

## Estudo parcial da validação do Atlas do Rorschach Sistema Compreensivo em amostra de pacientes psiquiátricos de São Paulo

Thaís Cristina Marques – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Ana Cristina Chaves – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Latife Yazigi – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

---

### Resumo

Este trabalho é parte do estudo de validação do atlas de localização e da lista de qualidade formal brasileiros do Rorschach Sistema Compreensivo em amostra de pacientes psiquiátricos da cidade de São Paulo, comparando as variáveis X+%, XA%, WDA%, X-% e Xu% dos pacientes com os valores encontrados na amostra normativa brasileira. Foram avaliados 45 pacientes, e os instrumentos de seleção foram a entrevista clínica estruturada para diagnóstico do DSM-IV (SCID-I) e a Escala das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS). 23 pacientes preencheram critério pela SCID-I para transtornos psicóticos e, destes, 19 foram considerados psicóticos pela PANSS. Todos os protocolos foram classificados segundo as classificações norte-americanas e brasileiras. Foi realizada ANOVA, comparando amostras normativas e o grupo de pacientes. As variáveis XA% e X-% mostraram-se sensíveis para detectar as nuances perceptivas entre as pessoas. As áreas de localização e lista de qualidade formal brasileiras se mostraram válidas para discriminar graus de comprometimento perceptivo.

*Palavras-chave:* Teste de Rorschach; Transtornos psicóticos; Comprometimento perceptivo; Validade do teste; Pacientes psiquiátricos.

### Partial validation study of the Rorschach Comprehensive System atlas on a sample of psychiatric patients of São Paulo

#### Abstract

This is part of a validation study of the Brazilian Rorschach Comprehensive System location manual and form quality list, by testing it on a sample of psychiatric patients. The variables X+%, XA%, WDA%, X-% and Xu% of the patients is compared to those encountered in the Brazilian normative sample. The evaluation was conducted with 45 patients. The selection instruments were Structured Clinical Interview for Diagnostic (SCID-I) and The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). 23 patients met the SCID-I criteria for psychotic disorder, and 19 of them were considered psychotic by PANSS. The protocols were classified according to both the North American and Brazilian lists. ANOVA were made comparing normative samples and the group of patients. The variables XA% and X-% proved to be sensitive in detecting the perceptive nuances among the people involved. The Brazilian lists proved to be valid for distinguishing degrees of impaired perception.

*Keywords:* Rorschach test; Psychotic disorders; Perceptual distortion; Test validity; Psychiatric patients.

### Estudio parcial de la validación del Atlas del Rorschach Sistema Compreensivo en muestra de pacientes psiquiátricos de São Paulo

#### Resumen

Este trabajo es parte del estudio de validación del atlas de localización y de la lista de calidad formal brasileña del Rorschach Sistema Compreensivo en muestra de pacientes psiquiátricos de la ciudad de São Paulo-Brasil, comparando las variables X+%, XA%, WDA%, X-% y Xu% de los pacientes con los valores encontrados en la muestra normativa brasileña. Fueron evaluados 45 pacientes, los instrumentos de selección fueron la Entrevista clínica estructurada para diagnóstico del DSM-IV (SCID-I) y la Escala de las Síndromes Positiva y Negativa (PANSS). 23 pacientes lograron criterio por la SCID-I para trastornos psicóticos y de estos 19 fueron considerados psicóticos por la PANSS. Todos los protocolos fueron clasificados según las clasificaciones norteamericanas y brasileñas. Fue realizada ANOVA, comparando muestras normativas y el grupo de pacientes. Las variables XA% y X-% se mostraron sensibles para detectar los matices perceptivos entre las personas. Las áreas de localización y lista de calidad formal brasileñas se mostraron válidas para discriminar grados de comprometimiento perceptivo.

*Palabras clave:* Test de Rorschach; Trastornos psicóticos; Comprometimiento perceptivo; Validez del test; Pacientes psiquiátricos.

Este trabalho se insere em proposta mais ampla de continuidade da construção de um atlas com as áreas mais frequentes de localização das respostas aos estímulos do Rorschach e de uma lista de qualidade formal dessas respostas às “novas” áreas de localização referentes ao Sistema Compreensivo em amostra brasileira. Trata-se de um recorte do processo de validação da pesquisa de Villemor-Amaral, Yazigi, Nascimento, Primi e Semer (2006) em amostra de

pacientes psiquiátricos da cidade de São Paulo com diferentes níveis de comprometimento perceptivo. As pesquisas de validação do atlas de localização e da lista de qualidade formal brasileiros foram realizadas em quatro partes, sendo duas compostas por casos psiquiátricos, uma da cidade de São Paulo (a presente pesquisa) e outra do interior do estado (ainda não publicada), e as outras duas partes compostas por não-casos psiquiátricos, também realizadas na capital

(Leonel, Semer & Yazigi, 2012) e no interior (Pianowski & Villemor-Amaral, 2010) do estado de São Paulo. O objetivo foi verificar se o atlas e a lista de qualidade formal brasileiros do Rorschach detectam diferenças significativas estatisticamente entre pacientes psiquiátricos com transtornos de pensamento e não-pacientes, e também verificar diferenças significativas entre as localizações classificadas pelos recortes norte-americanos e brasileiros, analisando, assim, a adequação das novas áreas de localização brasileiras à nossa população. Todos esses estudos, caso sejam comprovados válidos, poderiam substituir as pesquisas de Exner (1999), que são atualmente usadas no Brasil e foram realizadas há quase 40 anos, publicadas em 1974 (Exner, 1991).

A definição de áreas de localização da mancha e a atribuição de uma medida de adequação da resposta aos contornos da mancha já eram feitas pelo próprio criador do método, Hermann Rorschach (1969/1921). Rorschach publicou sua obra, *Psicodiagnostik* em 1921, e classificava as respostas com o símbolo '+', para indicar as boas formas, e com sinal '-', para indicar as formas piores. Para tal diferenciação, se apoiava em critério estatístico, tomando por base as respostas mais frequentes em uma grande quantidade de sujeitos normais, por volta de cem, e classificando tais respostas como formas boas, '+'. Todas as interpretações à mancha que fossem melhores do que essas, também seriam formas boas, e as piores do que essa, que são mais difíceis de visualizar, eram classificadas com '-'.

H. Rorschach morreu prematuramente aos 38 anos, sem deixar material suficiente a respeito de sua técnica. Assim, vários sistemas surgiram para se classificar e interpretar o método de Rorschach. O Sistema Compreensivo foi organizado e construído por Exner e publicado em 1974 (Exner, 1991) com o intuito de se conseguir maior padronização, controle e objetividade na aplicação e na interpretação do Rorschach, visando também maior integração dos dados da prova.

O investimento em pesquisa em um instrumento de avaliação de personalidade como o método de Rorschach é necessário, tanto por sua vasta aplicação clínica, conforme ressaltam Villemor-Amaral, Silva-Neto e Nascimento (2003), quanto pela grande quantidade de estudos que levam em conta seus diferentes aspectos. São inúmeras as pesquisas norte-americanas que o comprovam como instrumento válido e fidedigno (Viglione & Hilsenroth, 2001) e com boas propriedades psicométricas no que se refere à confiabilidade e validade, conforme mostram Meyer e Viglione (2008), mas tais pesquisas são ainda escassas nos estudos brasileiros.

No Rorschach, as áreas de localização das respostas e a qualidade formal dos conteúdos dessas respostas são resultados de processos perceptivos. Assim, a verificação da validade de um atlas e de uma lista de qualidade formal das respostas do Rorschach deve comportar uma amostra de pessoas com níveis graduais de transtornos que levam a distorções perceptivas. No Sistema Compreensivo do Rorschach, as variáveis relacionadas à percepção adequada da realidade são  $X+%$  (forma convencional),  $Xu%$  (forma incomum) e  $X-%$  (forma distorcida).  $X+%$  representa respostas compartilhadas e facilmente vistas, e resulta da proporção das respostas com qualidade formal elaborada ('+', que são aquelas que além de adequadas aos contornos da mancha, são detalhadas no aspecto formal) e ordinária ('o', respostas adequadas aos contornos), pelo total de respostas ( $R$ ).  $Xu%$  refere-se às respostas de caráter mais pessoal, mas cujos contornos são adequados às manchas, e é calculado dividindo-se o número de respostas com qualidade formal inusual ('u', são aquelas respostas pouco comuns, porém adequadas aos contornos) pelo total de respostas ( $R$ ). Por fim,  $X-%$  engloba respostas que se afastam da realidade por serem extremamente subjetivas e, por isso, distorcidas, e é calculado dividindo-se o número de respostas com qualidade formal distorcida ('-', respostas não adequadas aos contornos da mancha) pelo total de respostas ( $R$ ). São também considerados como índices perceptivos  $XA%$  (forma apropriada estendida), que se referem à proporção das respostas em que há uso apropriado das características de forma, incluindo respostas com qualidade formal '+', 'o' e 'u', e  $WDA%$  (forma apropriada em áreas comuns), que diz respeito à proporção de respostas dadas a áreas  $W$  (global, toda a mancha usada) e  $D$  (grande detalhe, parte da mancha que é frequentemente usada para se fornecer uma resposta) em que há um uso apropriado das características de forma (qualidade formal '+', 'o' e 'u'). Existem indícios que  $X+%$  encontra-se diminuído em pacientes com alto risco de psicose, em pacientes com diagnóstico recente (menos de dois anos) de esquizofrenia e em pacientes com esquizofrenia crônica (Kimhy & cols., 2007). Assim, é esperado, neste estudo, que pacientes com sintomas psicóticos tenham as variáveis indicativas de ajuste perceptivo  $X+%$ , e também  $XA%$  e  $WDA%$ , significativamente menores que aquelas encontradas na amostra normativa brasileira, e o índice  $X-%$  maior do que na amostra normativa.

## Método

### Participantes

Para este estudo foram avaliados 45 pacientes adultos, 28 mulheres e 17 homens, com média de idade de 36,9 anos (mínimo de 18 e máximo de 72 anos). Quanto à escolaridade, 21 (46,7%) pacientes tinham ensino médio completo, 10 (22,2%) Ensino Médio incompleto; 4 ensino fundamental completo e 3 ensino fundamental incompleto; 7 ingressaram no ensino superior, 4 deles o completaram e um concluiu mestrado. Quanto ao estado civil, 30 eram solteiros, 11 casados, dois separados, um divorciado e um viúvo. O número de participantes foi escolhido de acordo com o estudo total de validação do atlas e lista de qualidade formal brasileiros, sendo 90 pacientes psicóticos, metade da capital e a outra metade do interior do estado de São Paulo, e 90 não-pacientes também da capital e do interior do estado, totalizando ao fim, 180 pacientes. Essa quantidade foi considerada suficiente e viável na prática de pesquisa<sup>1</sup>.

Os pacientes foram avaliados e divididos em dois grupos, da seguinte forma: (a) 22 pacientes que preencheram critério para algum transtorno psiquiátrico sem a presença de sintomas psicóticos (Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Estresse Pós-traumático, Fobias específicas, Fobias Sociais, Transtorno Obsessivo-Compulsivo), condições nas quais as alterações de pensamento ou ideativas são menos importantes. Nesse grupo se esperava proximidade maior dos índices X-%, Xu%, X+% XA% e WDA% com a amostra normativa da lista de qualidade formal brasileira. Todos os pacientes desse grupo estavam sendo atendidos no Centro Clínico de Pesquisa em Psicoterapia do Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM. Essa foi uma amostra de conveniência, cujo critério de inclusão foi o de não possuir nenhum transtorno que envolvesse a presença de sintomas psicóticos. E (b) 23 pacientes que preencheram critério para transtornos psiquiátricos com presença de sintomas psicóticos (Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Depressão com sintomas psicóticos ou Transtorno Bipolar com sintomas psicóticos), patologias em que há maior alteração psicopatológica no que se refere ao pensamento, sensopercepção e consciência do eu. Dos 23 pacientes, 16 destes estavam internados na Enfermaria Psiquiátrica e os outros sete estavam sendo atendidos ambulatorialmente, ou no Programa do Primeiro Episódio Psicótico, ou no Programa de Esquizofrenia,

ou no Centro Clínico de Pesquisa em Psicoterapia da Unifesp/EPM. Nesse grupo seria esperado que se encontrassem maiores diferenças dos índices X-%, Xu%, X+%, XA% e WDA% da lista de qualidade formal da amostra normativa brasileira. Esta amostra foi intencional, escolhida por meio da leitura de prontuários ou indicação do psiquiatra de pacientes psicóticos, e teve como critério de inclusão possuir diagnóstico pela SCID-I que envolvesse a presença de sintomas psicóticos.

Durante as análises, os pacientes também foram divididos em outros dois grupos, conforme os sintomas psicóticos: (a) ausente ou mínimo, em que a pontuação da escala positiva da PANSS não excedeu o valor de 3 em nenhum dos 7 itens; (b) presentes, em que a pontuação da escala positiva da PANSS foi  $\geq 4$  em pelo menos um dos itens. Dessa forma, foi possível distinguir entre pacientes que apresentaram diagnóstico de transtorno psicótico pela SCID, porém com baixos sintomas clínicos atuais por estarem medicados e controlados ou em um período fora da crise, condições que fazem com que a escala positiva seja pontuada com baixos valores, daqueles pacientes com diagnóstico de psicose e com sintomas psicóticos claros atuais, ou em crise, que pontuam maiores escores na escala positiva.

### Instrumentos de seleção

No processo de seleção dos pacientes foram empregados dois instrumentos, a SCID-I (*Structured Clinical Interview for Diagnostic* – entrevista clínica estruturada para diagnóstico do DSM-IV) e a PANSS (*The Positive and Negative Syndrome Scale* – Escala das Síndromes Positiva e Negativa).

1. SCID-I – traduzida e validada por Del-Ben, Rodrigues e Zuardi (1996; Del-Ben, Zuardi & Rodrigues, 1998; Del-Ben & cols., 2001). Trata-se de entrevista estruturada para realização de um diagnóstico psiquiátrico de acordo com o DSM-IV. Foi aplicada de forma completa em todos os participantes.

2. PANSS – traduzida e validada por Vessoni (1993) (citado por Chaves & Shirakawa, 1998; Shirakawa & Chaves, 1996). Os valores das escalas positiva e negativa podem variar entre 7 e 49. Já o valor da escala de psicopatologia geral varia entre 16 e 112. Quanto maior a pontuação, mais sintomáticos se encontram os pacientes. Foi aplicada em todos os participantes.

O critério de exclusão seria a ausência de um diagnóstico psiquiátrico na SCID-I. Tal critério não ocorreu em nenhum dos casos, o que fez com que todos os pacientes avaliados entrassem nesta pesquisa.

<sup>1</sup> Tanto o estudo de validação do atlas como o número de participantes das pesquisas foram também sugerido por colega norte-americano e pesquisador do método de Rorschach, Gregory Meyer.

### Instrumento do estudo

Para o estudo de validação foi utilizado o método de Rorschach, Sistema Compreensivo (Exner, 2003). Para a análise de validação, serão utilizadas as variáveis de percepção adequada da realidade,  $X+%$ ,  $Xu%$ ,  $X-%$ ,  $XA%$  e  $WDA%$ , bem como analisadas as áreas de localização  $W$ ,  $D$ ,  $Dd$  (e incluindo  $S$  junto da sigla quando o espaço branco da mancha é utilizado).

### Procedimento

Em todos os casos, o paciente foi convidado a participar da pesquisa, sendo todos os instrumentos aplicados individualmente. Foi dado o termo de consentimento livre e esclarecido para que lessem e assinassem, aprovado pelo Comitê de Ética da Unifesp.

Três médicos psiquiatras que possuíam treinamento nos instrumentos aplicaram a SCID-I e a PANSS para o estabelecimento do diagnóstico e da gravidade dos sintomas apresentados pelo sujeito. Na mesma semana em que cada paciente respondeu à PANSS e à SCID-I, ocorreu a aplicação do Rorschach Sistema Compreensivo por uma das autoras, Marques.

### Análise dos dados

A codificação dos protocolos foi realizada utilizando-se tanto as áreas de localização e qualidade formal norte-americanas fornecidas por Exner (1999) como as áreas de localização e qualidade formal do projeto brasileiro (Villemor-Amaral & cols., 2006), conforme ocorreu com os demais estudos de validação (Leonel & cols., 2012; Pianowski & Villemor-Amaral, 2010). Uma das autoras, Yazigi, revisou a classificação de todos os protocolos.

Foi realizado estudo de confiabilidade das codificações de todas as categorias de respostas do Rorschach com três juizes independentes. O coeficiente  $kappa$  foi calculado segundo Meyer (1999). As variáveis de localização e espaço mostraram correlações excelentes ( $\kappa > 0,74$ ). A variável de qualidade formal (FQ) pela lista norte-americana mostrou correlação boa.

Com relação à análise estatística dos dados, as variáveis referentes à qualidade formal  $X+%$ ,  $Xu%$ ,  $X-%$ ,  $XA%$  e  $WDA%$  são ordinais e paramétricas. Foram realizadas comparações por meio de ANOVA e calculado o *effect size* Cohen's  $d$  de cinco agrupamentos diferentes, sendo (1) amostra normativa e o grupo total de pacientes, (2) pacientes com transtorno psicótico e sem transtorno psicótico pela SCID-I, (3) pacientes psicóticos e não-psicóticos pela PANSS, (4) amostra normativa, pacientes com transtorno psicótico e sem transtorno psicótico pela SCID-I e (5) amostra normativa, pacientes psicóticos e não-psicóticos pela PANSS. Optou-se pela utilização da ANOVA e não t-

Student para padronizar as análises para todos os grupos, visto que nas análises (1), (2) e (3) foram comparados dois grupos, e nas análises (4) e (5), três grupos. As variáveis relacionadas à localização,  $W$  (quando toda a mancha é usada),  $D$  (grande detalhe, um recorte da mancha que é usado com grande frequência pela população) e  $Dd$  (pequeno detalhe, recorte pouco frequente na população), também foram testadas.

Os índices provenientes dos protocolos classificados pelas listas norte-americanas são comparados com a amostra normativa brasileira classificada pela lista de qualidade formal norte-americana (Exner, 1999), e os índices provenientes da classificação dos protocolos pelas listas brasileiras são comparados com a amostra normativa classificada pela lista de qualidade formal brasileira.

## Resultados

Compararam-se as variáveis relacionadas às áreas de localização  $W$ ,  $D$  e  $Dd$  tanto norte-americanas quanto brasileiras para casos psiquiátricos e grupo normativo. Não houve diferença significativa entre as variáveis de localização comparando-se os grupos psiquiátrico e normativo, com exceção de  $Dd$  com a amostra brasileira, em uma diferença pequena no *effect size* (casos psiquiátricos  $m= 5,97$ ;  $DP= 8,34$ ; normativo  $m= 3,81$ ;  $DP= 4,75$ ;  $p= 0,01$ , Cohen's  $d= 0,41$ ). Compararam-se ainda as áreas de localização do grupo total dos pacientes com classificação pela lista norte-americana e pela brasileira, o que também não demonstrou nenhuma diferença relevante ( $p < 0,05$ ).

Dos 23 pacientes com diagnóstico que envolve sintomas psicóticos na SCID-I, 19 também foram considerados psicóticos pela PANSS. Os outros quatro pacientes, apesar de preencherem critério para diagnóstico de algum transtorno psicótico, não estavam sintomáticos no momento da avaliação, em um período fora de crise.

A Tabela 1 contém média e desvio padrão das variáveis  $XA%$ ,  $WDA%$ ,  $X+%$ ,  $X-%$ ,  $Xu%$  para seis grupos: (1) amostra normativa, (2) amostra total de pacientes, (3) pacientes sem diagnóstico de transtornos psicóticos pela SCID-I, (4) pacientes com transtornos psicóticos pela SCID-I, (5) pacientes sem sintomas psicóticos pela PANSS e (6) pacientes com sintomas psicóticos por meio da PANSS.

Foi realizado cálculo da comparação de médias por meio da ANOVA e o *effect size* (Cohen's  $d$ ) entre a amostra normativa e o grupo total de pacientes (psicóticos e não-psicóticos). As variáveis que apresentaram diferença relevante foram:  $XA%$  ( $F=32,794$ ;  $p=0,001$ ;  $d=0,73$ ),  $WDA%$  ( $F=17,649$ ;

$p=0,001$ ;  $d=0,50$ ),  $X+\%$  ( $F=8,683$ ;  $p=0,003$ ;  $d=0,53$ ),  $X-\%$  ( $F=29,495$ ;  $p=0,001$ ;  $d=0,74$ ),  $Xu\%$  ( $F=5,673$ ;  $p=0,018$ ;  $d=0,25$ ),  $XA\% br$  ( $F=24,264$ ;  $p=0,001$ ;

$d=0,75$ ),  $X-\% br$  ( $F=24,247$ ;  $p=0,001$ ;  $d=0,75$ ) e  $Xu\%$  ( $F=26,802$ ;  $p=0,001$ ;  $d=0,83$ ). A Figura 1 ilustra as diferenças que foram relevantes.

Tabela 1. Média e desvio padrão das variáveis para cada grupo

Variáveis	Amostra normativa ( $n=370$ )		Total dos pacientes ( $n=45$ )		Não-psicóticos pela SCID-I ( $n=22$ )		Psicóticos pela SCID-I ( $n=23$ )		Não-psicóticos pela PANSS ( $n=26$ )		Psicóticos pela PANSS ( $n=19$ )	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
XA%	0,78	0,12	0,69	0,15	0,73	0,12	0,66	0,17	0,73	0,11	0,64	0,17
WDA%	0,81	0,12	0,75	0,13	0,77	0,11	0,74	0,14	0,77	0,11	0,73	0,15
X+%	0,48	0,13	0,41	0,15	0,43	0,14	0,39	0,16	0,44	0,15	0,37	0,15
X-%	0,20	0,12	0,29	0,14	0,25	0,11	0,32	0,15	0,25	0,11	0,33	0,15
Xu%	0,31	0,12	0,28	0,12	0,30	0,12	0,27	0,12	0,29	0,12	0,27	0,12
XA% br	0,81	0,10	0,73	0,15	0,77	0,12	0,69	0,17	0,77	0,11	0,68	0,18
WDA%br	0,83	0,10	0,81	0,11	0,82	0,09	0,79	0,13	0,82	0,09	0,79	0,14
X+% br	0,45	0,13	0,46	0,14	0,48	0,14	0,45	0,15	0,49	0,14	0,43	0,14
X-% br	0,19	0,10	0,27	0,15	0,23	0,12	0,31	0,17	0,23	0,11	0,32	0,18
Xu% br	0,37	0,12	0,27	0,12	0,29	0,11	0,25	0,13	0,28	0,12	0,25	0,13

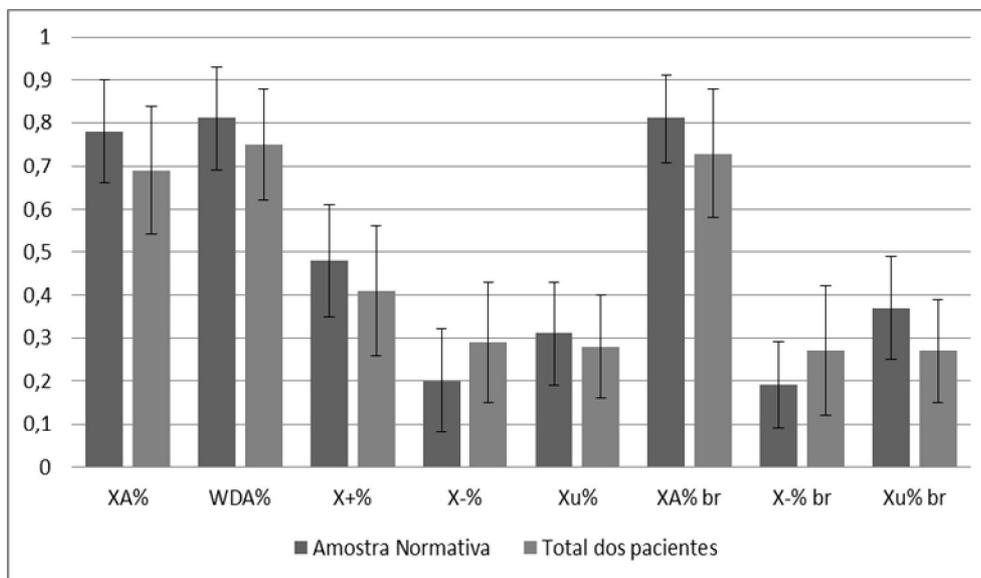


Figura 1. Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas na ANOVA entre a amostra normativa e o grupo total de pacientes

Para todas as variáveis classificadas pela lista de qualidade formal norte-americana e para três das cinco variáveis classificadas pela lista de qualidade formal brasileira, ocorreu diferença estatisticamente significativa. Quando os protocolos foram classificados pela lista norte-americana, os maiores valores de  $XA\%$ ,  $WDA\%$  e  $X+\%$  indicam que há adequação perceptiva maior no grupo normativo quando comparado ao grupo total de pacientes psiquiátricos. As respostas  $Xu\%$  também diminuíram no grupo de pacientes, ou seja, menor número de respostas pessoais nesse grupo. Já o índice  $X-\%$  foi significativamente maior no grupo dos pacientes, o que demonstra a dificuldade

perceptiva desse grupo e pode explicar sua diminuição do índice  $Xu\%$ . Essas mesmas tendências ocorreram nas variáveis  $XA\%$ ,  $X-\%$   $Xu\%$  quando os protocolos foram classificados pela lista de qualidade formal brasileira.

Foi calculada ainda a ANOVA do grupo de pacientes dividido por presença ou ausência de transtorno psicótico diagnosticado por meio da SCID-I. Nesse caso, nenhuma diferença estatisticamente relevante foi encontrada para essas variáveis ( $p < 0,05$ ).

No caso da ANOVA do grupo dos pacientes dividido pela presença ou ausência de psicose, verificada pela pontuação na escala positiva da PANSS,

as variáveis em que foram encontradas diferenças ( $p < 0,05$ ) foram:  $XA\%$  ( $F=4,663$ ;  $p=0,36$ ;  $d=0,65$ ),  $XA\% br$  ( $F=4,277$ ;  $p=0,45$ ;  $d=0,63$ ) e  $X-\% br$  ( $F=4,250$ ;  $p=0,45$ ;  $d=0,63$ ). A PANSS parece ser um instrumento mais

sensível para identificar os transtornos perceptivos agudos do que a SCID-I, que não mostrou diferenças estatísticas. A Figura 2, a seguir, mostra cada variável em que houve diferença estatística.

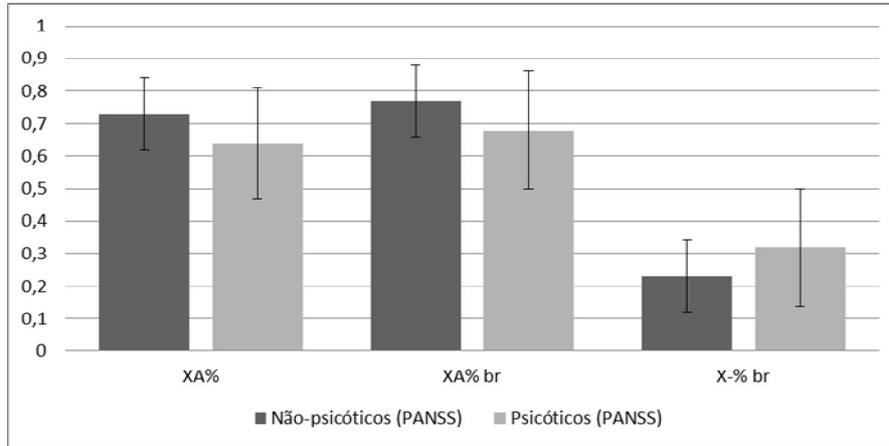


Figura 2. Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas na ANOVA o grupo de pacientes dividido pela presença e ausência de psicose pela PANSS

Nesse caso,  $XA\%$  foi significativamente maior nos pacientes que não apresentam sintomas psicóticos pela PANSS do que naqueles que apresentam tais sintomas tanto quando os protocolos são classificados pelas listas norte-americanas quanto pelas listas brasileiras. As respostas distorcidas,  $X-\%$ , foram claramente mais baixas nos pacientes sem sintomas psicóticos do que nos pacientes com sintomas psicóticos mais acentuados, com protocolos classificados pelas listas brasileiras.

Na ANOVA de três grupos, dois formados pelos pacientes divididos pela presença ou não de transtorno psicótico segundo o diagnóstico da SCID-I e o terceiro

grupo formado pela amostra normativa, as variáveis com diferenças estatisticamente relevantes ( $p < 0,05$ ) foram:  $XA\%$  ( $F=18,081$ ,  $p=0,001$ ,  $d$  normativo com psicóticos [NP]= 0,42,  $d$  normativo com não psicóticos [NN]= 0,001),  $WDA\%$  ( $F=8,923$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=0,58$ ;  $d_{[NN]}=0,33$ ),  $X+\%$  ( $F=4,643$ ;  $p=0,01$ ;  $d_{[NP]}=0,68$ ;  $d_{[NN]}=0,38$ ),  $X-\%$  ( $F=16,102$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=0,98$ ;  $d_{[NN]}=0,42$ ),  $Xu\%$  ( $F=3,252$ ;  $p=0,04$ ;  $d_{[NP]}=0,33$ ;  $d_{[NN]}=0,08$ ),  $XA\% br$  ( $F=14,115$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=1,14$ ;  $d_{[NN]}=0,40$ ),  $X-\% br$  ( $F=14,077$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=1,14$ ;  $d_{[NN]}=0,40$ ) e  $Xu\% br$  ( $F=13,979$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=0,99$ ;  $d_{[NN]}=0,67$ ). A Figura 3 ilustra as diferenças encontradas em cada variável.

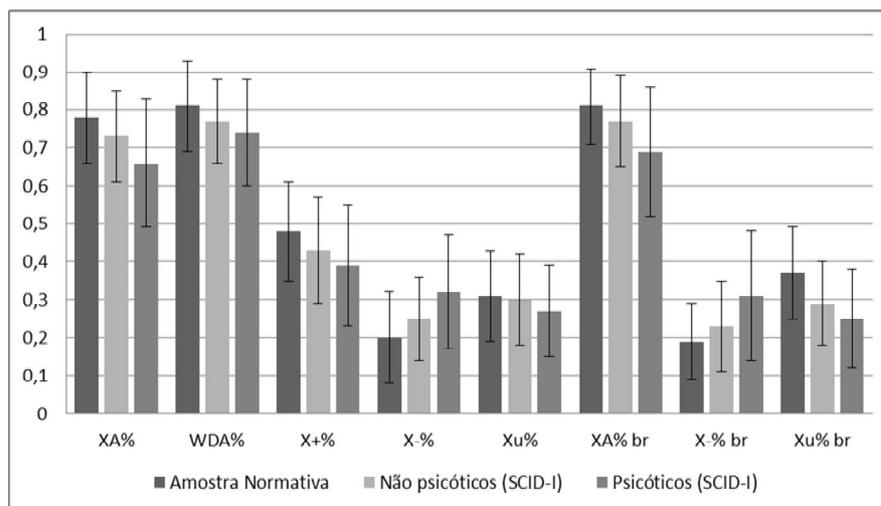


Figura 3. Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas na ANOVA entre a amostra normativa e o grupo de pacientes dividido pela presença e ausência de transtorno psicótico pela SCID-I

Os índices  $XA\%$ ,  $WDA\%$ ,  $X+\%$ , e  $Xu\%$ , quando as respostas são classificadas pelas listas norte-americanas, apresentaram médias mais altas quando comparados ao grupo de pacientes, e, entre o grupo dos pacientes, os não-psicóticos médias intermediárias e os psicóticos médias menores. A variável  $X-\%$  apresentou médias superiores para o grupo dos psicóticos em relação ao grupo dos não-psicóticos, e a amostra normativa possui as menores médias. Essa mesma tendência pode ser observada nas variáveis  $XA\%$ ,  $X-\%$  e  $Xu\%$  quando as respostas foram codificadas pelas listas brasileiras. Nessa divisão de grupos, também pode ser observada a maior adequação perceptiva da amostra normativa em relação da dos pacientes, e a dos pacientes sem diagnóstico de psicose em relação à dos pacientes com esse diagnóstico.

Por fim, foi realizada comparação das médias de três grupos por meio da ANOVA. Dois grupos foram

formados pelos pacientes divididos pela presença ou não de psicose por meio da PANSS, e o outro pela amostra normativa. O *effect size* (Cohen's  $d$ ) foi dividido para comparação dos grupos em pares. As variáveis com diferença estatisticamente relevantes foram:  $XA\%$  ( $F=19,731$ ;  $p=0,001$ ;  $d$  normativo com psicóticos  $[NP]=1,14$ ;  $d$  normativo com não-psicóticos  $[NN]=0,42$ ),  $WDA\%$  ( $F=9,234$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=0,66$ ;  $d_{[NN]}=0,34$ ),  $X+\%$  ( $F=5,652$ ;  $p=0,004$ ;  $d_{[NP]}=0,84$ ;  $d_{[NN]}=0,30$ ),  $X-\%$  ( $F=17,246$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=1,07$ ;  $d_{[NN]}=0,42$ ),  $Xu\%$  ( $F=3,080$ ;  $p=0,047$ ;  $d_{[NP]}=0,33$ ;  $d_{[NN]}=0,17$ ),  $XA\%$  br ( $F=16,292$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=1,23$ ;  $d_{[NN]}=0,40$ ),  $X-\%$  br ( $F=16,246$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=1,23$ ;  $d_{[NN]}=0,40$ ) e  $Xu\%$  br ( $F=13,831$ ;  $p=0,001$ ;  $d_{[NP]}=1,00$ ;  $d_{[NN]}=0,75$ ). A Figura 4 mostra as diferenças que foram relevantes estatisticamente.

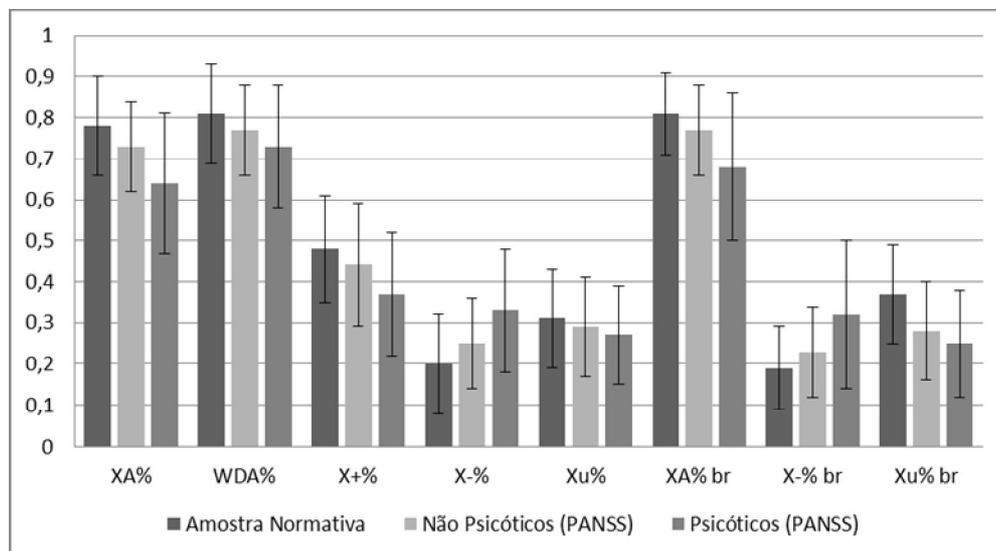


Figura 4. Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas na ANOVA entre a amostra normativa e o grupo de pacientes dividido pela presença e ausência de psicose pela PANSS

Quando as respostas são classificadas pelas listas norte-americanas, as variáveis  $XA\%$ ,  $WDA\%$ ,  $X+\%$  e  $Xu\%$  apresentam valores mais altos no grupo normativo brasileiro quando comparado ao grupo de pacientes, e, entre o grupo dos pacientes, os não-psicóticos apresentam valores intermediários e os psicóticos apresentam valores significativamente mais baixos, o que aponta para a maior adequação perceptiva da amostra normativa em relação aos pacientes, e também dos pacientes não-psicóticos em relação aos psicóticos. A variável  $X-\%$  apresentou valores superiores para o grupo dos psicóticos em relação ao grupo dos não-psicóticos, e este, valores superiores à amostra normativa. Também, quando as

respostas são classificadas pelas listas brasileiras, as variáveis  $XA\%$ ,  $X-\%$  e  $Xu\%$  apontaram na mesma direção das descritas para as listas norte-americanas.

## Discussão

Os resultados descritos mostram a tendência esperada. Quando os protocolos foram classificados pelo Atlas de localização e lista de qualidade formal brasileiros, os índices  $XA\%$  e  $X-\%$  mostraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de pacientes total e a amostra normativa, e quando se comparou a amostra normativa com o grupo de pacientes divididos pela presença ou ausência de

psicose, seja pela SCID-I, seja pela PANSS, em todos os casos, os pacientes psicóticos tiveram médias significativamente mais baixas em  $XA\%$  e mais altas em  $X-\%$ , e a amostra normativa, médias mais altas em  $XA\%$  e menores em  $X-\%$ . Também foram encontradas diferenças significativas estatisticamente nessas duas variáveis quando o grupo dos pacientes foi dividido pela PANSS e comparado entre si. Os resultados mostram também menor adequação perceptiva dos pacientes psicóticos em relação aos não-psicóticos.

No entanto, quando o grupo dos pacientes foi dividido pela SCID-I e comparado entre si, não houve diferenças estatísticas. A SCID-I é uma entrevista para elaboração de diagnóstico do DSM-IV. Já a PANSS é uma escala pensada para avaliar a gravidade dos sintomas de pacientes com esquizofrenia, sendo que uma de suas subescalas avalia especificamente os sintomas positivos ou psicóticos. Pode ser observado, na prática clínica, que pacientes com esquizofrenia ou outros diagnósticos com sintomas psicóticos presentes passam por períodos fora de crise, podendo ficar, em alguns casos, quase assintomáticos. Assim, a PANSS mostra ter maior sensibilidade em relação à SCID-I para indicar o momento em que o paciente encontra-se mais sintomático ou em crise e, portanto, com menor capacidade perceptiva.

A variável  $Xu\%$  apresentou médias estatisticamente maiores na amostra normativa em todas as comparações realizadas com os pacientes. Isso poderia ser atribuído à capacidade da população de não-pacientes de sair do que seria mais convencional, expressando aspectos mais próprios e pessoais sem uma inadequação nesse processo, o que poderia demonstrar maior flexibilidade para lidar com as situações diárias do que os pacientes psiquiátricos.

Quando as respostas foram classificadas pelas listas de localização e qualidade formal norte-americanas, foram encontradas diferenças estatísticas em todas as variáveis estudadas,  $XA\%$ ,  $WDA\%$ ,  $X+\%$ ,  $X-\%$  e  $Xu\%$ , quando a amostra normativa foi comparada com o grupo de pacientes, seja ele como um todo, seja ele dividido pela SCID ou PANSS. Essas diferenças apontam no mesmo sentido, ou seja, a amostra normativa demonstra acuidade perceptiva maior do que os pacientes não-psicóticos, e estes, por sua vez, maior que os psicóticos. Quando o grupo de pacientes foi dividido pela PANSS e comparado entre si, somente a variável  $XA\%$  apresentou diferença estatística, e quando dividido pela SCID, nenhuma diferença foi verificada. Novamente, a PANSS parece ter maior sensibilidade para detecção de pacientes que estejam psicóticos na situação da avaliação.

A variável  $XA\%$  parece ser a mais sensível para detectar a acuidade perceptiva entre as pessoas, já que

ela se mostrou estatisticamente significativa em todas as comparações realizadas em que alguma diferença pode ser observada, tanto para as classificações realizadas pelas listas norte-americanas quanto pelas brasileiras. Para as classificações feitas pelas listas brasileiras, a variável  $X-\%$  se mostrou também adequada para diferenciar distorções perceptivas.

No trabalho de Kimhy e cols. (2007), foram encontradas diminuições significativas na variável  $X+\%$  nos pacientes com alto risco de psicose, em pacientes com diagnóstico recente de esquizofrenia (menos de dois anos) e em pacientes com esquizofrenia crônica quando comparada à amostra normativa, no entanto, não diferiu de maneira significativa entre os três grupos de pacientes. Assim,  $X+\%$  foi a variável que se prestou à distinção entre pacientes psicóticos, ou com alto risco de psicose, e não-pacientes. Porém para detectar as diferenças de acuidade perceptiva entre os pacientes, a variável  $WSum6$  foi mais adequada.  $WSum6$  está relacionada com os códigos especiais críticos ponderados por gravidade que, no Sistema Compreensivo, correspondem a falhas na verbalização, incongruências, fabulações e contaminações nas respostas do sujeito. Essa variável não foi utilizada no presente estudo pelo fato de não guardar relação com a qualidade formal das respostas, alvo do estudo de validação.

Em outros trabalhos, o índice *Perceptual-Thinking Index* ou Índice de Pensamento e Percepção, PTI, foi utilizado como variável para identificar pacientes com alto risco de esquizofrenia (Ota, Obu, Sato & Asada, 2011) e também para diferenciar indivíduos com alto risco clínico de psicose daqueles sem transtornos psicóticos (Ilonen, Heinimaa, Korkeila, Svirskis & Salokangas, 2010). O PTI é um agrupamento composto por oito variáveis que, quando pontuam com grandes desvios da média, podem ser indicativas da presença de transtornos de pensamento. As variáveis aqui discutidas,  $XA\%$  e  $X-\%$ , fazem parte do índice PTI. No entanto, nos estudos acima mencionados não são especificadas quais as variáveis do PTI se encontram alteradas, o que impossibilita comparações dos achados. Dessa forma, tanto a variável  $Wsum6$  quanto o índice PTI poderão ser temas de investigações futuras.

Diferentemente da pesquisa de Kimhy e cols. (2007), no presente estudo, a variável  $X+\%$  não foi estatisticamente significativa em nenhuma das comparações realizadas quando as respostas foram classificadas pela lista brasileira, mas variou entre grupos quando classificadas pela lista norte-americana. Essa discrepância poderia ser explicada pelo fato de que, quando as respostas foram classificadas pelas listas brasileiras, houve um aumento de respostas com

qualidade formal 'o' em relação à classificação pela lista norte-americana. Algumas áreas de localização, antes codificadas como recortes inusuais, *Dd99*, na lista norte-americana, passaram para a categoria de "recorte comum" na lista brasileira. Desse modo, essas novas áreas passaram a ser codificadas como *D* ou *Dd* e algumas com qualidade formal 'o' na lista brasileira. Por esse motivo, a variável *XA%* se mostrou mais adequada para a diferenciação da acuidade perceptiva com as respostas classificadas por ambas as listas, já que engloba tanto as respostas de qualidade formal '+' e 'o', como em *X+%*, quanto a qualidade formal 'u', não incluída em *X+%*.

### Considerações finais

Há ainda pesquisas de validação do Atlas de localização e da lista de qualidade formal brasileiros em andamento. Há que se esperar o término das pesquisas para obtenção de conclusões mais definitivas a respeito da validade das áreas de localização e da lista de qualidade formal brasileiras. Ainda assim, poderia ser depreendido deste trabalho que as listas brasileiras possibilitaram diferenciar pacientes psiquiátricos de não-pacientes, e também entre graus de acuidade perceptiva apresentada pelos pacientes, sobretudo quando avaliados pelas variáveis *XA%* e *X-%*.

### Referências

- Chaves, A. C., & Shirakawa, I. (1998). Escala das Síndromes Negativa e Positiva – PANSS e seu uso no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), Edição Especial, 337-343.
- Del-Ben, C. M., Rodrigues, C. R. C., & Zuardi, A. W. (1996). Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29(12), 1675-1682.
- Del-Ben, C. M., Zuardi, A. W., & Rodrigues, C. R. C. (1998). Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico levantado sob supervisão e do diagnóstico obtido através da entrevista clínica estruturada para o DSM-III-R (SCID). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – APAL*, 20, 140-145.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A.W. (2001). Confiabilidade teste-reteste da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – versão clínica (SCID-CV) traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 156-159.
- Exner, J. E. (1991). *The Rorschach, a Comprehensive System: interpretation* (vol. 2). Nova Iorque: Wiley.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo* (A. C. Pacheco, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1995).
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach, a Comprehensive System* (vol. 1, 4ª ed.). Nova Iorque: Wiley.
- Ilonen, T., Heinimaa, M., Korkeila, J., Svirskis, T., & Salokangas, R. K. R. (2010). Differentiating adolescents at clinical high risk for psychosis from psychotic and non-psychotic patients with the Rorschach. *Psychiatry Research*, 179(2), 151-156.
- Kimhy, D., Corcoran, C., Harkavy-Friedman, J. M., Ritzler, B., Javitt, D. C. & Malaspina, D. (2007). Visual form perception: a comparison of individuals at high risk for psychosis, recent onset schizophrenia and chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 97, 25-34.
- Leonel, J. C., Semer, N. L., & Yazigi, L. (2012). Estudo brasileiro de validação para localização e lista de qualidade formal do Rorschach-SC: não-pacientes psiquiátricos. *Psico-USF* 17(1), 119-127.
- Meyer, G. J. (1999). Simple procedures to estimate chance agreement and kappa for the interrater reliability of response segments using the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 72(2), 230-255.
- Meyer, G. J., & Viglione, D. J. (2008). An introduction to Rorschach assessment. Em R. P. Archer & S. R. Smith (Eds.), *Personality Assessment* (pp. 281-336). Nova Iorque: Routledge.
- Ota, M., Obu, S., Sato, N., & Asada, T. (2011). Neuroimaging study in subjects at high risk of psychosis revealed by the Rorschach test and first-episode schizophrenia. *Acta Neuropsychiatrica*, 23, 125-131.
- Pianowski, G., & Villemor-Amaral, A. E. (2010). Localização e qualidade formal do Rorschach-SC no Brasil: validade com não-pacientes. *Psico-USF*, 15, 333-343.
- Rorschach, H. (1969). *Psicodiagnostico* (L. Rosenthal, trad.). Buenos Aires: Editorial Paidós. (Original publicado em 1921).
- Shirakawa, I., & Chaves, A. C. (1996). Um ano de experiência com clozapina no tratamento de pacientes esquizofrênicos crônicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(1), 43-49.

Vessoni, A. L. N. (1993). *Adaptação e estudo da confiabilidade da Escala de Avaliação das Síndromes Positiva e Negativa para a esquizofrenia no Brasil* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Viglione, D. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). The Rorschach: facts, fictions and future. *Psychological Assessment, 13*(4), 452-471.

Villemor-Amaral, A. E., Silva-Neto, A. C. P., & Nascimento, R. S. G. F. (2003). *O método de Rorschach no Sistema Compreensivo: notas sobre estudos brasileiros 1*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E., Yazigi, L., Nascimento, R. S. G. F., Primi, R., & Semer, N. L. (2006).

Elaboração do atlas e lista de qualidade formal do Rorschach no Sistema Compreensivo para uma amostra brasileira – comunicação preliminar. Em N. A. Silva Neto & D. M. Amparo (Org.), *Métodos Projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e cultural* (pp. 70-75, vol. 1). São Paulo: Vetor.

Recebido em 13/10/2011  
Reformulado em 22/05/2012  
Aprovado em 24/09/2012

Sobre as autoras:

**Thaís Cristina Marques** é psicóloga graduada pela Universidade de São Paulo, especialista em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo e mestre em Saúde Mental pela UNIFESP-EPM, com pesquisa financiada pela FAPESP. Atualmente é professora assistente da Universidade Bandeirante de São Paulo e leciona o método de Rorschach na especialização em Psicologia da Saúde da UNIFESP.

**Ana Cristina Chaves** é médica psiquiatra, fez doutorado sanduíche no Mount Sinai Hospital, vinculado à Universidade de Toronto defendido na UNIFESP-EPM, pós-doutorado na PRIME Clinic, vinculada à Universidade de Toronto. Atualmente é professora afiliada no Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, vinculada ao Programa de Esquizofrenia. Criou o Programa de Assistência e Pesquisa ao Primeiro Episódio Psicótico.

**Latife Yazigi** é psicóloga, mestre e doutora pela Universidade de São Paulo, pós-doutorada pela Universidade de Chicago e livre-docente pela Escola Paulista de Medicina. Atualmente é professora titular do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM).

Contato com as autoras:

Rua Borges Lagoa, 570, 1º andar – Vila Clementino – CEP 04038-020. São Paulo -SP, Brasil.  
E-mail: thaismarques@gmail.com