne; diminuição de cabeça, braço ou perna; alongamento de pescoço, braço ou perna; objetos descritos como “sem braços ou pernas”; uma criatura com o formato de tecido ou órgão; um único órgão percebido de forma vaga e sem maiores explicações; e “ser cortado e aberto”, “ser dobrado”, “ser desdobrado” ou “ser grudado junto”. Não foram consideradas como percepção de *mass of flesh*: animais ou pessoas subdesenvolvidos (*underdeveloped*), animais que possuem intrinsecamente patas curtas e omissão de pernas na prancha VII.

Através da compilação do trabalho de diversos autores, Passalacqua e Gravenhorst (2005) apresentam uma longa lista de Fenômenos Especiais, sendo parte deles associado ao pensamento psicótico expostos a seguir: anulação da consciência de interpretação, auto-referências graves, choque cinestésico, combinação confabulatória, concretização, confabulação, contaminação verdadeira, contradição, cor nomeada, descrição cinética, dissociação, cisão, *edging*, EQa (*essencial quality astereognostic*), fracasso, fusão figura-fundo mal-vista, idealização, ilusão de semelhança, lógica autista, projeção de cor ou cor em pranchas monocromáticas, redundância, respostas de complexo sem censura, respostas de número, respostas de posição, resposta de um ou anulação da simetria, resposta modificada, resposta negada, seqüência, *splitting*, transparência, transposição, verbalização de relação.

## **2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS**

### *2.1 JUSTIFICATIVA*

Os testes psicológicos encontram-se em crescente utilização no Brasil (CRP SP, 2006) e é necessária a manutenção da qualidade desta prática, como demonstra a resolução nº 002/2003 do CFP, através de estudos normativos e de validação destes instrumentos.

O Rorschach é um dos testes mais utilizados na área clínica, além de seu uso recorrente em outras áreas profissionais dentro da psicologia. Dentre os instrumentos de avaliação psicológica, é um dos mais utilizados mundialmente (Pasian, 2002).

Uma de suas possíveis utilizações se refere ao estudo do funcionamento psicótico, onde se insere a presente pesquisa.

A psicose é um grupo de sintomas cuja característica particular é a alteração da percepção através da projeção de conteúdos internos e/ou devido a alterações fisiológicas a ponto de afetar os sentidos, tendo estas alterações um caráter não transitório, criando assim delírios e alucinações. O estudo através do Rorschach permite analisar justamente esta mediação da projeção no processo perceptivo, a qualidade da percepção resultante, e inferir as defesas que estas projeções implicam quando comparados os resultados com a literatura especializada, de forma a auxiliar na compreensão da personalidade psicótica e do próprio instrumento.

O diferencial deste estudo deve-se à sua elaboração em contexto ambulatorial, de modo a abranger uma parcela relevante do uso do Rorschach como instrumento psicodiagnóstico. Inclusive um diagnóstico correto no início do tratamento traz benefícios já comprovados para o paciente psiquiátrico e mesmo em pacientes com comorbidades não psiquiátricas - casos em que dificilmente ocorre o diagnóstico correto da doença mental e cuja

presença da mesma traz dificuldades no tratamento da comorbidade. A maior parte dos estudos nesta linha enfocaram a esquizofrenia, por ser uma população, até pouco tempo, de fácil acesso para pesquisa devido aos regimes de internação manicomial. Porém, poucas pesquisas com o Rorschach estudaram os pacientes ainda próximos ao surto psicótico de diferentes diagnósticos psiquiátricos com acesso recente à medicação devido à dificuldade em se reunir um número de pessoas representativo, visto a baixa incidência destes sintomas na população.

Este projeto está associado a um grupo maior de pesquisa do HC FMUSP de Estudos de Casos Incidentes (Primeiro Contato com Serviços de Saúde) de psicoses funcionais no Brasil, organizado por Menezes *et al.* e financiado pela FAPESP. O referido projeto está em andamento.

## 2.2 OBJETIVOS

Foi visto o valor do diagnóstico no tratamento de transtornos com sintomas psicóticos quanto à necessidade de se dar início a este tratamento de forma acertada enquanto prevenção de reincidência do transtorno e, principalmente, melhora na qualidade de vida do paciente e familiares. Também salientou-se a importância do Rorschach como instrumento essencial na prática diagnóstica no campo da psicologia e na necessidade de constantes pesquisas que beneficiem esta prática.

Assim este estudo tem por objetivo investigar a sensibilidade do Rorschach em diferenciar um grupo de pessoas que passaram pela primeira vez em serviços de saúde por apresentarem sintomas psicóticos (Grupo Experimental) de um outro grupo de pessoas sem esses sintomas (Grupo Controle) quanto aos fatores quantificáveis do Método de Rorschach.



### **3 MÉTODO**

#### *3.1 CONTEXTO DA PRESENTE PESQUISA – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DA FMUSP*

##### *3.1.1 Amostra da pesquisa da FMUSP*

Compõem-se de um total de 600 participantes, provindos de uma população aproximada de 500.000 habitantes segundo estimativa com base no IBGE para a região delimitada pelo projeto (Alto de Pinheiros, Barra Funda, Bela Vista, Butantã, Cambuci, Casa Verde, Consolação, Jaguaré, Jardim Paulista, Lapa, Liberdade, Mandaqui, Perdizes, Pinheiros, República, Rio Pequeno, Santana, Santa Cecília, Sé, Vila Leopoldina e Vila Mariana).

Amostra Experimental (N=200): indivíduos com um transtorno psicótico (CID10 F20-29 & F30-39, códigos para transtorno psicótico) que tiveram contato pela primeira vez com instituições de saúde, com idade entre 18 e 64 anos, que moravam há pelo menos seis meses nas regiões delimitadas pelo projeto, de forma a incluir diversas classes sociais.

Amostra Controle (N=400): Para cada sujeito experimental foram pareados dois sujeitos controles de mesmo sexo, idade (faixas etárias de 5 anos) e vizinhança, de modo a obter uma amostra controle aleatória representativa da população sob risco de onde os casos (sujeitos experimentais) vieram, reduzindo a interferência de fatores externos ao estudo. Incluiu-se dentre os critérios de exclusão o sujeito possuir sintomas de mania, fazer ou ter feito tratamento para transtornos psicóticos.

### ***3.1.2 Procedimento da pesquisa da FMUSP***

Todos os sujeitos receberam ressarcimento de gastos com alimentação e transporte decorrentes da participação no estudo. As entrevistas eram interrompidas devido a sinais de cansaço demonstrados pelo sujeito, devido à rigorosa avaliação realizada.

Busca da Amostra Experimental: Foi obtida a autorização do Ministério da Saúde (parecer nº 556/2001), através da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, para que se realizasse a busca de casos nos prontuários de instituições de saúde que poderiam receber pacientes em crise psicótica aguda. Os sujeitos potencialmente elegíveis foram entrevistados para a confirmação do perfil buscado na pesquisa. Com o perfil desejado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciava-se a avaliação com os instrumentos.

#### Avaliações:

- Dados Sociodemográficos e socio-econômicos, incluindo história de migração e trabalho;
- Structural Clinical Interview for DSM IV – axis I – Patient Edition (SCID-I), versão em português, para estabelecer o diagnóstico de psicose funcional;
- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), versão em português, para avaliação da intensidade dos sintomas psiquiátricos;
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), para avaliar consumo de álcool e problemas por uso de álcool;
- South Westminster Questionnaire, para avaliar uso de substâncias psicoativas e problemas por uso de substâncias;

- Disability Assessment Schedule (DAS), versão em português, para avaliar os níveis de ajustamento social;
- Minor Physical Anomalies (MPAs), escala antropométrica para a avaliação de características dismórficas como um marcador da natureza e momento do distúrbio do desenvolvimento neural;
- Scale of Lewis *et al.*, para verificar a ocorrência de fatores pré-natais e perinatais adversos, referidos por entrevistas com as mães;
- Developmental History and Premorbid Functioning in Childhood, questionário padronizado para avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor na infância;
- Family History RDC, para informações sobre transtornos mentais em todos os parentes de primeiro grau;
- The Interview for Recent Life Events, versão em português, para avaliar eventos vitais estressantes nas semanas que antecederam o início dos sintomas psicóticos;
- Camberwell Assessment of Need (CAN), para avaliação das necessidades de cuidados quando os pacientes procuram ajuda pela primeira vez no sistema de saúde;
- Self Report Questionnaire (SQR), para avaliar desconforto emocional em cuidadores informais.

Busca da Amostra Controle: A busca realizou-se a partir da moradia do sujeito experimental, em diferentes períodos do dia e em finais de semana para evitar viés amostral. No caso do sujeito morar em uma casa, a busca iniciava-se a partir da terceira residência à direita. No caso do sujeito morar em apartamento, a busca iniciava-se na primeira residência à direita. Dado o consentimento, iniciava-se a avaliação com os mesmos instrumentos exceto pela SCID-I, esta substituída pelo Psychosis Screening Questionnaire.

### 3.2 MÉTODO DA PESQUISA DO IPUSP - PRESENTE ESTUDO

#### 3.2.1 *Contato com a FMUSP e Projeto Piloto*

O contato entre a pesquisadora e a equipe de pesquisa da FMUSP deu-se em março de 2004 e desde então a pesquisadora participou das reuniões semanais na FMUSP para compreender e analisar o projeto epidemiológico, tanto quanto para verificar a possibilidade de introduzir um projeto do IPUSP. As reuniões serviram para compreender a dinâmica do grupo, discutir os casos de forma a contextualizar a situação do paciente e a melhor forma de estabelecer o primeiro contato com a pesquisa, além de melhorar a comunicação e troca de informação entre os membros da equipe e pesquisadores associados. A pesquisadora do IPUSP participou das reuniões até dezembro de 2004.

Um primeiro projeto foi elaborado pela pesquisadora em conjunto com a orientadora em abril de 2004 e o projeto piloto foi realizado em julho de 2004 para verificar a viabilidade do projeto **A expressão de sintomas psicóticos através do Rorschach** quanto ao procedimento, treinamento da pesquisadora, tamanho da amostra.

No projeto piloto foram entrevistadas cinco pessoas da amostra experimental da pesquisa da FMUSP cujo primeiro contato com uma instituição de saúde se dera há mais de seis meses das entrevistas e, portanto, não poderiam ser incluídas no projeto. Do resultado do Projeto Piloto introduziu-se o uso do gravador para melhorar a fidedignidade do protocolo e a aplicação foi definida na ordem tradicional – primeiro a fala espontânea e depois o inquérito, diferente do procedimento adotado em caso do sujeito ter dificuldades na memorização (por exemplo, crianças ou esquizofrênicos) em que o inquérito pode ser feito após cada resposta.

### 3.2.2 *Amostra (N=40)*

Composta de 40 pessoas, sendo metade destas pertencentes ao Grupo Experimental e a outra metade ao Grupo Controle, com a análise de mais de seiscentas respostas ao Rorschach. Todos os participantes são parte da amostra do projeto Estudos de Casos Incidentes (Primeiro Contato com Serviços de Saúde) de Psicoses Funcionais no Brasil, no período compreendido entre abril de 2004 a março de 2005. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do sujeito, ocorrendo em horários diversos do dia e inclusive em fins-de-semana na tentativa de evitar o viés no grupo controle.

#### Amostra Experimental (Grupo Experimental - GE):

Proveniente da amostra experimental da pesquisa da FMUSP: pessoas que procuram pela primeira vez uma instituição de saúde com um transtorno psicótico, que moravam há pelo menos seis meses na área delimitada pelo projeto. Porém, foram selecionadas aquelas com idade entre 18 e 50 anos e que foram alcançadas pelo presente estudo antes de seis meses passados da primeira intervenção medicamentosa.

#### Amostra Controle (Grupo Controle - GC):

Para cada sujeito experimental, foi entrevistado apenas um sujeito controle escolhido aleatoriamente da pesquisa da FMUSP, proveniente da busca realizada pelos pesquisadores da FMUSP - pareados individualmente por vizinhança, sexo e faixa etária, excluídos aqueles com transtornos psicóticos ou maníacos - de forma a obter um grupo controle representativo para a população estudada. Cabe salientar que a presença de outras patologias não foi critério de exclusão para o estudo.

### 3.2.3 *Procedimento das entrevistas*

Os dados sócio-demográficos dos sujeitos, assim como os sintomas, foram obtidos das entrevistas realizadas pela equipe da FMUSP para minimizar a bateria de avaliações às quais foram submetidos os participantes.

No primeiro contato com o participante, foi realizada uma entrevista para assinatura do Termo de Consentimento (Anexo A), rapport, além da solicitação de um desenho livre. No segundo contato foi realizada a aplicação do teste de Rorschach, sendo esta a única entrevista que foi gravada. Cada uma das entrevistas teve duração aproximada de 90 minutos.

A aplicação foi realizada na residência do participante ou arredores, de forma a diminuir a ocorrência de desistências. Tanto quanto possível, a aplicação foi realizada em local bem iluminado e livre de interrupções durante o procedimento.

Na aplicação do Desenho Livre foi entregue uma folha de papel em branco, um lápis grafite no. 2 e lápis de cor (caixa de 12 cores da Faber Castell), acrescidos da seguinte instrução: “Quero que você faça um desenho de algo, qualquer coisa, o que lhe vier à cabeça. Não precisa saber desenhar, quero que desenhe o que você quiser.” Após a conclusão do desenho, pediu-se ao sujeito que falasse livremente a respeito de sua produção.

Para a aplicação do Rorschach, anotou-se o horário de início e forneceu-se a seguinte instrução: “Vou lhe mostrar estas pranchas e você poderá me dizer o que vê nelas, o que é que poderia ser, com o que lhe parece? Pode me dar quantas respostas quiser. O tempo não tem maior importância. Pode dizer tudo o que lhe vier à mente. Vou anotar suas respostas”<sup>7</sup>. As pranchas eram mostradas uma de cada vez. Neste momento, denominado de Fala Espontânea, entregava-se a primeira prancha e, caso o participante tivesse dificuldades para responder, estimulava-se com falas como “Vê mais alguma coisa?”, “Fale o que lhe vier à mente.” . À partir da aplicação da terceira prancha a pesquisadora não interferia mais até o final da Fala

---

<sup>7</sup> Instruções elaboradas pela Profa. Maria Abigail de Souza em 1998. Material sobre a Técnica de Aplicação distribuída no curso introdutório de Rorschach da Graduação em Psicologia do IPUSP.

Espontânea – à exceção do caso EYH em que a produção do sujeito foi interrompida por chegar em 10 respostas em algumas pranchas. Nesta etapa, as respostas, comentários e tempo de elaboração de cada resposta foram anotados pela aplicadora.

Em um segundo momento, a pesquisadora inquiria a respeito das respostas formuladas livremente de modo a permitir a análise dos protocolos, fase esta denominada de Inquérito. As pranchas foram exibidas individualmente e as perguntas feitas foram bastante abertas, tais como “Como você vê (repete-se a fala do sujeito)”, “Por que você acha que viu (fala do sujeito)”, de forma a evitar a indução de respostas. No caso de pranchas em que o sujeito não deu uma resposta durante a fase de fala espontânea – recusa - pedia-se que ele dissesse se via alguma coisa quando a prancha em questão era novamente mostrada.

Após o inquérito, pedia-se ao participante que escolhesse as duas pranchas que mais lhe agradaram e as duas que menos lhe agradaram, depois pedia-se que explicasse o porquê da escolha.

No caso do sujeito não elaborar nenhuma resposta H ou (H) no decorrer da fala espontânea e inquérito, fazia-se a Prova de Limites re-exibindo a prancha III sugestionando a percepção de duas figuras humanas à partir do estímulo.

#### ***3.2.4 Organização dos dados***

Os protocolos do projeto piloto não foram considerados para a análise.

Os desenhos não foram considerados para a análise, seu acréscimo ao procedimento teve o objetivo de favorecer a atitude projetiva no Rorschach.

Para as informações sócio-demográficas e diagnóstico da equipe do FMUSP foi elaborado um banco de dados no Epidata de acordo com o Anexo B, de forma a selecionar as informações relevantes do material levantado das entrevistas pela equipe da FMUSP e para possibilitar a validação de dupla entrada. A validação trata-se da comparação entre dois

arquivos semelhantes para encontrar divergências nas informações inseridas nos mesmos; para tanto, as informações foram digitadas duas vezes e então comparadas e corrigidas em um arquivo final, para só então serem utilizadas para a análise de dados.

A gravação da aplicação do Rorschach foi transcrita e utilizada para marcar a duração da fase de fala espontânea e o período de latência em cada prancha. Denomina-se período de latência aquele que compreende o intervalo de tempo entre a exibição da prancha ao sujeito até a verbalização de uma resposta, em geral um substantivo. Interjeições e comentários a respeito do material não foram consideradas respostas. O Rorschach foi classificado pela autora segundo o sistema francês conforme a nomenclatura sugerida por Ombredane e Canivet (In Augras, 1969) - tal como o estudo de padronização de Pasion (2000) e com acréscimos referentes à metodologia de classificação utilizada no presente trabalho (Anexo C) - de modo a possibilitar a comparação com padrões normativos brasileiros na análise quantitativa do Rorschach. Os protocolos foram todos revisados pela orientadora e as classificações divergentes foram discutidas até encontrar-se um consenso. As respostas adicionais – respostas fornecidas pelos participantes durante a fase de inquérito - não foram consideradas para a análise quantitativa.

### ***3.2.5 Procedimento para a análise dos dados***

Primeiramente foram utilizados para a comparação intergrupos, feita de duas formas: comparação entre os perfis dos dois grupos, onde são comparadas características dos grupos como um todo; comparação entre os sujeitos que compõem os dois grupos, onde considera-se a quantidade de sujeitos que possuem uma determinada característica em cada um dos grupos. Um exemplo da primeira categoria da comparação intergrupos, segundo o perfil: comparação da soma dos valores brutos G (percepção global da mancha) do GE em relação ao GC. Exemplo da segunda categoria da comparação intergrupos, segundo o número de sujeitos:



comparação do número de sujeitos no GE com Índice de Angústia acima de 12% em relação ao número de sujeitos com esta mesma característica no GC.

Foram comparados neste trabalho os fatores quantitativos geralmente utilizados no Psicograma do sistema francês (Anexo D), com acréscimo dos fatores considerados relevantes para o estudo, três deles criados para o presente trabalho: percentual de respostas de partes humanas e animais (Hd, (Hd), Ad, (Ad)), pensando na hipótese de que as pessoas com sintomas psicóticos pudessem apresentar mais conteúdos parciais em seus protocolos; percentual de respostas com conteúdos fantásticos ((A), (Ad), (H), (Hd), (AH)), porque as respostas fabuladas associam-se à busca da fantasia e poderia estar associada ao mecanismo delirante presente nas pessoas com sintomas psicóticos; e percentual de respostas com inclusão do espaço em branco (Gbl, DDbI, Dbl, DdDbI), pois espera-se que os sujeitos com sintomas psicóticos apresentem mais respostas de fusão figura-fundo relacionando esse fenômeno com a dificuldade das pessoas com sintomas psicóticos confundirem a realidade interna com a realidade externa, além de ser atribuído aos pacientes esquizofrênicos a tendência a ir contra o comum. Esses índices estão inclusos no trabalho em forma de percentuais, e foi-lhes atribuída, respectivamente, a seguinte notação: Partes%, para o agrupamento de respostas de conteúdo parcial; Fantástico%, para o agrupamento de respostas de conteúdo fantástico, e BI%, para o agrupamento de respostas com inclusão de espaço em branco.

Foram incluídos alguns fatores qualitativos da linha francesa tais como as recusas de pranchas e negações de respostas.

Foram realizadas comparações entre os resultados desta pesquisa com os resultados normativos apresentados por Pasion (2000) para a classificação de respostas D, para determinar a qualidade formal das respostas e para cotar respostas banais (Ban).

Também foi realizado o estudo de significância para os fatores que sobressaíram na análise inicial ou que estão tradicionalmente associados à psicose; um outro critério foi o aparecimento mínimo do fator na amostra da presente pesquisa para que fosse possível sua análise. Devido à pequena quantidade de indivíduos e por não ser garantida a distribuição normal dos dados, foi utilizado o modelo logístico para verificar se os fatores selecionados foram relevantes na distinção entre os grupos experimental e controle. O fator do Rorschach foi considerado significativo para a diferenciação dos dois grupos quando o p-valor encontrado era menor que 0.05.

A idade e a escolaridade foram utilizadas como covariáveis, e foram selecionadas como variáveis o número de respostas (R), a soma de negações e recusas, G%, quantidade de G de forma mal vista, D%, F%, F+%, F±, K, k, Soma C, Soma E, Clob, A%, H%, índice de angústia e número de banalidades.

Uma segunda análise de significância foi realizada para uma tabela de valores binários (sim ou não), ou seja, ao invés de serem utilizados os valores dos fatores, foi utilizado um parâmetro ao qual o sujeito podia ou não pertencer. Por exemplo,  $F+\% < 70\%$  é citado por alguns autores como uma hipótese capaz de diferenciar pacientes psicóticos da população normal, portanto para cada sujeito verificou-se se o F+% encontrava-se nessa faixa ou fora da mesma ( $F+\% \geq 70\%$ ). As hipóteses estudadas foram a de que as pessoas do GE teriam a soma de recusa e negação maior que 2, mais que duas respostas globais mal vistas,  $G\% > D\%$ , nenhuma Banalidade,  $F+\% < 70\%$  ou  $F+\% < 60\%$ ,  $Soma\ E \leq 1$ , maior quantidade de k (cinestésias menores: kan, kob, kp) que K, nenhuma resposta humana inteira,  $A\% < 50\%$ .

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 ENTREVISTAS

**Tabela 4** - Períodos das entrevistas feitas pelo grupo de pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e pela pesquisadora do Instituto de Psicologia do PSC separados por grupo experimental e grupo controle.

	Pesquisa FMUSP			Pesquisa IPUSP		
	Início	Término	Período	Início	Término	Período
GE	28/04/2004	14/01/2005	10 meses	14/07/2004	31/03/2005	9 meses
GC	28/05/2004	02/03/2005	11 meses	30/07/2004	31/03/2005	9 meses

A coleta de dados do presente estudo durou 9 meses, com início em agosto de 2004 e término em março de 2005. O período de coleta de ambos os projetos são coincidentes ainda que a equipe de pesquisa da FMUSP fosse numerosa e bem equipada, o processo de busca de sujeitos do grupo experimental e do grupo controle exigia mais trabalho. Por outro lado, a coleta de material para a pesquisa do IPUSP foi realizada por uma única pessoa sendo mantido o ritmo das entrevistas de modo que não houvesse defasagem prolongada, melhorando a qualidade da comparação entre as informações obtidas nas duas pesquisas por minimizar a possibilidade de ocorrerem eventos de natureza pessoal ou social impactantes que pudessem promover mudanças no desempenho dos participantes.

**Tabela 5** - A partir dos sujeitos da pesquisa do FMUSP, segue a quantidade de sujeitos que se recusaram a participar da pesquisa do IPUSP agrupados de acordo com a etapa do procedimento em que ocorreu a recusa.

RECUSAS IP	No contato telefônico	Após 1ª entrevista	Após 2ª entrevista	Total
GE	5	1	0	6
GC	4	4	0	8
Total	9	5	0	14

De 40 pessoas entrevistadas, ocorreram 14 recusas. Ou seja, de todas as pessoas com as quais a pesquisadora entrou em contato, 26% se recusaram a fazer parte da pesquisa. Destas, 9 recusas ocorreram logo no primeiro contato telefônico e, portanto, não passaram por entrevista; cinco participantes desistiram após a primeira entrevista. Assim, recusaram-se a

participar 6 potenciais sujeitos experimentais e 8 potenciais controles da pesquisa do IPUSP.

Não ocorreram desistências após a aplicação do Rorschach.

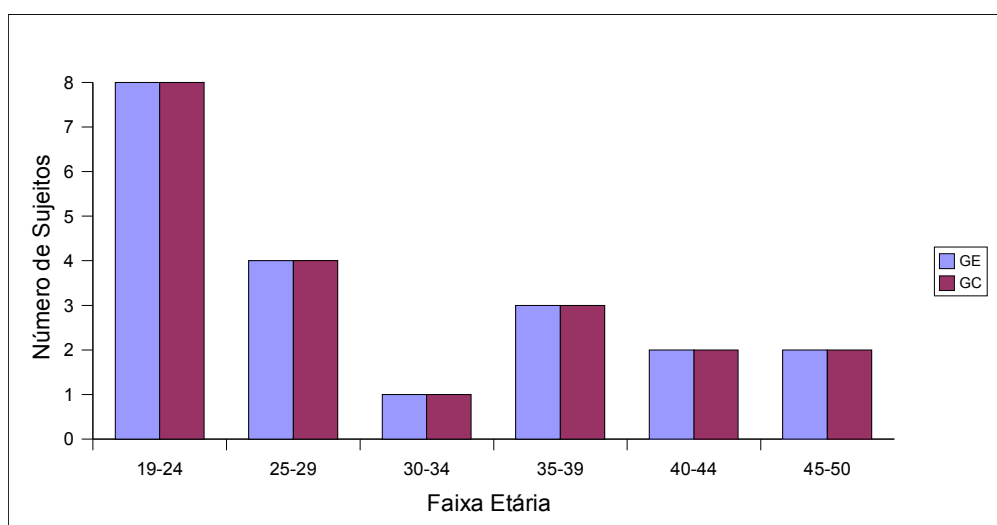
## 4.2 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

### 4.2.1 Idade

**Tabela 6** - Média e desvio padrão da idade dos participantes da pesquisa nos respectivos grupos que a compõem.

	Média	DP
GE	31	9
GC	30	10

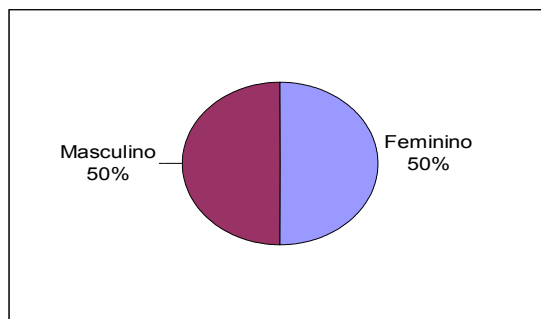
**Gráfico 1** - Histograma para comparação dos grupos experimental e controle de acordo com a distribuição de sujeitos por faixa etária



O quadro e o gráfico acima mostram que a faixa etária obtida nos grupos experimental e controle são equivalentes, tornando a comparação entre os dois grupos mais confiável. Esse resultado era esperado pois era um dos critérios para a busca de controles pela equipe do FMUSP. A maior parte dos participantes tem menos de 30 anos de idade, o que indica que o primeiro surto psicótico apresentou-se com uma maior frequência na fração mais jovem da amostra.

#### 4.2.2 Gênero

**Gráfico 2** - Distribuição do grupo experimental de acordo com o gênero.



A amostra experimental foi composta ao acaso - à medida que os sujeitos deram entrada em serviços de saúde - por um número igual de pessoas de cada gênero, o que sugere que o aparecimento dos sintomas psicóticos não prevalece em nenhum dos dois gêneros.

#### 4.2.3 Local de Nascimento

**Tabela 7** - Distribuição dos grupos que compõem a amostra de acordo com o Estado do nascimento

	SP	PE	PR	BA	PI	SE	RN	RS	SC
GE	12	3	2	1	1	1			
GC	14	2	1				1	1	1

A maior parte (65%) da amostra nasceu no Estado de São Paulo, 8 na região Nordeste do país (6 do GE, 2 do GC), 5 da região Sul (2 do GE e 3 do GC) e um participante da região Norte. Visto que a pesquisa realizou-se no Estado de São Paulo, a quantidade de pessoas nascidas em outros Estados é pouco maior que o esperado segundo o senso do IBGE (2003) que, para pessoas entre 20 e 49 anos de idade, estimou-se que 76% dos moradores da Região Sudeste nasceram e moram nesta município. Dentre os nascidos em São Paulo que compõem o grupo experimental, sete nunca moraram fora da cidade de São Paulo; dentre os participantes do grupo controle, oito preenchem este perfil. Os números são bastante

próximos, novamente evidenciando a semelhança das características sócio-demográficas entre os dois grupos.

#### 4.2.4 Cor/raça

**Tabela 8** - Distribuição da amostra de acordo com a cor/raça autodenominada.

	Branca	Negra	Parda ou Morena	Amarela	Indígena
GE	9	1	10	0	0
GC	9	2	9	0	0

Novamente as características dos dois grupos é semelhante, prevalecendo as cores branca e parda na amostra. A cor era autodenominada, provinda de um julgamento subjetivo do participante. É interessante lembrar que foram critérios para a busca de controles a idade e a moradia atual, as demais semelhanças entre os dois grupos são resultado do método de busca de controles adotado pela FMUSP.

#### 4.2.5 Religião

**Tabela 9** - Distribuição dos participantes de acordo com as crenças religiosas.

	Catolicismo	Protestantismo	Judaísmo	Religiões Afro-Brasileiras	Espiritismo	Sem Religião	Outros
GE	10	7	0	0	0	2	1
GC	14	1	0	0	2	2	1

Ainda que em ambos os grupos predomine o catolicismo, chama a atenção que no grupo experimental o número de pessoas de crença protestante (35%) é muito maior em relação ao grupo controle (5%). Devido à falta de censos referentes à crença religiosa relacionada à incidência de doença mental, seria inadequado teorizar hipóteses a respeito desta relação, tendo em vista o tamanho reduzido da amostra e a complexidade do fenômeno.

#### 4.2.6 Estado Civil

Não aparecem diferenças representativas quanto ao estado civil e número de filhos quando comparados os grupos experimental e controle.

**Tabela 10** - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil.

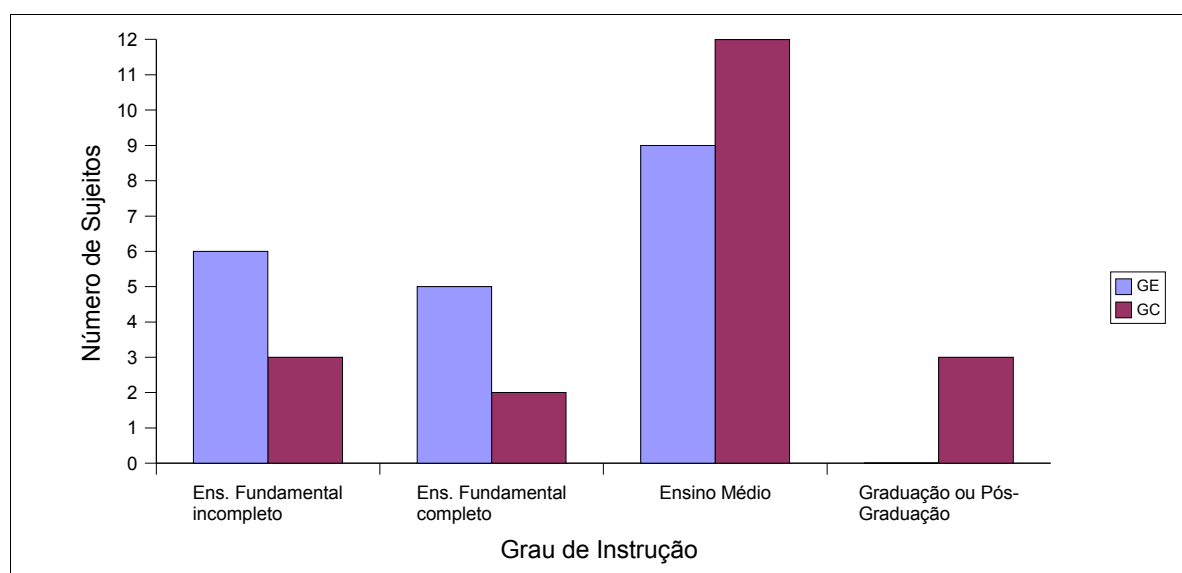
	Solteiro	Casado/Amasiado	Divorciado/Separado	Viúvo
GE	13	6	1	0
GC	11	9	0	0

**Tabela 11** - Amostra distribuída de acordo com o número de filhos

	Sem filhos	1 filho	2 filhos	3 filhos	4 filhos ou mais
GE	11	5	1	2	1
GC	13	2	3	1	1

#### 4.2.7 Grau de instrução

**Gráfico 3** - Distribuição da amostra que compõe os dois grupos de acordo com o grau de instrução.



O nível de instrução dos participantes que compõem o grupo experimental é menor que o nível de instrução dos participantes do grupo controle. No GE três pessoas não completaram o ciclo básico, enquanto que no GC todas ao menos completaram o ciclo básico e três possuem título universitário. O esperado, segundo o senso do IBGE, para a cidade de São Paulo é a média de aproximadamente 7 anos de estudo; na amostra experimental a média é de 7 e para a amostra controle a média se encontra acima de 9 anos de estudo. Portanto é possível levantar duas hipóteses:

a) o grupo experimental deveria ser comparado apenas com o controle e, nesse caso, a baixa escolaridade do GE em relação ao GC é resultante da doença. Conjectura-se que a dificuldade em completar a educação formal pode ser resultante das dificuldades no pensamento concomitantes aos transtornos psicóticos como atenção dispersa, raciocínio concreto, percepção egocêntrica da realidade;

b) é possível que a escolaridade não seja um fator relevante para o surgimento do sintoma psicótico e, neste caso, seria um fator relevante para que os controles aceitassem participar da pesquisa.

#### **4.2.8 Indicadores econômicos**

Onze dos 20 participantes do grupo experimental encontravam-se sem renda na época da entrevista enquanto apenas quatro do GC não tiveram rendimento no mês anterior à entrevista. Apesar das pessoas com transtorno que procuram tratamento obterem licença, este foi o caso de apenas um dos sujeitos experimentais, o que chama atenção ao fato de haver o dobro de desempregados no GE em comparação com o GC. Em ambos os grupos a proporção de pessoas economicamente ativas está abaixo do esperado na população brasileira - 78% segundo o censo de 1999, para pessoas entre 18 e 49 anos de idade.



**Tabelas 12 e 13-** Distribuição dos participantes segundo o tipo (casa, apartamento, cômodo, barraco) e espécie de moradia (próprio, alugado, cedido, invadido).

Tipo de Moradia	GE	GC	Espécie de Moradia	GE	GC
Casa	13	10	Próprio	8	11
Apartamento	5	10	Alugado	9	4
Cômodo	1	0	Cedido	2	3
Barraco	1	0	Invadido	1	2

A média da renda familiar do GE é de R\$ 1.800,00 com desvio padrão de R\$ 1.900,00; quase metade da média da renda familiar do GC é de R\$ 3100,00 com desvio padrão de R\$ 2.700,00.

As principais diferenças que aparecem entre os grupos é a quantidade de pessoas que moram em apartamentos, com o número de sujeitos do grupo experimental que moram em apartamentos a metade do número de sujeitos do GC, e em relação ao aluguel do imóvel, o número de sujeitos do grupo experimental que pagam aluguel é mais que o dobro do número de sujeitos do grupo controle.

Um outro indicador utilizado foi o número de cômodos da residência dos participantes. Foram considerados cômodos todos os ambientes cobertos da casa exceto banheiros. Para o GE, a média é de  $3,9 \pm 1,0$  cômodos por residência, enquanto que para o GC a média sobe para  $4,4 \pm 0,6$ .

Com base nos dados apresentados é possível afirmar que, em média, as pessoas que compõem a amostra experimental tem uma qualidade de vida pior que a amostra controle, seja no que se refere à renda, autonomia financeira ou moradia.

### 4.3 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Os Transtornos Esquizofreniformes, a Esquizofrenia e o Transtorno Psicótico se aproximam pela necessidade da presença de sintomas psicóticos para a confirmação do quadro; Transtorno Esquizofreniforme e Esquizofrenia são Transtornos de Personalidade além

de terem desenvolvimento e etiologia semelhantes. Onze dos sujeitos experimentais foram diagnosticados com um transtorno de personalidade e apenas um com transtorno psicótico SOE. Os demais tiveram os sintomas psicóticos como agravantes de um Transtorno de Humor, 6 destes com Transtorno Bipolar e dois com Transtorno Depressivo.

**Tabela 14** - Número de sujeitos experimentais distribuídos segundo o agrupamento de transtornos (sem especificadores).

Agrupamento de Transtornos	N=20
Transtorno Esquizofreniforme	7
Esquizofrenia	4
Transtorno Psicótico SOE	1
Transtorno Bipolar I	6
Transtorno Depressivo Maior	2

**Tabela 15** - Apresentação dos sujeitos experimentais quanto ao diagnóstico psiquiátrico do transtorno. Código do DSM-IV, código do CID-10, descrição segundo o DSM-IV-TR.

GE	DSM	CID	Descrição
AA	295.30	F20.09	Esquizofrenia, Tipo Paranóide, com menos de 1 ano do aparecimento de sintomas iniciais da fase ativa
ASL	295.30	F20.00	Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Contínuo
CMR	295.40	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
EAS	295.40	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
ER	296.24	F32.3	Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único, Grave, com características psicóticas
EYH	295.40	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
EZC	296.52	F31.30	Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente depressivo leve ou moderado
ICSC	295.30	F20.02	Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Episódico com sintomas residuais
IGS	295.30	F20.00	Esquizofrenia, Tipo Paranóide, Contínuo
JAD	295.4	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
LFO	296.44	F31.2	Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente maníaco grave com características psicóticas
LPL	296.04	F30.2	Transtorno Bipolar I, Episódio Maníaco único grave, com características psicóticas
LSFG	295.40	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
LSS	296.34	F33.3	Transtorno Depressivo Maior, Recorrente, Grave, com características psicóticas
LVS	295.40	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
NBS	289.9	F29	Transtorno Psicótico sem outra especificação
ROO	296.44	F31.2	Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente maníaco grave com características psicóticas
RS	296.44	F31.2	Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente maníaco grave com características psicóticas
SCSC	296.04	F31.2	Transtorno Bipolar I, Episódio mais recente maníaco grave com características psicóticas
SSS	295.40	F20.8	Transtorno Esquizofreniforme

#### 4.4 ANÁLISE DO RORSCHACH

##### 4.4.1 Indicadores de produção

Em média, a produção de respostas no Rorschach pelos sujeitos experimentais foi menor, com um número maior de recusas e negações de respostas. O tempo médio para a fala espontânea é semelhante em ambos os grupos – 11m14s para o GE e 11m10s para o GC -, mas a média do tempo de latência é diferente – 18s para o GE e 24s para o GC. Não há registro do uso do tempo pelos sujeitos GE17, GC06 e GC07 devido a falhas na gravação.

**Tabela 16** - Comparação dos índices de produção entre grupo experimental e grupo controle, com o acréscimo de soma bruta (total) quando relevante.

		Grupo Experimental (GE)								Grupo Controle (GC)							
INICIAIS	GE	T(s)	R	Neg	T/R	TL médio	Recusa	R.Ad	GC	T(s)	R	Neg	T/R	TL médio	Recusa	R.Ad	
AA	GE01	330	10	1	33	13,1	1	3	GC01	730	10	0	73	33,2	2	0	
ASL	GE02	1089	22	0	49,5	19,5	0	1	GC02	360	11	1	30	14	0	5	
CMR	GE03	420	12	1	32,3	12,9	0	8	GC03	824	26	0	31,7	21,7	0	0	
EAS	GE04	299	13	4	23	7,5	0	4	GC04	718	18	0	39,9	12,2	0	0	
ER	GE05	762	12	0	63,5	28,5	0	5	GC05	1332	15	0	88,8	18	0	1	
EYH	GE06	2103	69	11	30,5	9,7	0	5	GC06	-	22	0	-	-	0	0	
EZC	GE07	1475	14	0	105,4	71,1	0	0	GC07	-	19	0	-	-	0	0	
ICRC	GE08	505	11	0	45,9	23	1	2	GC08	637	15	0	42,5	17,5	2	3	
IGS	GE09	352	25	0	14,1	8,7	0	4	GC09	822	17	0	48,4	25,5	1	1	
JAD	GE10	543	20	0	27,2	12,5	0	3	GC10	945	11	0	85,9	56,6	0	2	
LFO	GE11	1082	25	0	43,3	8,1	0	1	GC11	331	19	0	17,4	5,5	0	1	
LFSG	GE12	284	12	0	23,7	14,8	0	0	GC12	710	26	0	27	11	0	0	
LPL	GE13	401	9	6	30,8	12,3	2	3	GC13	785	17	0	46	45,2	0	3	
LSS	GE14	256	10	0	25,6	8,2	0	1	GC14	337	13	0	25,9	16	0	0	
LVS	GE15	408	6	0	68	20,4	5	3	GC15	535	10	0	53,5	21,6	2	1	
NBS	GE16	322	5	2	53,7	13,7	3	12	GC16	420	11	1	38	16,6	0	3	
ROO	GE17	-	13	0	-	-	1	5	GC17	383	11	0	34,8	20,4	0	0	
RS	GE18	362	21	0	17,2	10	0	4	GC18	1080	15	1	67,5	47,6	1	4	
SCSC	GE19	1320	8	0	165	36,4	2	3	GC19	672	14	0	48	19	1	3	
SSS	GE20	498	13	0	38,3	8,9	0	0	GC20	433	11	0	39,4	9,7	0	0	
total		330	25				15	67			311	4			9	27	

Na tabela 16 é possível notar que o total de respostas para os dois grupos é semelhante, porém, o sujeito EYH produziu um número de respostas por demais destoante dos outros participantes. EYH (GE06) elaborou 69 respostas na etapa de fala espontânea, 20% do total

para o GE. Caso sejam removidos o caso EYH e seu controle equivalente, o total de respostas cai para 260 no caso do GE e chega em 289 para o GC; desta forma aparece a diferença de 29 respostas (10% da produção de GC) na produção dos dois grupos.

Os resultados que mais diferem na comparação entre os dois grupos são relativos às Negações e Respostas Adicionais: o valor médio de negações do grupo experimental é muito superior (seis vezes maior) ao valor obtido para o grupo controle; algo semelhante acontece com as respostas adicionais onde a média do grupo experimental é superior à média encontrada para o grupo controle.

**Tabela 17** - Comparação entre as médias de GE e GC quanto aos índices de produção

	GE	GC
R	16,5 (DP=13,7)	15,5 (DP=5,0)
Recusa	0,8 (DP=1,3)	0,5 (DP=0,8)
Negação	1,2 (DP=2,8)	0,2 (DP=0,5)
R. Adicionais	3,4 (DP=2,9)	1,4 (DP=1,6)
T	9min 55seg	11min 10seg
T/R	40seg	41seg
TL	18seg	24seg

A quantidade superior de recusas apresentadas pelo GE em relação ao GC denota a dificuldade no contato com o material por parte dos participantes que apresentaram sintomas psicóticos. A análise do Rorschach se baseia na teoria de que as pranchas que compõem o instrumento são representações da realidade externa ao sujeito que, através dos recursos do seu aparelho psíquico, irá atuar sobre esse estímulo produzindo uma percepção. A reação do sujeito frente às pranchas é compreendida como uma amostra de como esse sujeito reage ao mundo externo, no caso, a quantidade elevada de recusas e negações no GE sugere que o contato com o mundo externo está prejudicado e é sentido como uma tarefa difícil para os sujeitos do grupo experimental. Mais do que o fenômeno de recusa que pode ocorrer como uma escolha racional do sujeito de evitar o contato com o estímulo ansiogênico, o fenômeno

de negação sugere a utilização de defesas mais primitivas para defender-se da ansiedade onde a resposta inicial é banida, na tentativa de eliminar a perturbação despertada por ela.

As respostas adicionais são aquelas fornecidas na fase de inquérito, ao invés de serem elaboradas na fase de fala espontânea, e pressupõem dificuldade de organizar o caos das manchas do teste, permitindo a elaboração de uma resposta apenas na segunda vez que o estímulo é visto, fenômeno que é comum nas neuroses quando o estupor inicial perante pranchas sentidas como conflituosas para o indivíduo pode ser superado; em alguns casos as respostas adicionais advém como resultado de uma atenção dispersa que dificulta ao sujeito deter-se no material perceptivo. A grande quantidade de respostas adicionais no GE reforça a hipótese de que as pessoas com sintomas psicóticos possuem dificuldade de concentrar-se frente à mobilização propiciada pelas manchas do Rorschach. Observa-se que esta dificuldade não se reflete no tempo de latência (TL), período entre a apresentação do estímulo e elaboração de uma primeira resposta. É possível que a ansiedade difusa despertada no paciente psicótico devido à novidade do estímulo apresentado resulte na necessidade de expulsar as sensações disfóricas sem o sujeito dar-se o tempo para sua elaboração durante a fase de fala espontânea, sem a utilização do que Chabert (1987) denominou de espaço transicional, resultando na necessidade de um tempo de latência menor que o utilizado pelo grupo controle (TL médio do GE de 18s, para 24s do GC).

#### ***4.4.2 Localização ou modo de apreensão***

Para a análise dos modos de apreensão, foi criado um índice que agrupa as percepções com detalhe branco da prancha (Bl%), além dos índices mais tradicionais como a G%, D% e Dd%. A Bl% é vista independente dos outros modos de apreensão de forma a não alterar os demais índices. O Total Bl se refere à soma dos modos de apreensão Gbl, Dbl, DdDbl e DDbl, e foi criado para verificar a hipótese dos sujeitos experimentais apresentarem maior

quantidade de respostas com uso do espaço em branco, seja pela tendência à oposição ao senso comum ou pela fusão figura-fundo, ambas descritas pela literatura como possíveis características das pessoas com sintomas psicóticos (Rorschach, 1921; Passalacqua e Gravenhorst, 2005). O Bl% foi calculado a partir da soma do Total Bl em cada grupo dividida pelo número total de respostas daquele grupo.

**Tabela 18** - Distribuição dos modos de apreensão de acordo com os grupos estudados na amostra.

INICIAIS	GE	Total G	G%	Total D	D%	Total Dd	Dd%	Total bl	bl%	GC	Total G	G%	Total D	D%	Total Dd	Dd%	Total bl	bl%
AA	GE01	7	70	3	30	0	0	0	0	GC01	4	40	4	40	2	20	2	20
ASL	GE02	9	41	10	45	3	14	3	14	GC02	6	55	5	45	0	0	1	9
CMR	GE03	7	58	5	42	0	0	0	0	GC03	7	27	12	46	6	23	5	19
EAS	GE04	5	38,5	5	38,5	3	23	2	15	GC04	12	67	6	33	0	0	3	17
ER	GE05	7	58,3	4	33,3	1	8,3	3	25	GC05	4	27	7	47	4	27	0	0
EYH	GE06	3	4	22	32	45	65	3	4	GC06	8	36	13	59	1	5	5	23
EZC	GE07	11	79	1	7	2	14	4	29	GC07	5	36,5	13	68,5	1	5	1	5
ICRC	GE08	4	36	6	55	1	9	1	9	GC08	7	47	5	33	3	20	1	7
IGS	GE09	6	24	11	44	8	32	1	4	GC09	3	18	10	59	4	24	2	12
JAD	GE10	7	35	9	45	4	20	4	20	GC10	9	82	2	18	0	0	1	9
LFO	GE11	6	24	8	32	11	44	4	16	GC11	8	42	8	42	3	16	3	16
LFSG	GE12	6	50	4	33	2	17	2	17	GC12	4	15	13	50	9	35	0	0
LPL	GE13	3	33	4	45	2	22	0	0	GC13	2	12	8	47	7	41	3	18
LSS	GE14	8	80	1	10	1	10	1	10	GC14	10	77	3	23	0	0	1	8
LVS	GE15	2	33	3	50	1	17	1	17	GC15	4	40	6	60	0	0	0	0
NBS	GE16	1	20	2	40	2	40	0	0	GC16	6	55	5	45	0	0	0	0
ROO	GE17	9	69	3	23	1	8	1	8	GC17	3	27	5	46	3	27	0	0
RS	GE18	10	48	11	52	0	0	2	10	GC18	9	60	5	33	1	7	2	13
SCSC	GE19	4	50	4	50	0	0	1	13	GC19	3	21,5	9	64	3	21,5	1	7
SSS	GE20	9	69	4	31	0	0	0	0	GC20	8	73	3	27	0	0	1	9
total		124		120		87		33		total	122		142		47		32	
media		6,2	37,6	6,0	36,4	4,3	26,4	1,6	10,0	media	6,1	39,2	7,1	45,7	2,4	15,1	1,6	10,3

**Tabela 19** - Porcentagem dos modos de apreensão nos dois grupos com o par EYH e nos dois grupos sem o par EYH, em comparação com a norma.

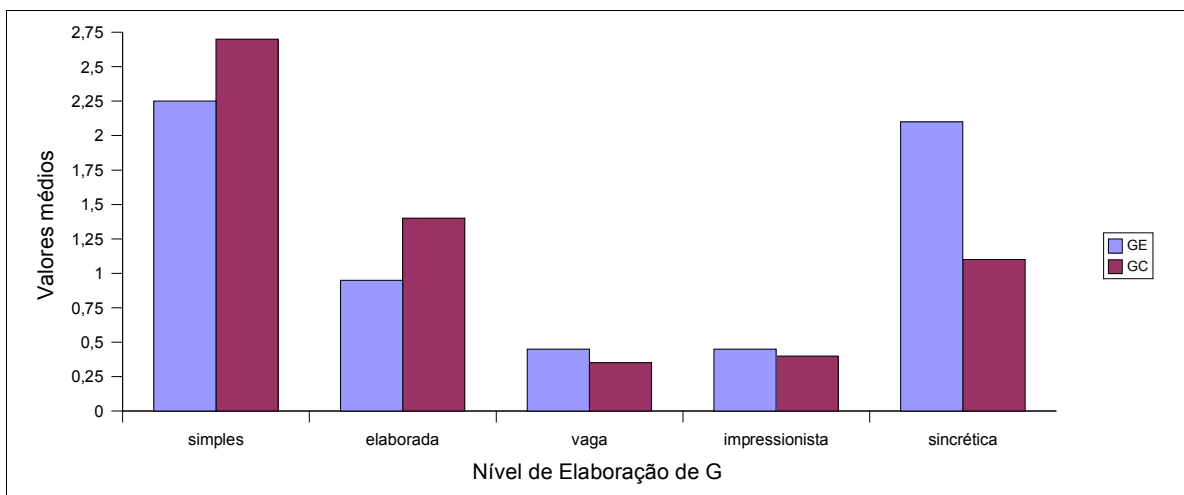
	Com par EYH		Sem par EYH	
	GE	GC	GE	GC
G%	38%	39%	46%	39%
D%	36%	46%	38%	45%
Dd%	26%	15%	16%	16%
Bl%	10%	10%	11%	9%

Os resultados totais e média devem ser observados com cautela, pois novamente o sujeito EYH é responsável pela tendência ao Dd% elevado no GE (26%) em relação ao GC

(15%). Caso seja excluído o par EYH (caso e controle), aparecem diferenças relevantes no Dd% e no G% do grupo experimental em relação aos valores do GE completo, sem aparecerem diferenças relevantes nos valores apresentados pelo GC.

Sobre a diferença entre os dois grupos sem o par EYH, é possível afirmar que no grupo experimental o G% aparece um pouco elevado (46% no GE e 39% no GC), o D% aparece um pouco reduzido (38% no GE e 45% no GC) e o BI% aparece um pouco elevado (11% no GE e 9% no GC). O número mais elevado de G sugere uma certa infantilidade do GE em relação ao grupo controle em detrimento do contato social e do senso comum, representadas pelo D%. O número elevado de respostas G podem sugerir também a busca de integração (Chabert, 1987), desta forma a apreensão global da mancha refletiria a tentativa de reconstituir um *self* fragilizado, em que predomina a angústia de despedaçamento (Gabbard, 1994). Nos casos estudados, é possível que se denote a busca da identificação com um eu estruturado em contraposição à experiência desorganizante do surto psicótico. Os valores obtidos para os modos de apreensão se distanciam da norma nos dois grupos, especialmente no que se refere ao G% e ao D%.

**Gráfico 4:** Valores médios para o nível de elaboração de G nos dois grupos que compõem a amostra



O que se percebe quanto ao nível de elaboração de G é que o grupo experimental apresenta uma quantidade maior de respostas globais sincréticas em relação ao grupo controle (GE apresenta um total de 42 respostas globais sincréticas enquanto GC apresenta 22) e menos G simples e elaboradas.

As G simples, necessariamente associadas a formas bem vistas e muitas vezes a respostas banais, assinalam uma capacidade perceptiva ancorada na realidade sem esforço pessoal (Chabert, 1987).

As G elaboradas, tal como as G simples, são baseadas na percepção de boa qualidade formal combinando elementos de forma bem sucedida, portanto resultantes de um esforço intelectual de elaboração e síntese em um todo conciso (Rausch de Traubenberg, 1990). Denota assim a apreensão positiva da realidade externa, a capacidade de fazer uso dessa realidade e dando-lhe sentido (Chabert, 1987); sugerindo inteligência criativa visto que as respostas G elaboradas estão geralmente associadas a cinestésias, ou seja, à projeção (Chabert, 1987).

No caso dos sujeitos do GE, as G simples e elaboradas cedem o espaço para as G sincréticas, denotando o distanciamento da realidade e a dificuldade, em comparação com os sujeitos do grupo controle, em modificar essa realidade de forma construtiva.

A grande quantidade de G sincréticas sugere que o esforço de integração, que a percepção de respostas G pressupõe, fracassa, principalmente quando parte das G sincréticas encontradas nos protocolos são resultado de combinações confabulatórias. Dos 20 sujeitos que compõe o grupo experimental, 7 apresentam respostas G resultantes de combinações confabulatórias, compreendidas como a descrição de relação insólita de elementos geralmente bem vistos na prancha (Rausch de Traubenberg, 1990); mostrando que existe uma tentativa fracassada de organização do estímulo em uma forma única e consistente, fracasso este que supõe-se também do ego em integrar os diferentes aspectos da personalidade dificultando a



superação da posição esquizo-paranóide e revelando a angústia de desintegração (Chabert, 1987).

### 4.4.3 *Determinantes*

#### 4.4.3.1 *Determinantes formais*

A forma é um dos elementos primordiais na análise dos determinantes relacionada à organização intelectual do percepto. Porém, a relação de equivalência daquilo que é percebido com a realidade é verificado no Rorschach através do F+%. O cálculo de F+% é dado de acordo com a seguinte fórmula:

$$F+\% = \frac{F+ + \frac{F\pm}{2}}{\text{Total F}} \times 100$$

Para o cálculo da F+%ext (extenso ou ampliado), acrescenta-se os determinantes no Rorschach que possuam a forma como prioritária: K, kan, FC, FE, FC', FClob.

Devido ao elevado número de respostas de determinante formal do sujeito EYH (Total F=55), a inclinação do sujeito para a formalização da percepção (F%=80%) e a qualidade formal precária de suas respostas (F+% =46%) poderia resultar em uma tendência nos resultados do GE nesta mesma direção. Para dar conta desta possibilidade, elaborou-se uma nova tabela para a análise dos índices relacionados ao uso da forma no Rorschach com os resultados dos dois grupos sem o par EYH (sujeito experimental e sujeito controle). As principais diferenças entre os resultados do GE completo e do GE sem o sujeito EYH se encontram nos valores totais (F+, F±, F- e Total F), sendo que os resultados mencionados são mais elevados no GE completo que no GE sem o par EYH. As diferenças entre GE e GC se

mantém, pois a exclusão do par EYH apenas acentua as características dos grupos da amostra quanto à análise do determinante formal.

**Tabela 20** - Respostas formais dadas pelos grupos que compõem a amostra, organizadas segundo a qualidade formal e percentuais associados.

INICIAIS	GE	F+	F+ -	F-	Total F	F%	F+%	F+%ext	GC	F+	F+ -	F-	Total F	F%	F+%	F+%ext
AA	GE01	3	1	3	7	70	50	64	GC01	5	0	0	5	50	100	81
ASL	GE02	4	3	5	12	55	46	62	GC02	4	0	1	5	45	80	88
CMR	GE03	4	1	1	6	50	75	88	GC03	8	2	2	12	46	75	87
EAS	GE04	3	0	5	8	62	38	45	GC04	4	0	1	5	28	80	60
ER	GE05	0	3	2	5	42	30	55	GC05	7	2	1	10	67	80	81
EYH	GE06	23	5	27	55	80	46	48	GC06	8	1	2	11	50	77	83
EZC	GE07	4	1	1	6	43	75	81	GC07	0	1	4	5	26	10	47
ICRC	GE08	2	1	3	6	55	42	65	GC08	7	2	2	11	73	73	73
IGS	GE09	9	1	5	15	60	63	54	GC09	4	0	3	7	41	57	38
JAD	GE10	2	3	3	8	40	44	45	GC10	3	2	1	6	55	67	67
LFO	GE11	5	2	7	14	65	43	33	GC11	5	1	2	8	42	69	79
LSFG	GE12	2	0	2	4	33	50	75	GC12	9	0	6	15	58	60	73
LPL	GE13	1	1	5	7	78	21	39	GC13	11	1	2	14	82	82	84
LSS	GE14	0	0	3	3	30	0	30	GC14	6	0	1	7	54	86	90
LVS	GE15	4	0	1	5	83	80	83	GC15	3	1	1	5	50	70	81
NBS	GE16	2	0	2	4	80	50	60	GC16	1	0	1	2	18	50	82
ROO	GE17	4	1	2	7	54	50	54	GC17	6	0	3	9	82	67	64
RS	GE18	6	2	1	9	43	78	74	GC18	1	1	2	4	27	38	60
SCSC	GE19	0	1	0	1	13	50	93	GC19	4	1	2	7	50	64	64
SSS	GE20	4	0	0	4	31	100	80	GC20	3	1	3	7	64	50	73
media						56,4	51,1	58,0	media					49,8	69,0	72,0
total		82	26	78	186				total	99	16	40	155			

**Tabela 21** - Distribuição dos grupos da amostra de acordo com os fatores relacionados ao determinante de forma pura e a comparação entre esses grupos com a organização sem o par EYH.

		Com par EYH		Sem par EYH	
		GE	GC	GE	GC
Valores totais	F+	82	99	61	91
	F±	26	16	25	15
	F-	78	40	44	38
	Total F	186	155	130	144
Percentuais	F%	56%	50%	50%	48%
	F+%	51%	69%	57%	68%
	F+%ext.	58%	72%	61%	71%

Observa-se na tabela 21 que o grupo controle apresenta um maior número de respostas bem vistas (F+) enquanto que o grupo experimental apresenta um número maior de respostas de forma indefinida (F±), quando comparado com o grupo controle: o GE apresenta 14% de respostas F± dentre o total de respostas formais, enquanto o GC apresenta 10%. O número

elevado de respostas de determinante formal indefinido sugere a dificuldade de organizar o estímulo, que dentro da teoria de interpretação do Rorschach leva a concluir que os sujeitos experimentais exercem menor domínio sobre o ambiente e são levados por este devido à dificuldade de decidir e de se colocar (Rausch de Traubenberg, 1990). O F± também pode levar à interpretação da distinção frágil entre o interno e o externo na psicose, em que a realidade objetiva e a realidade de um ego dominado pelo id se sobrepõe, formando um contexto único na tentativa de expulsar desta nova realidade as frustrações mais angustiantes (Chabert, 1987).

**Tabela 22** - Número de sujeitos de ambos os grupos que compõem a amostra (GE e GC) que encontram-se em faixas referentes à porcentagem da qualidade no controle formal (F+%)

F+%	GE	GC	F+%ext.	GE	GC
70-100	5	10	70-100	7	13
65-69		3	65-69	1	1
60-64	1	2	60-64	3	4
50-59	5	3	50-59	3	
0-49	9	2	0-49	6	2

As diferenças encontradas entre os dois grupos (GE e GC) quanto ao F+% foram mais pronunciadas, apresentando valores menos elevados no grupo experimental que no grupo controle. Em uma análise pormenorizada, o F+% é um fator relevante para a distinção entre os grupos experimental e controle, pois que 75% dos sujeitos que compõem o GE possuem F+% menor do que 60%, enquanto que apenas 25% dos sujeitos do GC têm F+% na mesma faixa. É interessante notar que o F+%ext. não distingue tão bem os dois grupos, mas ainda assim é um bom índice quando considerado como linha limite o F+%ext=70% de modo que 65% do GE encontra-se abaixo desta linha e apenas 35% do GC encontra-se nesta mesma faixa. O F+% relaciona-se à qualidade resultante do esforço intelectual no manejo da realidade, o que sugere existir a tentativa do uso do controle intelectual por parte dos sujeitos do grupo experimental mas cujo desempenho é ineficaz (Rausch de Traubenberg, 1990). Os sujeitos do

GE possuem uma dificuldade maior que os sujeitos do GC nas mediações intelectuais do mundo interno com o mundo externo, o que se traduz por delírios, alucinações, ideações paranóides, uso de lógica arbitrária, bizarria e pensamento concreto.

O  $F+<70\%$  não foi significativo para a diferenciação dos dois grupos que compõem o estudo, porém o  $F+<60\%$  alcançou significância estatística com p-valor de 0,014.

#### 4.4.3.2 Determinantes cinestésicos

A atenção que se dá às cinestésias é que elas implicam necessariamente em acréscimo pessoal para a formação da percepção, visto que as manchas de tintas não possuem movimento intrínseco. Os determinantes cinestésicos são: K, cinestesia de humanos inteiros em D ou G; kan, cinestesia de animais em que o movimento é ativo; kob, movimento que parte de objetos; kp, movimento de partes humanas ou de percepção humana inteira em Dd.

**Tabela 23** - Distribuição de determinantes cinestésicos nos dois grupos que compõem a amostra.

INICIAIS		K	kan	kob	kp		K	kan	kob	kp
AA	GE01	0	1	0	0	GC01	2	0	0	0
ASL	GE02	1	0	1	0	GC02	2	1	1	0
CMR	GE03	2	1	0	0	GC03	2	1	2	1
EAS	GE04	0	3	0	1	GC04	3	5	0	0
ER	GE05	0	2	0	0	GC05	2	1	2	0
EYH	GE06	0	4	0	1	GC06	2	3	1	0
EZC	GE07	2	4	0	1	GC07	1	2	0	0
ICRC	GE08	0	3	2	0	GC08	1	1	0	0
IGS	GE09	6	0	1	0	GC09	1	0	0	0
JAD	GE10	2	8	0	0	GC10	2	1	0	0
LFO	GE11	1	0	0	0	GC11	4	2	1	0
LFSG	GE12	3	4	0	0	GC12	4	2	0	1
LPL	GE13	0	2	0	0	GC13	0	0	0	0
LSS	GE14	1	0	1	0	GC14	3	0	0	0
LVS	GE15	1	0	0	0	GC15	1	2	0	0
NBS	GE16	0	1	0	0	GC16	3	2	0	0
ROO	GE17	1	0	0	0	GC17	0	1	0	0
RS	GE18	4	4	0	0	GC18	0	4	0	0
SCSC	GE19	1	4	0	0	GC19	1	5	1	0
SSS	GE20	7	2	1	0	GC20	1	2	0	0
	media	1,6	2,1	0,3	0,1	media	1,8	1,8	0,4	0,1
	total	32	43	6	3	total	35	35	8	2

O K é menos freqüente no GE que no GC, ainda que esta diferença seja pequena; porém a porcentagem de sujeitos do GE que não apresentam respostas K é de 35% para 15% do grupo controle, além de 31% das K produzidas pelo GE terem má qualidade formal. As explicações podem ser diversas e dentre elas se incluem uma menor maturidade dos sujeitos do GE, dificuldade de identificarem-se com o humano e menor capacidade para a empatia (Rausch de Trautenberg, 1990), desinteresse aparente por outras pessoas (Gabbard, 1994) e diferenças no nível sócio-demográfico dos dois grupos – conforme Pasion (2000), há diferenças significativas no número de respostas K entre diferentes níveis sócio-econômicos.

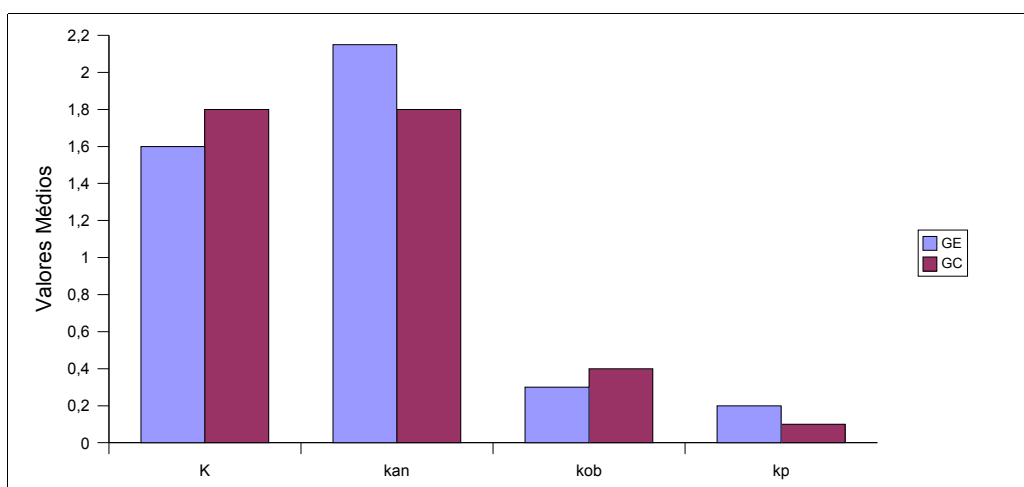
Porém, como significação geral, cabe relacionar as K com a existência de um espaço psíquico ou espaço transicional (Chabert, 1987). A K implica necessariamente em projeção e na elaboração dessa projeção através do trabalho de conteúdos psíquicos em um espaço que permita a criação e o lúdico; esse espaço é a distância entre o estímulo e o desejo, um campo intermediário e livre de solicitações imediatas e da invasão das sensações. No caso de alguns sujeitos do grupo experimental, há pouca margem para este espaço de criação, concomitante à dificuldade em estabelecer relações empáticas com outras pessoas. Em outros casos o que aparece é o pensamento delirante, o espaço imaginativo que não corresponde à realidade nem compartilha do senso comum, associado às K- (31% das respostas K do GE foram de forma mal vista).

As cinestésias menores geralmente são analisadas junto às K, pois devem, no curso do desenvolvimento normal, dar lugar às cinestésias maiores. Porém, são atribuídas significações diferentes para cada uma das cinestésias menores, sendo as kan relacionadas à imaturidade afetiva, as kp ao recalçamento e as kob à impulsos explosivos e inadaptados (Rausch de Trautenberg, 1990).

As respostas kan são aparentemente mais freqüentes no GE, porém a diferença se deve à presença de um grande número de respostas kan do sujeito JAD (GE10); caso exclua-se o par JAD, não há diferenças entre os dois grupos. Um outro fator que leva à conclusão de que o

número de respostas kan não é representativo para as diferenças entre os dois grupos se remete ao fato de que uma quantidade semelhante de sujeitos de cada grupo não apresentam respostas kan – 14 sujeitos do GE apresentam respostas kan, assim como 16 sujeitos do GC apresentam respostas kan.

**Gráfico 5:** Comparação entre as médias obtidas do GE e GC para os determinantes cinestésicos



Quanto ao kob e ao kp, não aparecem diferenças quantitativas quanto aos dois fatores nos dois grupos estudados.

A proporção  $x \cdot K : y \cdot k$ , sendo  $k = kan + kob + kp$ , é de  $1,6 K : 2,6 k$  no grupo experimental e de  $1,8 K : 2,3 k$  no grupo controle. Porém retirando-se o sujeito JAD, a diferença entre os grupos quanto à proporção  $K : k$  é mínima.

#### 4.4.3.3 Determinantes sensoriais

Os determinantes sensoriais incluem as respostas com o determinante de cor cromática (C, CF e FC), cor acromática (C', C'F, FC'), tonalidade (E, EF e FE) e claro-escuro com tonalidade disfórica (Clob, ClobF, FClob). Para a análise dos dados, as respostas de cor

artificial (€E, €EF e €E) foram incluídas no grupo das respostas de determinante de cor (C, CF e FC).

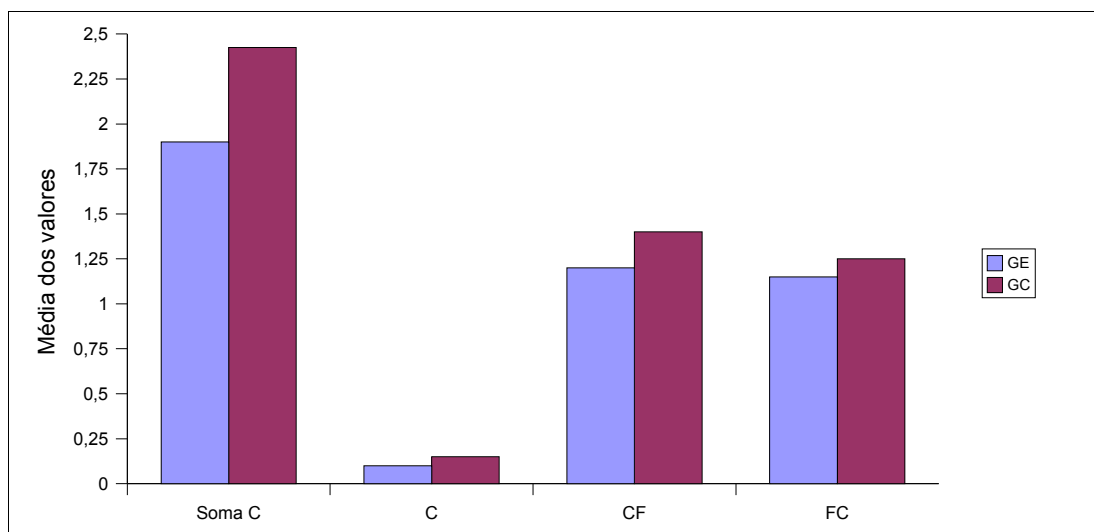
### ***Determinante C***

A somatória de C é ponderada, através do cálculo:

$$\text{SomaC} = 1,5 \times C + CF + 0,5 \times FC$$

Deste modo o determinante formal associado à cor possui peso diferente caso seja prioritário ou secundário e um peso maior é dado ao determinante de cor quando aparece na sua forma pura.

**Gráfico 6:** Média da somatória e dos valores das respostas com determinante de cor nos protocolos dos dois grupos que compõem a amostra



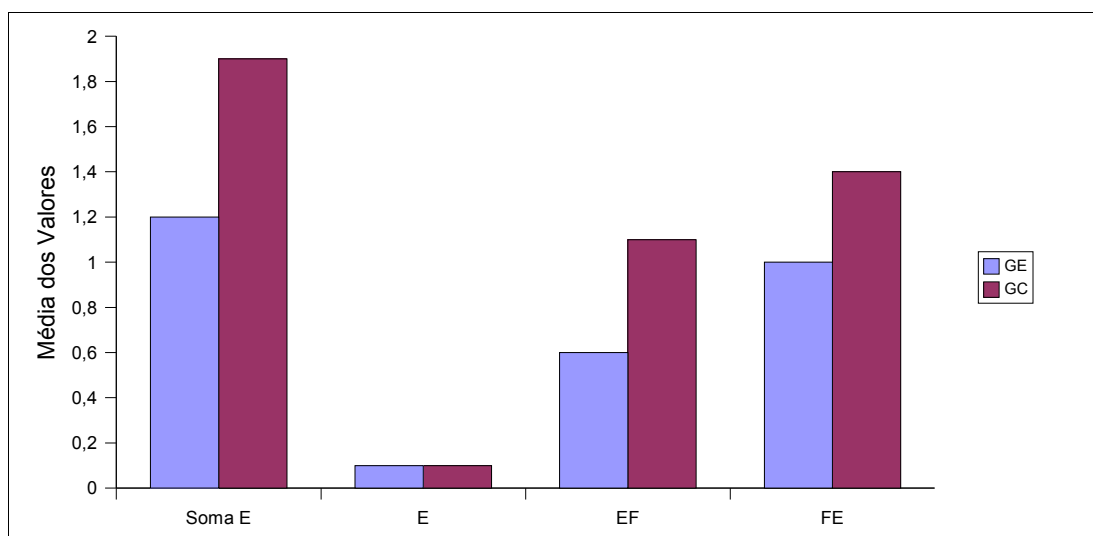
As diferenças entre os dois grupos no que se refere à presença de cor pura e de cor nomeada não é significativa, pois apenas um sujeito em toda a amostra apresentou resposta de cor nomeada (GC18) e apenas três sujeitos apresentaram resposta de cor pura sendo dois do grupo experimental e um do grupo controle (GE 07, GE12 e GC03). As respostas de cor pura e mesmo as respostas de cor nomeada são muito raras, portanto, numa amostra pequena como a do presente projeto é compreensível tais respostas não terem surgido em um número maior.

Quanto às respostas de cor associadas à forma, seja esta prioritária ou secundária, o GE apresentou quantidade menor que o GC de respostas com estes determinantes.

As respostas cor são associadas por muitos autores à expressão do afeto e, como os demais estímulos sensoriais, não há esforço para sua elaboração visto que o indivíduo não provoca a sensação mas se submete a ela (Rausch de Traubenberg, 1990). Sua quantidade reduzida no GE (o GE apresentou a  $\Sigma C$  de 38, 20% menor em relação ao GC, cuja somatória bruta de C foi 48,5) pode indicar a tendência de alguns dos sujeitos experimentais ao embotamento afetivo, sintoma que aparece especialmente na esquizofrenia e nos transtornos de mesma natureza.

### ***Determinante E***

**Gráfico 7:** Média da somatória e dos valores das respostas com determinante de tonalidade (*estompagem*) nos protocolos dos dois grupos que compõem a amostra



Os determinantes de tonalidade possuem as mais diversas interpretações e são separados qualitativamente em três categorias: respostas de textura, de difusão e de perspectiva; porém esta divisão não foi realizada na presente análise. As respostas de textura são aquelas cujo conteúdo da tonalidade associa-se ao tato e a interpretação se refere justamente à busca do contato, remetendo aos cuidados da primeira infância, no tocar e ser



tocado. As respostas de difusão geralmente aparecem ligadas a conteúdos de formas imprecisas ( $F\pm$ ) e relacionam-se à fragilidade da identidade representada pelas imagens de limites tênues e diluídas em que fica difícil diferenciar onde está o eu e onde está o outro. Já as respostas de perspectiva associam-se à insegurança por tratar de um posicionamento do sujeito perante suas exigências ideais, é o sentimento de ser cobrado de resultados que não se sente capaz de corresponder; nas pessoas com sintomas psicóticos sugere bom prognóstico pois indica que o paciente percebe suas dificuldades em relação aos demais (Anzieu, 1978).

A SomaE (somatória de E) é obtida através de um cálculo semelhante ao realizado para os determinantes de cor.

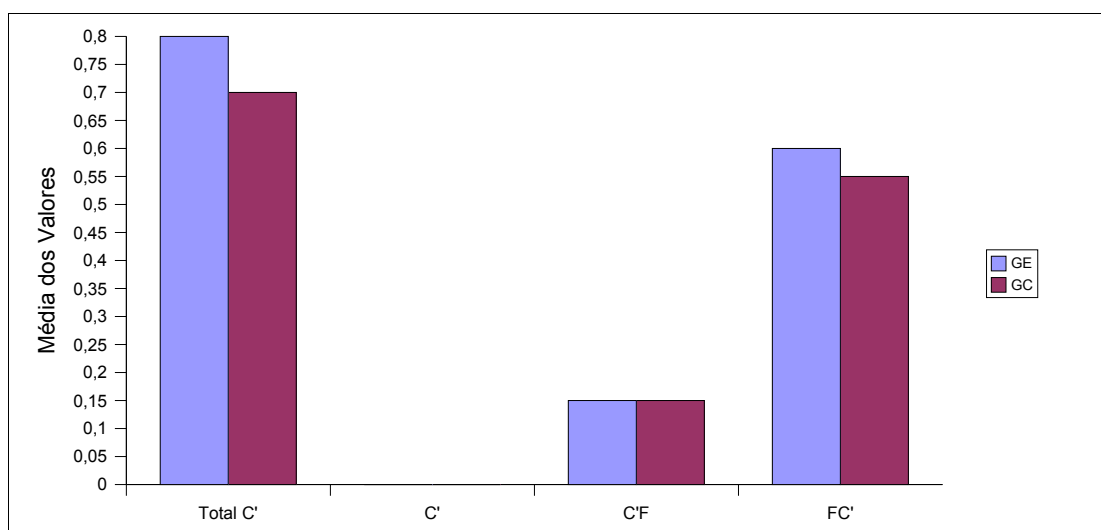
Através do gráfico 7 é possível notar que há uma tendência menor no GE de apresentar respostas de tonalidade que no GC, sendo a somatória de E um fator significativo para a distinção dos grupos GE e GC com p-valor de 0,031. As respostas de tonalidade pura são muito raras e, para o tamanho da amostra deste estudo (N=40), não é possível fazer uma análise de sua frequência. Portanto, as diferenças entre os dois grupos aparecem nas respostas de determinante de tonalidade que estejam associadas à forma, seja esta primária ou secundária ao determinante de tonalidade; porém, para melhor compreender a dinâmica subjacente a estas diferenças seria necessário pormenorizar as diferentes respostas de tonalidade. Uma sugestão para a interpretação geral das respostas E é que para a percepção da tonalidade é necessária a atenção pormenorizada no estímulo para que estas sejam percebidas (Rausch de Traubenberg, 1990), portanto, uma das possíveis explicações para o número dispar de respostas de tonalidade entre os dois grupos seria relacionada à dificuldade de manter a atenção, presente nas pessoas com transtornos de sintomatologia psicótica (American, 2000).

### ***Determinante C'***

De modo geral não aparecem diferenças entre os dois grupos (GE e GC) quanto aos determinantes acromáticos apesar da presença de C' aparecer na literatura associada a

tendências depressivas, no caso dos tons negros e acinzentados (Rausch de Traubenberg, 1990). Grande parte da amostra compõem-se de pessoas com Transtornos de Humor que são quadros depressivos e, mesmo na descrição da esquizofrenia e dos transtornos associados, há a referência na literatura psiquiátrica de presença de sintomas depressivos (American, 2000); portanto, o fato de não aparecerem diferenças quantitativas relativas aos determinantes acromáticos precisa ser explicada de outra forma. Não há referência na literatura da relação entre C' e a psicose, o que leva a crer que os sintomas depressivos aos quais se referem a literatura psiquiátrica são diferentes do estado ansioso descrito na literatura sobre o C' no Rorschach. A justificativa para o número equivalente de determinantes C' em ambos os grupos é incerta, porém esta semelhança sugere que eles não estão associados à sintomatologia psicótica.

**Gráfico 8:** Média da somatória e dos valores das respostas com determinante de cor monocromáticas nos protocolos dos dois grupos que compõem a amostra

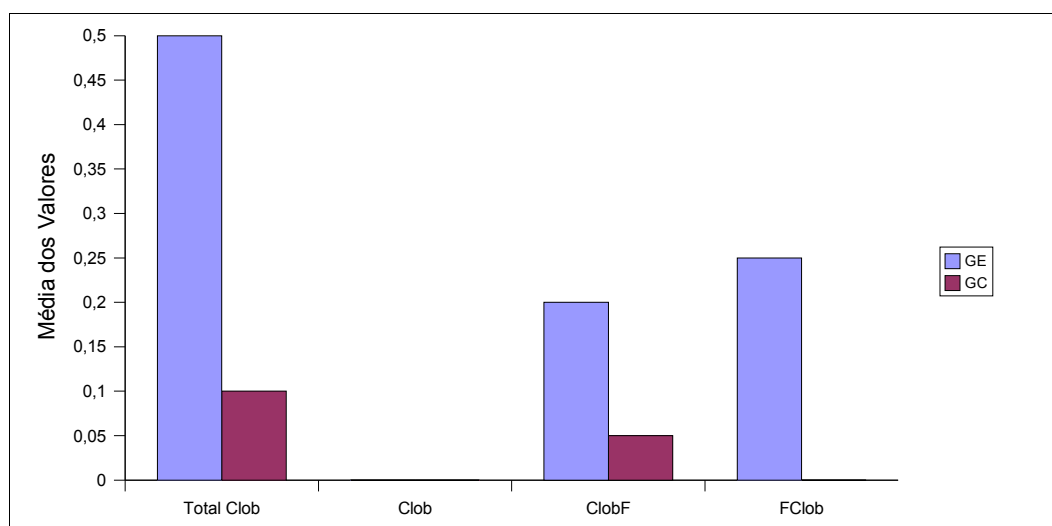


### ***Determinante Clob***

As diferenças entre os dois grupos no que se refere aos Clob referem-se ao determinante disfórico quando associado à forma, principalmente FClob. O determinante

FClob está presente em quatro dos sujeitos experimentais enquanto que não há nenhum participante do GC que tenha apresentado respostas com este determinante. Já no caso do ClobF a média dos valores é superior no grupo experimental porque o participante LFO sozinho apresentou 3 das 4 respostas do GE com esse determinante. O Clob na análise do Rorschach é associado a uma grande carga ansiosa que é projetada no estímulo e relaciona-se a conteúdos fóbicos. No caso das respostas Clob com determinante formal prioritário, o que se estabelece é a tentativa de organizar uma angústia arcaica, geralmente associada às fantasias infantis. (Rausch de Traubenberg, 1990).

**Gráfico 9:** Média da somatória e dos valores das respostas com determinante de claro-escuro dos dois grupos



**Tabela 23** - Comparação da quantidade de respostas sensoriais e valores médios obtidos para os dois grupos.

Determinantes	GE		GC	
	média	total	média	total
C	0,1	3	0,2	2
CF	1,2	28	1,5	24
FC	1,2	25	1,2	23
E	0,1	1	0,1	2
EF	0,6	12	1,1	22
FE	1,0	20	1,4	27
C'	0,0	0	0,0	0
C'F	0,2	3	0,2	3
FC'	0,6	12	0,6	11
Clob	0,0	0	0,0	0
ClobF	0,2	4	0,1	1
FClob	0,3	5	0,0	0

#### 4.4.4 Conteúdos

##### Conteúdos A

A presença de respostas animais é associada na literatura à capacidade do indivíduo de criar estereótipos, com pouca necessidade de reflexão. Caso seja elevado, associa-se à dispersão do pensamento, ao distanciamento do senso comum, imaginação criadora ou talvez autística, implicando em recusa das tarefas quotidianas (Rausch de Traubenberg, 1990).

Na presente pesquisa, o percentual de respostas animais (A%) alcançou significância estatística (p-valor = 0,020) encontrando-se menor nas pessoas do GE; reforçando as hipóteses de que as pessoas com sintomas psicóticos tendem menos à formação de estereótipos em comparação com os sujeitos do grupo controle.

**Tabela 25** - Respostas de conteúdo animal apresentadas pelos participantes de cada grupo da amostra

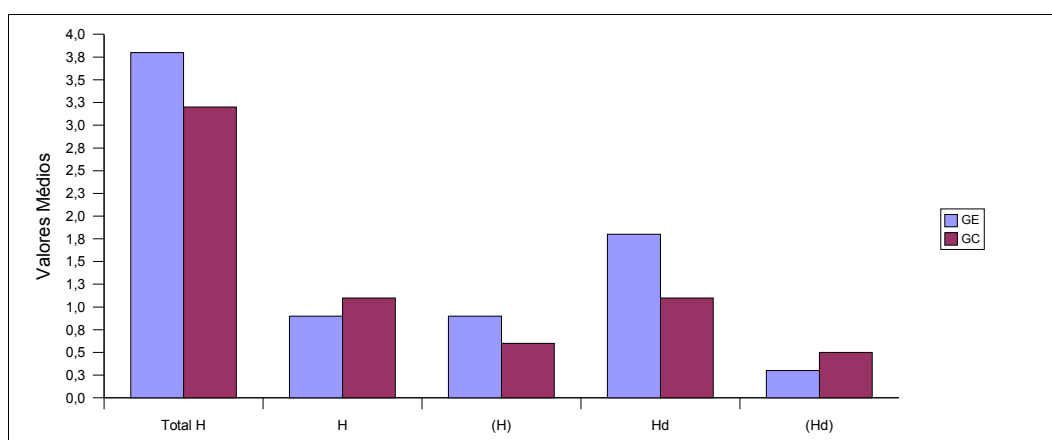
INICIAIS	GE	A	(A)	Ad	(Ad)	(AH)	Total A	A%	GC	A	(A)	Ad	(Ad)	(AH)	Total A	A%
AA	GE01	1	1	1	0	0	3	30	GC01	3	0	1	0	0	4	40
ASL	GE02	5	1	2	0	0	8	36	GC02	3	0	0	0	0	3	27
CMR	GE03	5	0	0	1	0	6	50	GC03	5	1	1	1	0	8	31
EAS	GE04	4	1	0	0	0	5	38	GC04	5	2	2	0	1	10	56
ER	GE05	6	1	0	0	0	7	58	GC05	5	0	1	0	0	6	40
EYH	GE06	18	2	9	1	0	30	43	GC06	8	0	3	0	0	11	50
EZC	GE07	4	2	0	0	0	6	43	GC07	4	0	0	0	0	4	21
ICRC	GE08	5	0	0	0	0	5	45	GC08	11	0	0	0	0	11	73
IGS	GE09	4	0	1	0	0	5	20	GC09	5	0	3	0	0	8	47
JAD	GE10	11	0	0	0	0	11	55	GC10	5	0	0	0	0	5	38
LFO	GE11	4	2	4	2	0	12	48	GC11	4	0	1	0	0	5	26
LFSG	GE12	3	4	1	0	0	8	67	GC12	9	1	2	0	0	12	46
LPL	GE13	3	0	0	0	0	2	33	GC13	5	0	2	0	0	7	41
LSS	GE14	0	3	0	0	0	3	30	GC14	4	1	0	1	0	6	55
LVS	GE15	3	0	0	0	0	3	50	GC15	5	4	0	0	1	10	100
NBS	GE16	3	0	1	0	0	4	80	GC16	4	1	1	1	0	7	64
ROO	GE17	7	0	0	0	0	7	54	GC17	10	0	1	0	0	11	100
RS	GE18	7	2	2	0	1	12	57	GC18	7	1	1	0	0	9	60
SCSC	GE19	5	0	0	0	0	5	63	GC19	11	0	3	0	0	14	100
SSS	GE20	3	1	0	0	3	7	54	GC20	4	1	0	2	0	7	64
media		5,0	1,0	1,0	0,2	0,2	7,4	45		5,9	0,6	1,1	0,3	0,1	7,9	51
total		101	20	21	4	4	149			117	12	22	5	2	158	

### **Conteúdos H**

As respostas de conteúdo humano remetem à problemática da identidade, pois implica ter o conceito de humano no imaginário e na capacidade de identificar-se como tal; pode estar associada à capacidade de tomar consciência de si mesmo e, em outros casos, pode associar-se à preocupação com o contato (Rausch de Traubenberg, 1990).

Não apareceram diferenças significativas quanto ao percentual de respostas com conteúdos humanos entre os grupos que compõem a amostra, tendo em vista que as principais diferenças são anuladas com a retirada dos dados do sujeito EYH (GE06) que sozinho produziu 18 respostas Hd. Contudo, aparecem diferenças qualitativas relacionadas à produção de respostas humanas inteiras.

**Gráfico 10** – Valores médios das respostas de conteúdo humano no GE e GC



A simples presença das respostas H é um dado importante, pois sugere a capacidade do sujeito de se identificar com o humano e reconhecer-se como membro da espécie, associado à capacidade de empatia; no GE o número de indivíduos que não apresentaram respostas H foram 8, enquanto no GC foram 5. A prova de limite foi realizada no caso do sujeito não apresentar respostas H ou (H) no decorrer da aplicação e, dos 5 sujeitos do GE nos quais foi feita a prova de limite, apenas um percebeu uma figura humana na prancha III e ainda assim

em um Dd; enquanto que, dos 4 sujeitos do grupo controle nos quais foi feita a prova de limite, 3 viram a figura humana banal na prancha III.

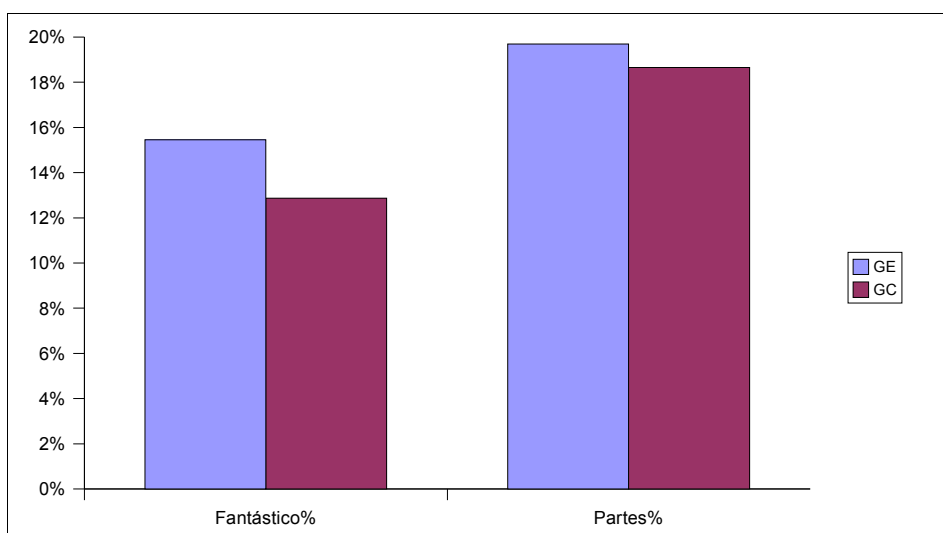
**Tabela 26** - Distribuição, segundo os grupos que compõem a amostra, dos sujeitos que não apresentaram respostas humanas no Rorschach

	GE	GC
Sem respostas H	8	5
Sem respostas H ou (H)	5	4
Sem resposta H após prova de limite	4	1

### *Conteúdos Fantásticos e de Partes*

Devido à possibilidade das respostas de conteúdo fantástico se associarem aos sintomas delirantes e às alucinações, foi criado o índice Fantástico%, que é composto por (A), (Ad), (H), (Hd) e (AH). De forma análoga, para verificar a possibilidade das respostas de conteúdo parcial se relacionarem à dificuldade de estabelecer uma representação inteira de si que poderia estar associada à angústia de despedaçamento da estrutura psicótica, foi criado para esta pesquisa o índice Partes%, composto por Ad, (Ad), Hd, (Hd).

**Gráfico 11** - Distribuição das respostas de conteúdo fantástico e respostas de partes entre os grupos.



Fantástico% e Partes% possuem valores próximos no GE e no GC, diferente da hipótese inicial de que a porcentagem de respostas de conteúdo fantástico e a porcentagem de respostas de partes seriam mais elevadas no GE. Concluindo-se que o Fantástico% e o Partes% não foram fatores discriminantes para os grupos GE e GC.

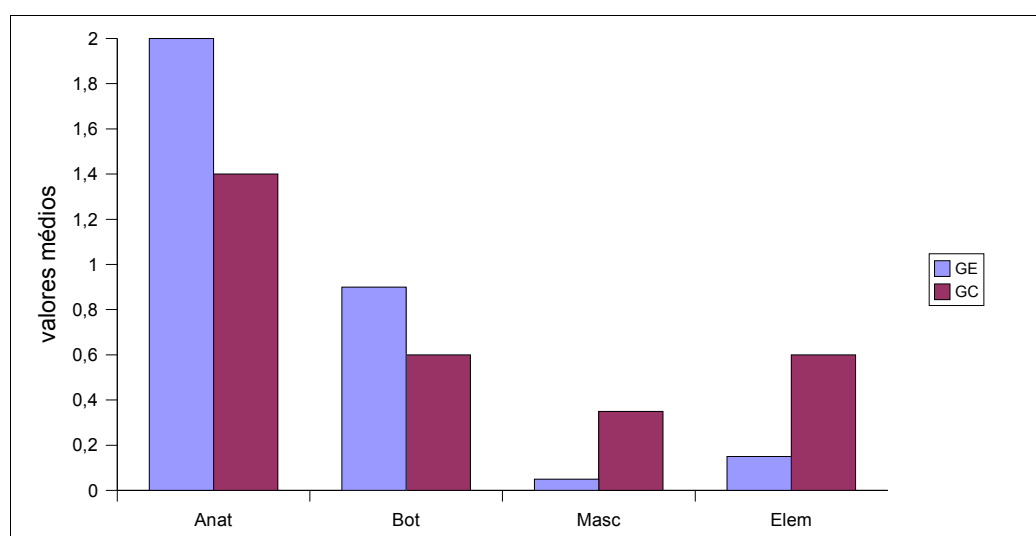
### ***Outros Conteúdos***

**Tabela 27:** Diferença entre grupos experimental e controle dos valores brutos das respostas de conteúdos não animal e não humano.

	Anat	Bot	Abstr	Obj	Vest	Simb	Alim	Arq	Arte	Paisag	Geo	Sg	Sexo	Frgm	Másc	Elem
<b>GE</b>	40	18	8	23	4	8	4	4	5	11	4	3	0	10	1	3
<b>GC</b>	28	12	4	19	1	5	2	3	4	10	3	3	0	12	7	12
<b>GE-GC</b>	12	6	4	4	3	3	2	1	1	1	1	0	0	-2	-6	-9

Os participantes do GE apresentaram mais respostas de anatomia e botânica e menos respostas de elemento e máscara que os sujeitos do GC.

**Gráfico 12:** Comparação entre a média dos valores encontrados para os conteúdos de anatomia, botânica máscara e elemento\*, para cada um dos grupos que compõem a amostra



\* Conteúdos cujo módulo da diferença entre GE e GC é maior que 10% do N da pesquisa.

**Tabela 28:** Distribuição dos conteúdos não animais e não humanos nos grupos GE e GC

INICIAIS	GE	Anat	Bot	Abstr	Obj	Vest	Simb	Alim	Arq	Arte	Paisag	Geo	Sg	Sexo	Frgm	Masc	Elem	GC	Anat	Bot	Abstr	Obj	Vest	Simb	Alim	Arq	Arte	Paisag	Geo	Sg	Sexo	Frgm	Masc	Elem		
AA	SE01	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC01	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0		
ASL	SE02	0	0	1	3	0	1	1	2	1	4	1	0	0	1	0	0	SC02	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
CMR	SE03	0	3	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC03	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	7	0	
EAS	SE04	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	SC04	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
ER	SE05	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	SC05	0	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	
EYH	SE06	11	2	0	3	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	SC06	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	
EZC	SE07	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	SC07	10	2	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
ICRC	SE08	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	SC08	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
IGS	SE09	3	3	0	5	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	SC09	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	
JAD	SE10	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	SC10	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	
LFO	SE11	3	0	0	1	0	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	0	SC11	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	
LPL	SE12	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC12	0	2	0	1	1	2	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	
LSFG	SE13	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	SC13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
LSS	SE14	0	2	1	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	SC14	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	
LVS	SE15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
NBS	SE16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
ROO	SE17	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	SE18	1	0	3	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	SC18	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	
SCSC	SE19	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	SC19	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	
SSS	SE20	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	SC20	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Total	40	18	8	23	4	8	4	4	5	11	4	3	0	10	1	3	Total	28	12	4	19	1	5	2	3	4	10	3	3	0	12	7	12	0		
Média	2,0	0,9	0,4	1,2	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3	0,6	0,2	0,2	0,0	0,5	0,1	0,2	Média	1,4	0,6	0,2	1,0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,5	0,2	0,2	0,0	0,6	0,4	0,6	0		



É freqüente na literatura a menção das respostas de conteúdo anatômico associadas à esquizofrenia e à desorganização psicótica. A presença das respostas de conteúdo anatômico nos protocolos do GE pode estar relacionada à dificuldade de estabelecer limites mais precisos entre o dentro e fora, resultando em representações de uma imagem corporal sem um envelope continente, associada à angústia de despedaçamento (Chabert, 1987).

A interpretação de respostas de botânica é análoga à dos A, relacionada à estereotipia do pensamento, porém com um sentido mais infantil (Anzieu, 1961). No caso dos sujeitos do grupo experimental que apresentam uma quantidade maior de respostas Bot., supõe-se que estas substituem em parte o papel das respostas A nos protocolos.

As respostas de máscara são nulas no GE e aparecem com freqüência no GC. A partir do significado simbólico atribuído a estas respostas, pode-se supor que haveria, por parte dos sujeitos do grupo controle, a necessidade ocultar a verdadeira personalidade (Anzieu, 1961); enquanto que, no grupo GE, se poderia inferir que esta preocupação com a imagem socialmente mais aceitável não está presente (Gabbard, 1994).

No caso das respostas de elemento, a diferença entre os grupos é mais aparente que real, pois há um sujeito (GC03) que elaborou 7 respostas com estes conteúdos.

### ***Índice de Angústia***

O agrupamento de alguns conteúdos dá origem ao índice de angústia, que é calculado segundo a fórmula:

$$\text{Índice de Angústia} = \frac{(\text{Hd} + \text{Anat} + \text{Sg} + \text{Sexo}) * 100}{\text{R}}$$

Contudo, é preciso cautela, visto que a angústia pode se manifestar de diferentes maneiras em cada indivíduo e limitar a angústia humana a um denominador comum seria um erro. O índice de angústia agrupa as respostas cujos conteúdos denotam a atuação de uma ansiedade crua durante a atividade proposta no Rorschach, sugerindo um estado de angústia mais

exacerbado, principalmente ligada a dificuldade na integração corporal e no processo de identificação primária. No presente estudo, este índice é maior para o GE e sugere um incremento na intensidade da angústia patológica destes sujeitos em comparação com o GC.

**Tabela 29** - Distribuição do índice de angústia de acordo com os grupos participantes da amostra.

<b>INICIAIS</b>	<b>GE</b>	<b>IndAng</b>	<b>GC</b>	<b>IndAng</b>
AA	SE01	70	SC01	0
ASL	SE02	0	SC02	9
CMR	SE03	8	SC03	0
EAS	SE04	31	SC04	28
ER	SE05	17	SC05	20
EYH	SE06	40	SC06	14
EZC	SE07	29	SC07	58
ICRC	SE08	27	SC08	20
IGS	SE09	16	SC09	35
JAD	SE10	5	SC10	0
LFO	SE11	29	SC11	21
LPL	SE12	67	SC12	47
LSFG	SE13	17	SC13	8
LSS	SE14	0	SC14	0
LVS	SE15	33	SC15	0
NBS	SE16	20	SC16	9
ROO	SE17	15	SC17	0
RS	SE18	10	SC18	0
SCSC	SE19	13	SC19	7
SSS	SE20	0	SC20	18
<b>média</b>		23%		16%

#### 4.4.5 *Banalidade*

A interpretação das respostas banais, devido ao critério de frequência utilizado para sua designação, relaciona-se com o processo de socialização, por ter em si uma representação daquilo que é o senso comum. As repostas banais também se associam àquilo que está evidente e portanto são respostas de forma bem vista, em recortes mais frequentes e, portanto, não exigem muito esforço para serem elaboradas, dado que o estímulo as favorece. Para este

estudo foram consideradas respostas banais somente aquelas que corresponderam de forma precisa às Ban descritas no estudo normativo (Pasian, 2000).

**Tabela 30** - Distribuição de respostas banais de acordo com os grupos participantes da amostra.

INICIAIS		Banal		Banal
AA	GE01	2	GC01	3
ASL	GE02	4	GC02	4
CMR	GE03	3	GC03	2
EAS	GE04	0	GC04	1
ER	GE05	0	GC05	3
EYH	GE06	2	GC06	4
EZC	GE07	2	GC07	1
ICRC	GE08	2	GC08	3
IGS	GE09	2	GC09	1
JAD	GE10	3	GC10	2
LFO	GE11	3	GC11	3
LFSG	GE12	5	GC12	5
LPL	GE13	0	GC13	1
LSS	GE14	0	GC14	2
LVS	GE15	3	GC15	1
NBS	GE16	2	GC16	3
ROO	GE17	3	GC17	2
RS	GE18	3	GC18	2
SCSC	GE19	4	GC19	2
SSS	GE20	1	GC20	1
media		2,2		2,4
soma		44		46

As diferenças entre os valores obtidos pelos grupos são mínimas. Porém, uma diferença possível de salientar é que no GE quatro sujeitos não deram respostas banais, enquanto todos os sujeitos do grupo controle apresentaram ao menos uma resposta banal. A ausência de respostas banais um indicador a ser considerado, visto que sugere o distanciamento da realidade objetiva, mais especificamente, da percepção e dos valores socialmente compartilhados, dificultando a manutenção de padrões de conduta socialmente adequados.

#### ***4.4.6 Diferenças entre Transtornos de Personalidade e Transtornos de Humor***

Neste estudo procurou-se investigar se haveriam diferenças significativas entre os subgrupos que compõem o GE, pessoas com Transtornos de Personalidade e pessoas com Transtornos de Humor, no que concerne aos seguintes fatores do Rorschach: R, Recusas, Negações, G%, D%, G>D, G-, F%, F+%, K, k, K<k, Somatória de C, Somatória de E, número de respostas com Clob, A%, H%, H=0, índice de angústia e número de respostas banais. Os resultados obtidos não apontaram quaisquer diferenças significativas entre os dois subgrupos.

## 5 CONCLUSÕES

Através da análise quantitativa do Rorschach foi possível encontrar índices que diferenciam os dois grupos que compõem a amostra, havendo correspondências entre a literatura consultada e os resultados da presente pesquisa.

A distinção entre GE e GC foi possível através da utilização do modelo logístico, das médias grupais e através da atribuição de índices cuja distribuição é distinta entre os sujeitos de cada grupo. Como a análise realizada dos resultados privilegiou os fatores quantitativos, as observações que se seguem sobre o funcionamento psicótico referem-se à análise do grupo experimental como um conjunto, na tentativa de compreender melhor o pensamento de indivíduos com sintomas psicóticos de primeira admissão em instituições de saúde.

Foi possível diferenciar os grupos experimental em relação ao grupo controle quanto aos seguintes fatores do Rorschach discriminados abaixo, estando em destaque aqueles que alcançaram significância estatística :

- . quantidade de recusas e negações elevada;
- . quantidade de respostas adicionais elevada;
- . média do tempo de latência menor;
- . percentual de G elevado e percentual de D rebaixado;
- . percentual de respostas formais bem vistas abaixo de 60%;
- . quantidade maior de respostas de forma indefinida;
- . somatória de respostas cor rebaixada;
- . somatória de respostas de tonalidade rebaixada;
- . quantidade maior de respostas com determinante claro-escuro;
- . grande quantidade de respostas de cinestesia humana mal vista;
- . percentual de respostas animais rebaixado;

- . ausência de respostas de conteúdo humano inteiro em alguns protocolos;
- . quantidade maior de respostas de anatomia;
- . quantidade maior de respostas de botânica;
- . quantidade menor de respostas de máscara;
- . índice de angústia elevado;
- . ausência de banalidades em alguns protocolos.

Os participantes que compõem o grupo experimental apresentaram características nos protocolos que remetem a dificuldades no contato com o real e na convivência em sociedade quando comparados com o grupo controle.

O Rorschach possibilita analisar algumas características desta frágil relação entre o paciente com sintoma psicótico e a realidade externa, a começar pela própria situação de aplicação do método. A quantidade de recusas e negações é elevada, sugerindo que a tarefa que o Rorschach propõe, de contextualizar um estímulo ambíguo através do processo perceptivo, é por si só um desafio. O impacto da tarefa resulta na dificuldade de elaborá-la durante a fase de fala espontânea, promovendo o grande número de respostas adicionais na fase de inquérito, quando o sujeito teve um período maior para organizar o estímulo e diminuir a ansiedade que fora despertada de início.

A quantidade significativamente rebaixada de respostas de tonalidade evidencia problemas de manutenção da atenção e de continuidade do raciocínio para o sujeito com sintomas psicóticos em início de tratamento. O baixo tempo de latência, juntamente com a grande quantidade de recusas e respostas adicionais complementam a interpretação das respostas E, sugerindo que o sujeito do grupo experimental não toma o tempo para pensar sobre o estímulo e organizá-lo; sua atuação é mais imediata demonstrando que a dificuldade não é superada e a ansiedade que a situação desperta não dá espaço para que o pensamento se organize antes de responder. A resposta é emitida, mas não elaborada: o trabalho de

construção do percepto se confunde com o próprio resultado deste processo, tendo como consequência o prejuízo na elaboração do percepto, dado pela quantidade elevada de respostas mal vistas e indefinidas.

No Rorschach, a congruência na percepção do estímulo é principalmente fornecida pelo F+%, que alcançou significância estatística para diferenciação dos protocolos do grupo controle e experimental no limite de 60%. Os sujeitos da pesquisa apresentam chance maior de pertencer ao grupo experimental caso o F+% seja menor que 60%, diferente do limite de 70% encontrado na literatura sobre o Rorschach de orientação francesa. O uso do determinante formal é associado ao controle intelectual e, no caso dos sujeitos do grupo experimental, eles tentam exercer esse controle, visto que o F% encontrado para o grupo experimental e grupo controle possuem valor semelhante. O desvio, porém, encontra-se na qualidade desse controle, dada pelo F+%. O controle intelectual dos indivíduos do grupo experimental é ineficaz, resultando em uma percepção que não corresponde à realidade, como sugere a grande quantidade de respostas de forma mal vista. O F+% não está apenas relacionado ao esforço intelectual, mas também ao estado afetivo, sendo associado de um modo geral à força do ego, que justamente trata da mediação entre a realidade externa e interna. A qualidade da forma no Rorschach trata do resultado do processo perceptivo na interlocução entre estímulo e conteúdos internos, sendo a aproximação com o estímulo cotada como positiva e o distanciamento do estímulo cotado como negativo. O ego é o responsável por essa mediação na dinâmica do aparelho psíquico, na tentativa de reprimir os impulsos do id e manter o vínculo com a realidade externa. O F+% rebaixado remete à possibilidade deste vínculo estar prejudicado, revelando um ego fragilizado que cede às exigências do id, distanciando-se do real. Tal como a teoria psicanalítica sugere, esse vínculo nunca se desfaz completamente, e nos protocolos o mesmo acontece: são raríssimos os protocolos que não tenham ao menos uma resposta de determinante formal bem visto.

A dificuldade no contato com o real que transparece nos protocolos das pessoas com sintomas psicóticos se estende ao relacionamento social. O F+% rebaixado é novamente um exemplo, bem como a ausência de banalidades, a menor quantidade de D, o percentual de A, a má qualidade das cinestésias de figuras humanas inteiras, a ausência de figuras humanas inteiras em alguns protocolos, menor frequência no aparecimento das respostas de máscara, sendo todos estes fatores do Rorschach associados à capacidade de socialização. O critério estatístico intrínseco à cotação das F+, D e Ban., remete ao que a maioria percebe a partir das manchas do teste, e daí sua associação com o senso comum. A quantidade reduzida desses fatores nos protocolos dos sujeitos do grupo experimental sugere o distanciamento daquilo que é comumente percebido, pela introjeção inadequada de estereótipos e conseqüente dificuldade de compartilhar de valores socialmente estabelecidos e de adaptar-se à rotina. A dificuldade para criação de estereótipos, assim como o distanciamento da rotina é um resultado acentuado pelo rebaixamento estatisticamente significativo de A% no grupo experimental em relação ao grupo controle. Apesar da frequência maior dos sujeitos experimentais em produzir respostas de botânica, esta possui um valor mais regredido que as A. O significado da baixa frequência das respostas de máscara coincide com esse afastamento da conduta social pois trata da exposição da personalidade sem critério, visto que o sujeito não se preocupa com sua imagem perante os demais. Portanto, a percepção, a conduta e os valores das pessoas com sintomas psicóticos não são compartilhados pela sociedade, tornando difícil o convívio e a integração na comunidade.

Um dos possíveis motivos para o fracasso na percepção do que é socialmente compartilhado seria a dificuldade das pessoas com sintomas psicóticos de empatizar com os outros. No Rorschach, a capacidade para a empatia está associada à percepção da figura humana inteira, que é percebida pela maior parte dos sujeitos do grupo experimental, ainda que a resposta humana banal na prancha III não seja percebida por alguns. Além disso grande parte das respostas K percebidas pelos sujeitos do grupo experimental são de forma mal vista.



Conclui-se que a capacidade para a identificação com o humano e para a empatia está prejudicada nestes indivíduos, dificultando o relacionamento com outras pessoas.

É possível que a problemática do processo identificatório nos indivíduos no início de tratamento anti-psicótico apresente coincidência com as descrições encontradas para transtornos esquizofreniformes, a dificuldade em organizar-se e perceber-se como um indivíduo inteiro. A integração do corpo e do pensamento são concomitantes e os indícios no Rorschach que representam essa integração apresentam-se defasados no Rorschach dos participantes do grupo experimental. A prevalência de respostas globais remete a um esforço do indivíduo de integração, este esforço, porém, seria mais intenso para pessoas com sintomas psicóticos em relação ao grupo controle, visto que as respostas globais sincréticas são mais frequentes no primeiro grupo mencionado. A grande quantidade de respostas anatômicas e o índice de angústia elevado sugere dificuldade em perceber-se como inteiro e remete à angústia de despedaçamento.

A análise das características dos protocolos de pessoas com sintomas psicóticos e sua articulação com a teoria do Rorschach permite levantar a hipótese de que os resultados da presente pesquisa possibilitam integrar o que é conhecido como característico do funcionamento psicótico com o que é conhecido a respeito da análise dos fatores do teste.

Para verificar as possíveis contribuições desta pesquisa para o estudo do Método de Rorschach é necessário retomar que seu diferencial está no fato de proceder à análise do Rorschach de pacientes de primeiro contato com instituições de saúde sem distinção dos transtornos psicóticos. De fato, o baixo percentual de respostas animais e de respostas com determinante de tonalidade não possuem relação direta com o que é encontrado na literatura sobre as patologias com sintomas psicóticos no Rorschach. Também é necessário retomar que a maior parte da literatura encontrada refere-se a pacientes esquizofrênicos (cujo diagnóstico só pode ser dado após 6 meses do primeiro surto), além de não explicitarem o momento, no curso dos transtornos, em que é aplicado o método, o que faz supor que tanto o A% quanto a

Somatória de E estejam relacionados seja à condição de primeiro contato, seja a características comuns entre os transtornos de personalidade e os transtornos de humor com sintomas psicóticos.

Assim, pode-se concluir que foi confirmada a hipótese de que o Método de Rorschach seria capaz de diferenciar o grupo experimental, composto por pessoas que foram pela primeira vez a uma instituição de saúde por apresentarem sintomas psicóticos, do grupo controle, pareado caso a caso. As diferenças encontradas foram concordantes com o que consta na literatura sobre a teoria do Rorschach no que se refere à caracterização do pensamento psicótico, porém apareceram diferenças significativas: o A% e a somatória de E, possivelmente associadas às características particulares deste estudo.

Estas informações não devem limitar o conhecimento sobre o Rorschach de pessoas com sintomas psicóticos de primeiro contato com instituições de saúde, mas sim criar espaço para novas pesquisas. Devido ao número reduzido de participantes que compõem a amostra, consideram-se os resultados como preliminares e carecem de outros estudos para uma melhor compreensão do fenômeno.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais – DSM-IV-TR*. Traduzido por Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2000.
- ANDREASEN, N. et al. Reliability of Lifetime Diagnosis: A Multi-center Collaborative Perspective. *Archives of General Psychiatry*, v.38, p.400-405, 1981.
- ANZIEU, D. *Os Métodos Projetivos*. Tradução por Maria Lucia do Eirado Silva. Rio de Janeiro: Editora Campus LTDA., 1978. Original de 1961.
- AUGRAS, M. *Teste de Rorschach : atlas e dicionário - padrões preliminares para o meio brasileiro*. 9ª versão. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1969.
- AZOULAY, C. Rupture et Continuité dans la Psychose: Aproches des Modalités Defensives. *XVII International Congress of Rorschach and Projective Methods*, 2002, p. 245.
- BEBBINGTON, P; NAYANI, T. The Psychosis Screening Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v.5, p. 11-19, 1995.
- CADENHEAD, K.; PERRY, W.; BRAFF, D. L. The Relationship of Information-Processing Deficits and Clinical Symptoms in Schizotypal Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, 40, p. 853-858, 1996
- CASALEGNO S.; PRESTARO, M. L'Esordio Psicotico Disgnosi Differenziale con il Test di Rorschach. *XVII International Congress of Rorschach and Projective Methods*. Roma, 2002.
- CASTRO, D.; ZOUTE, C.; ROHELLEC, J. Le. Adhésion au traitement prescrit et traits de personnalité dans une population de patients atteints de schizophrénie. *Annales Médico Psychologiques*, n. 162, p. 262-270, 2004.
- CBCD e DATASUS. *Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. Versão eletrônica, 1993.
- CHABERT, C. *A psicopatologia no exame de Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. Original de 1987.
- CHABERT, C. *O Rorschach na clínica do adulto*. Traduzido por Luíza Cunha e José Silva. Portugal, Lisboa: Climepsi editora, 1998. Original de 1983.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Testes Psicológicos: suplemento especial*. CFP, 2004.
- CORCORAN, C. et al. A qualitative research study of the evolution of symptoms in individuals identified as prodromal to psychosis. *Psychiatric Quarterly*, v.74, n.4, p.313-332, 2003.

CRAIG, T. J. et al. Diagnosis, Treatment, and Six-Month Outcome Status in First-Admission Psychosis. *Annals of Clinical Psychiatry*, v. 9, n.2, p. 89-97, 1997.

CRAIG, T. J. et al. Is There Association Between Duration of Untreated Psychosis and 24-Month Clinical Outcome in First-Admission Series? *American Journal of Psychiatry*, v. 157, n.1, p. 60-66, 2000a.

CRAIG, T. J. et al. Rapid versus Delays Readmission in First-Admission Psychosis: Quality Indicators for Managed Care? *American Academy of Clinical Psychiatrists*, v.12, n.4, p.233-238, 2000b.

CRP SP (Conselho regional de Psicologia de São Paulo). *PSI: Jornal de Psicologia*. N.146, jan/mar 2006.

CULLBERG, J. et al. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 106, p. 276-285, 2002.

DONADI, D. A resposta de forma no Rorschach: aspectos evolutivos e psicopatológicos. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v. 8, n.14, p. 89-96, 2000.

EPIDATA ASSOCIATION. EpiData – Freeware. Versão 3.02, 2004. Software. <http://www.epidata.dk>

EXNER JR., J. *Manual de Interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 1999.

FERENCZI, S. A importância de Freud para o movimento da higiene mental. In: *Psicanálise III, Obras Completas, 1919-1926*. Paris, 1974.

FIRST, M. et al. *Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV: Transtornos do Eixo I: Edição para Pacientes (SCID-I/P)*. Tradução por Marcelo Tavares (Coord.). Brasília: Universidade de Brasília, 2003. Original de 1996.

FOERSTER, A. et al. Premorbid personality in Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, v. 158, p. 171-176, 1991.

FREUD, S. Neurose e Psicose. In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. CD-ROM. Original de 1924a.

FREUD, S. A Perda de Realidade na Neurose e na Psicose. In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. CD-ROM. Original de 1924b.

FREUD, S. A Negativa. In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. CD-ROM. Original de 1925.

FREUD, S. Esboço de Psicanálise. Cap.VIII. In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. CD-ROM. Original de 1938.

GABBARD, G. *Psiquiatria Psicodinâmica*. 2a. edição. Porto Alegre: Imago, 1998. Original de 1994.

GACONO, C.; LOVING JR., J.; BODHOLDT, R. The Rorschach and Psychopathy: Toward a More Accurate Understanding of the Rorschach Findings. *Journal of Personality Assessment*, v. 77, n.1, p.16-38, 2001.

GANELLEN, R. J. Weighting Evidence for the Rorschach's Validity: A Response to Wood et al. (1999). *Journal of Personality Assessment*, v. 77, n.1, p. 1-15, 2001.

GARB, H. *et al.* Effective Use of Projective Techniques in Clinical Practice: Let the Data Help With Selection and Interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, v.33, n.5, p.454-463, 2002.

GOLDFRIED, M.; STRICKER, G.; WEINER, I. *Rorschach Handbook of Clinical and Research Applications*. New Jersey, US: Prentice-Hall, 1971.

HO, B. *et al.* Untreated Initial Psychosis: Its Relation to Quality of Life and Symptom Remission in First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, n.157, v.5, p.808-815, 2000.

HO, B. *et al.* Untreated Initial Psychosis: Relation to Cognitive Deficits and Brain Morphology in First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, n.160, v.1, p.142-148, 2003.

ILONEN, T. *et al.* *Psychiatry Research*, n. 87, p. 183-192, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção Preliminar da População Residente, por Situação do Domicílio e por Sexo – 1980/2020. IBGE, 2000. [ftp://ftp.ibge.gov.br/estimativas\\_e\\_projeções\\_da\\_população/Projeções\\_1980\\_2020.zip](ftp://ftp.ibge.gov.br/estimativas_e_projeções_da_população/Projeções_1980_2020.zip).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas do século XX. IBGE, 2003. <ftp://ftp.ibge.gov.br/seculoXX/>

KALLA O. *et al.* Rorschach Characteristics and Comparison of First-Episode Psychotic Patients in Finland and Spain. *Rorschachiana*, n. 26, p63-84, 2004.

KAPUR, S. Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, n.1, p. 13-23, 2003.

KAY, S; FISZBEIN, A; OPLER L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, v. 13, p. 261-276, 1987.

KELLERHER, J.; TSUANG, M. Twin Sisters with Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry*, n. 157, v. 8, 2000.

KHADIVI, A.; WETZLER, S.; WILSON, A. Manic Indices on the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, v. 69, n.2, p. 365-375, 1997.

KOIDE, R. *et al.* A Mass of Flesh: Schizophrenic Rorschach Percepts. *Comprehensive Psychiatry*, v. 43, n.6, p. 474-477, 2002.

LAPLANCHE e PONTALIS. *Vocabulário da Psicanálise*. 4a edição. Tradução por Pedro Tamen. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda., 1982.

- LARSEN, T. *et al.* Shortened Duration of Untreated First Episode Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment. *American Journal of Psychiatry*, v. 158, n.11, p. 1917-1919, 2001.
- LANE, A. *et al.* The Anthropometric Assessment of Dysmorphic Features in Schizophrenia as na Index of its Developmental Origins. *Psychological Medicine* , v. 27, p. 1155-1164, 1997.
- LEWIS, S; OWEN, M; MURRAY, R. Obstetric complications and schizophrenia. In *Schizophrenia: A Scientific Focus*, eds S. Schultz and C. Tamminga. Oxford University Press: Nem York, 1989.
- LILIENFELD, S.; WOOD, J.; GARB, H. The Scientific Status of Projective Techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, v.1, n.2, p. 27-66, 2000.
- MALLA, A. *et al.* Status of Patients With First-Episode Psychosis After One Year of Phase-Specific Community-Oriented Treatment. *Psychiatric Services*, v.53, n.4, p. 458-463, 2002.
- MENEZES, P. *et al.* *Estudo de casos incidentes (primeiro contato com serviços de saúde) de psicoses funcionais no Brasil*. São Paulo: FMUSP, 2004. 14 p. (Projeto)
- MENEZES, P. *et al.* Drug and Alcohol Problems Among Individuals with Severe Mental Illness in South London. *British Journal of Psychiatry* v. 168, p. 612-619, 1996.
- MEREJKOWSKI, D. *O Romance de Leonardo da Vinci*. Tradução por Brenno da Silveira. Ed. Globo, 1945.
- MIHURA, J.; WEINLE, C. Rorschach Training: Doctoral Students' Experiences and Preferences. *Journal of Personality Assessment*, v.79, n.1, p. 39-52, 2002.
- MOUNTAIN, D. Rehabilitation psychiatry. *Ir J Psych Med*, n.18, v.4, p.140-141, 2001
- MORRIS, M; MACPHERSON, R. Childhood 'risk characteristics' and the schizophrenia spectrum prodrome. *Ir J Psych Med*, n.18, v.4, p. 72-74, 2001.
- PALEM,P. M. *Le Rorschach des schizopènes*. Paris: Ed. Universitaires, 1969.
- PASIAN, S. R. *O psicodiagnóstico de Rorschach em adultos: Atlas, Normas e Reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- PASIAN, S. R. Atualizações sobre o psicodiagnóstico de Rorschach no Brasil: breve panorama histórico. *Psico-USF*, v.7, n.1, p. 43-52, 2002.
- PASSALACQUA, A; GRAVENHORST, M. *Os Fenômenos Especiais no Rorschach*. Tradução André Leibl. São Paulo: Vetor, 2005.
- PAYKEL, E. The Interview for Recent Life Events. *Psychological Medicine*, v. 27, p. 301-310, 1997.
- PERRY, W. Incremental Validity of the Ego Impairment Index: A Re-Examination of Dawes (1999). *Psychological Assessment*, v. 13, n.3, p. 403-407, 2001.

- PERRY, W; VIGLIONE, D. J. The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, v.56, p. 487-501, 1991.
- PERRY, W; VIGLIONE, D. ; BRAFF, D. The Ego Impairment Index and Schizophrenia: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, v. 59, p. 165-175, 1992.
- PERRY, W; BRAFF, D. Information-processing deficits and thought disorder in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, v.151, p. 363-367, 1994.
- PERRY, W; MCDUGALL, A.; VIGLIONE, D. The Ego Impairment Index: A five year follow-up study. *Journal of Personality Assessment*, v.64, p. 112-118, 1995.
- PHELAN, M. *et al.* The Camberwell Assessment of Need: the Validity and Reliability of na Instrument to Aesess the Needs of People with Severe Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, v.167, p. 589-595, 1995.
- RABINOWITZ, J. *et al.* Relationship Between Premorbid Functioning and Symptom Severity as Assessed at First Episode of Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, v.159, n.12, p. 2021-2026, 2002.
- RADOMSKY, E ET AL. Suicidal Behavior in Patients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry*, v.156, n.10, p. 1590-1595, 1999.
- RAUSCH de TRAUBENBERG, N. *A Prática do Rorschach*. Tradução por Álvaro José Lelé. São Paulo: Vetor, 1998. Original de 1990.
- RORSCHACH, H. *Psychodiagnostik*. Bern : Verlag Hans Huber, 1921.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário do Psicanálise*. Tradução por Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- SAUNDERS, J *et al.* Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consuption—II. *Addiction*, v. 88, p. 791-804, 1993.
- SANTOS, M. *O Teste de Rorschach na Investigação da Personalidade na Esquizofrenia*. Dissertação (Mestrado) IPUSP. São Paulo, 1992.
- SAX, K *et al.* Comparision of Patients with Early-, Typical, and Late-Onset Affective Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, n. 154, p.1299-1301, 1997.
- SHAW, K *et al.* The Aetiology of Postpsychotic Posttraumatic Stress Disorder Following a Psychotic Episode. *Journal of Traumatic Stress*, v. 15, n. 1, p. 39-47, 2002.
- SPITZER, R. *et al.* The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 624-629, 1992
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo Di Teses. *Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da USP*. São Paulo: SIBi-USP, 2004.
- VIVES, M. The Rorschach for the Schizophrenia Diagnosis. *XVII International Congress of Rorschach and Projective Methods*, p. 225, 2002.

WATKINS, C. et al. Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 26, p. 54-60, 1995.

WEINER, I. *Psychodiagnosis in Schizophrenia*. Ed. John Wiley and Sons: NY, 1966.

WOOD, J.; NEZWORSKI, M.; STEJSKAL, W. The Comprehensive System for The Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, v.7, p. 3-10, 1996.

WOOD, J. M.; et al. Methodological issues in evaluating Rorschach validity: A comment on Burns and Viglione (1996), Weiner (1996), and Ganellen (1996). *Assessment*, v.6, p. 115-129, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). *WHO*, Geneva, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). *WHO*, Geneva, 1998



**ANEXOS**

*Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Projeto: Estudo de validação do Rorschach em pacientes com sintomas psicóticos**

A intenção deste projeto é estudar a validade do Método de Rorschach em pessoas adultas que tiveram algum problema mental, em comparação com outras pessoas que não tiveram essas dificuldades. Este estudo poderá ajudar no trabalho dos profissionais de saúde, seja no diagnóstico, seja no tratamento das pessoas com esses problemas.

O procedimento consiste em duas entrevistas. A primeira dura menos de meia hora, na qual se pede um desenho livre. A segunda leva mais tempo, aproximadamente uma hora e meia, para a aplicação do Rorschach. Este método consiste na apresentação de dez pranchas com manchas de tinta e é pedido a você que fale o que vê nessas manchas. A segunda entrevista é gravada para facilitar o trabalho da pesquisadora.

Enquanto o estudo estiver em andamento, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de quaisquer dúvidas. Assim como pode desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Você possui o Direito de Confidencialidade, o que significa que aquilo que você disser será visto em conjunto com as informações de outras pessoas, não sendo divulgada a identificação (nome ou RG) de nenhum participante;

Você possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores;

Deve ficar claro que não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira pela sua participação.

O risco do envolvido na participação do projeto é mínimo, pois as entrevistas podem ser um pouco cansativas. Se você se sentir prejudicado de alguma forma pela sua participação neste estudo, com nexos causal comprovado, você tem direito a tratamento.

Em caso de dúvidas, entrará em contato com Tatiana Tung Gerencer que estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos sobre esta pesquisa através do telefone (0xx11) 97327184 ou pelo e-mail ttung@yahoo.com.



**Anexo B – Modelo do formulário criado no Epidata**

(# corresponde a campo de preenchimento numérico, \_ corresponde a campo de preenchimento alfanumérico,  
<A > corresponde a campo de preenchimento em letras maiúsculas)

CASO

Sujeito ##### /0                      Iniciais <A >  
Data da entrevista pela FMUSP <dd/mm/yyyy>

SÓCIO DEMOGRÁFICO

Data de Nascimento <dd/mm/yyyy>  
Local de nascimento:    Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: <A > País: \_\_\_\_\_  
Mora em São Paulo desde que nasceu? #(1.sim, 2.não)  
Tempo que mora em São Paulo: ## anos e ## meses

Cor/Raça: # (1.branca, 2.negra, 3.parda, 4. amarela, 5.indigena)  
Religião: # (1.catolicismo, 2.protestantismo, 3.judaísmo, 4.religioes afro-bras., 5.espiritismo, 0.sem religião)  
Estado Civil: # (1.solteiro, 2. casado/amasiado, 3.divorciado/separado, 4.viúvo)

Sabe ler e escrever #(1.sim, 2.não)  
Estuda atualmente: #(1.sim, 2.não)  
Escolaridade: # (0.analfabeto, 1.ensino fundamental, 2.ensino médio, 3.graduação, 4.pós-graduação)  
# Série

Ocupação \_\_\_\_\_  
Já trabalhou? #(1.sim, 2.não)  
Há quanto tempo não trabalha: ## anos e ## meses

Rendimento mês passado: R\$ #####,00  
Rendimento familiar: R\$ #####,00  
Tipo de domicílio: # (1.casa, 2.apartamento, 3.cômodo, 4.barraco, 5.desabrigado)  
Espécie de domicílio: # (1.próprio(quitado), 2.próprio(em aquisição), 3.alugado, 4.cedido, 5.invadido)  
Número de cômodos: ##

Quantos filhos? ##  
Idade dos filhos: \_\_\_\_\_  
Número de pessoas na casa (sem o sujeito): ##

SCID

QUEIXA PRINCIPAL E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA APRESENTADO  
{AP10} Queixa principal:

\_\_\_\_\_

INÍCIO DA DOENÇA ATUAL OU EXARCEBAÇÃO  
{AP11} Quando isso começou? (1a. vez)

{AP12} Última vez que se sentiu em seu estado normal?

\_\_\_\_\_

NOVOS SINTOMAS E RECORRÊNCIA  
{AP13} Isso é algo novo? #(1.sim, 2.não)  
Descrição: \_\_\_\_\_

{AP14} O que o fez procurar ajuda agora?

\_\_\_\_\_

CONTEXTO AMBIENTAL E POSSÍVEIS PRECIPITANTES DA DOENÇA ATUAL OU EXARCEBAÇÃO

{AP15} O que acontecia na sua vida quando isso começou?

{AP16} Algo aconteceu ou mudou em sua vida antes disso?

{AP17} Relaciona-se com seu problema atual? #(1.sim, 2.não)  
 Descrição:

#### HISTÓRIA DE TRATAMENTO

{AP21} Quando foi a primeira vez que você procurou alguém por problemas emocionais ou psiquiátricos?  
 ##/####

{AP22} Que tipo de tratamento recebeu? \_\_\_\_\_

{AP28} Alguma vez já foi hospitalizado para tratamento médico? #(1.sim, 2.não)

{AP29} Se SIM: Para que foi esse tratamento?

#### FUNCIONAMENTO SOCIAL ATUAL

{AP38} Como você tem passado o seu tempo livre?

{AP39} Com quem você passa seu tempo? \_\_\_\_\_

#### CRONOLOGIA DOS SINTOMAS PSICÓTICOS

Início	Término	Sintoma	Descrição
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____
##/####	##/####	_____	_____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DSM IV: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA CID 10: \_\_\_\_\_

#### CONTROLE

Sujeito: ####/# Iniciais <A >

Data da entrevista pela FMUSP <dd/mm/yyyy>

#### SÓCIO DEMOGRÁFICO

Data de Nascimento <dd/mm/yyyy>

Local de nascimento: Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: <A > País: \_\_\_\_\_

Mora em São Paulo desde que nasceu? #(1.sim, 2.não)

Tempo que mora em São Paulo: ## anos e ## meses

Cor/Raça: # (1.branca, 2.negra, 3.parda, 4. amarela, 5.indigena)

Religião: # (1.catolicismo, 2.protestantismo, 3.judaísmo, 4.religioes afro-bras., 5.espiritismo, 0.sem religião)

Estado Civil: # (1.solteiro, 2. casado/amasiado, 3.divorciado/separado, 4.viúvo)

Sabe ler e escrever #(1.sim, 2.não)

Estuda atualmente: #(1.sim, 2.não)

Escolaridade: # (0.analfabeto, 1.ensino fundamental, 2.ensino médio, 3.graduação, 4.pós-graduação)

# Série

Ocupação \_\_\_\_\_

Já trabalhou? #(1.sim, 2.não)

Há quanto tempo não trabalha: ## anos e ## meses

Rendimento mês passado: R\$ #####,00

Rendimento familiar: R\$ #####,00

Tipo de domicílio: # (1.casa, 2.apartamento, 3.cômodo, 4.barraco, 5.desabrigado)

Espécie de domicílio: # (1.próprio(quitado), 2.próprio(em aquisição), 3.alugado, 4.cedido, 5.invadido)

Número de cômodos: ##

Quantos filhos? ##

Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Número de pessoas na casa (sem o sujeito): ##

*Anexo C – Nomenclatura Francesa conforme Ombredane e Canivet, com alterações*

R	Número de respostas fornecidas durante a fase de fala espontânea
T	Tempo total da fala espontânea
TL	Tempo de latência: tempo entre a apresentação da prancha e a primeira resposta
B	Resposta banal ou popular (critério estatístico)

<b>Localização ou Modos de Apreensão:</b>	
G	Resposta global, interpretando a totalidade da mancha (menos na prancha III onde se admite a omissão das manchas vermelhas)
DG	Resposta global elaborada a partir de um detalhe grande
DdG	Resposta global elaborada a partir de um detalhe pouco freqüente
Ḡ	Resposta global omitindo um detalhe mínimo
Gbl	Resposta global incluindo branco intermacular
D	Detalhe freqüentemente visto (critério estatístico)
DDbl	D incluindo o branco
Dd	Pequeno detalhe, parte da prancha raramente interpretado (critério estatístico)
DdDbI	Pequeno detalhe incluindo o branco
Dbl	Detalhe branco intermacular
Di	Detalhe inibitório

<b>Determinantes:</b>	
F	Resposta de forma, determinada exclusivamente pela percepção do contorno da mancha
F+	Forma bem vista (critério estatístico)
F±	Determinante formal para respostas com conteúdo que implica forma indefinida ou situação em que o sujeito tem dificuldade em se decidir por um percepto
F-	Forma mal vista (critério estatístico)
K	Cinestesia humana: determinada pela percepção de humano inteiro, vivo e em movimento
kp	Pequena cinestesia, determinada de parte da figura humana em movimento ativo ou por humano inteiro visto em pequeno detalhe
kan	Forma animal percebida como em movimento ativo
kob	Força da natureza ou objeto visto em movimento violento que possui em si mesmo a fonte de energia
FC	Resposta determinada pela forma e, em segundo lugar, pela cor
CF	Resposta determinada pela cor, em segundo lugar, pela forma
C	Resposta determinada exclusivamente pela cor
Cn	Resposta de cor nomeada: a cor é a resposta dada pelo sujeito.
FE	Resposta determinada pela forma e, em segundo lugar, pela tonalidade
EF	Resposta determinada pela tonalidade, em segundo lugar, pela forma
E	Resposta determinada exclusivamente pela tonalidade
FClob	Resposta determinada pela forma e, em segundo lugar, pela impressão da mancha escura, com caráter disfórico
ClobF	Resposta determinada pela impressão da mancha escura com caráter disfórico e, em segundo lugar, pela forma
Clob	Resposta determinada exclusivamente pela impressão de massa escura, com caráter disfórico
FC', C'F, C'	Respostas tendo como determinante primário, secundário ou exclusivo a cor preta da mancha (ou a cor branca, tratando-se de Dbl)
FE e EF	Respostas em que a cor é utilizada arbitrariamente com a forma prioritária ou secundária, respectivamente.

<b>Conteúdos:</b>	
H	Figura humana inteira
(H)	Figura fantasiada, fantástica ou exótica
Hd	Parte do corpo humano
(Hd)	Parte do corpo humano fantástica ou exótica
A	Animal inteiro
(A)	Animal irreal, sobrenatural ou lendário
Ad	Parte do corpo de um animal
(Ad)	Parte do corpo de um animal irreal, sobrenatural ou lendário
(AH)	Animais antropomórficos
Abstr	Abstração: resposta alegórica
Alim	Alimento
Anat	Anatomia, radiografia, osso, vísceras
Arq	Arquitetura, edifícios, fontes
Arte	Quadro, desenho, escultura, instrumento musical
Bot	Planta, árvore, flor
Elem	Um dos 4 elementos (ar, água, terra, fogo)
Frgm	Fragmento: respostas cujo conteúdo não possui forma definida
Geo	Geografia, mapa
Másc	Máscara
Obj	Objeto fabricado
Paisag	Natureza, paisagem
Sex	Sexo
Simb	Símbolo: insígnias ou emblemas
Sg	Sangue
Vest	Roupa, acessório



*Anexo D – Modelo do Psicograma utilizado nesta pesquisa*

<p><b>&lt;INICIAIS&gt;</b></p> <p>min <input type="text"/></p> <p>seg <input type="text"/></p> <p>T= <input type="text"/> em segundos</p> <p>R= <input type="text"/></p> <p>T/R= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p style="text-align: center;"><b>TL</b></p> <p>Pr I Pr II Pr III Pr IV Pr V Pr VI Pr VII Pr VIII Pr IX Pr X</p> <p>TL medio= <input type="text"/> em segundos</p>	<p><b>Fenômenos Especiais</b></p> <p>Recusa Negação com fracasso Negação sem fracasso</p> <p>Respostas Adicionais <input type="text"/></p>																	
<b>LOCALIZAÇÃO</b>																			
<p>G= Gbl= G/= DG= Total G= <input type="text"/> 0 G%= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p>D= DDbl= DdD= Total D= <input type="text"/> 0 D%= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p>Dd= DdDbl= Dbl= Dj= Total Dd= <input type="text"/> 0 Dd%= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p><b>Nível de G</b></p> <p>Simple= <input type="text"/> Elaborada= <input type="text"/> Vaga= <input type="text"/> Impressionista= <input type="text"/> Sinéctica= <input type="text"/></p> <p>Total BI= <input type="text"/> 0 BI%= <input type="text"/> #VALUE!</p>																
<b>DETERMINANTES</b>																			
<p>F+= F+ - = F - = Total F= <input type="text"/> 0</p>	<p>F%= <input type="text"/> #VALUE! F+%= <input type="text"/> #VALUE! F+%ext= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p>Total + = <input type="text"/> Total + - = <input type="text"/> Fext= <input type="text"/></p>	<p><input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 Fc=Total k RC%= <input type="text"/> #VALUE!</p> <p>R nas Pr. VIII, IX, X = <input type="text"/></p>																
<p>K= kan= kob= kp= Total k= <input type="text"/> 0</p>	<p>C= CF= FC= Soma C= <input type="text"/> 0</p> <p>Clob= ClobF= FClob=</p>	<p>E= EF= FE= Soma E= <input type="text"/> 0</p> <p>C'= C'F= FC'=</p>	<p style="text-align: center;">* OBSERVAÇÕES</p>																
<b>CONTEÚDOS</b>																			
<p>A= (A)= Ad= (Ad)= (AH)= Total A= <input type="text"/> 0 A%= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p>H= (H)= Hd= (Hd)= Total H= <input type="text"/> 0 H%= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Abstr=</td> <td>Másc=</td> </tr> <tr> <td>Alim=</td> <td>Paisag=</td> </tr> <tr> <td>Anat=</td> <td>Obj=</td> </tr> <tr> <td>Arq=</td> <td>Bot=</td> </tr> <tr> <td>Arte=</td> <td>Sexo=</td> </tr> <tr> <td>Elem=</td> <td>Simb=</td> </tr> <tr> <td>Frgm=</td> <td>Sg=</td> </tr> <tr> <td>Geo=</td> <td>Vest=</td> </tr> </table>	Abstr=	Másc=	Alim=	Paisag=	Anat=	Obj=	Arq=	Bot=	Arte=	Sexo=	Elem=	Simb=	Frgm=	Sg=	Geo=	Vest=	<p>Banal= <input type="text"/></p> <p>Índice de Angústia= <input type="text"/> #VALUE!</p>
Abstr=	Másc=																		
Alim=	Paisag=																		
Anat=	Obj=																		
Arq=	Bot=																		
Arte=	Sexo=																		
Elem=	Simb=																		
Frgm=	Sg=																		
Geo=	Vest=																		
<p>R.Fant. <input type="text"/> 0 Fant%= <input type="text"/> #VALUE!</p>	<p>R.Parte= <input type="text"/> 0 Parte%= <input type="text"/> #VALUE!</p>																		