

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Tese de Doutorado

ESQUIZOFRENIA E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Ana Cristina Resende
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre, novembro de 2009.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

ESQUIZOFRENIA E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Ana Cristina Resende

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre, novembro de 2009.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

ESQUIZOFRENIA E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Ana Cristina Resende

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre, novembro de 2009.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

ANA CRISTINA RESENDE

ESQUIZOFRENIA E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon
Presidente

Prof.^a Dr.^a Anna Elisa de Villemor-Amaral
Universidade São Francisco

Prof.^a Dr.^a Denise Ruschel Bandeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Blanca Susana Guevara Werlang
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, novembro de 2009.

*Ao meu marido e aos meus pais
O amor dessas pessoas é o dom supremo
que me torna uma pessoa melhor a cada
dia.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu grupo de pesquisa “*Avaliação e intervenção no ciclo vital*” e em especial à minha orientadora, Profa. Dra. Irani I. de Lima Argimon, por me aceitar de braços abertos e por caminhar comigo nessa viagem insólita, por ser uma pessoa generosa, sábia e extremamente acessível. À bolsista de iniciação científica *Fabírcia Silva Pereira* que me auxiliou incansavelmente durante o período em que não estive presente em Porto Alegre;

Aos médicos psiquiatras *Dr. Luiz Pires, Dr. Carlúcio Costa, Dr. Miguel Augusto, Dra Dulcinéia de Souza, Dra. Rosângela Bonfim, Dra. Rosângela Diniz, Dr. Sidney Santos e Dr. Jeziel Ramos* que colaboraram e tornaram este estudo viável, como também às psicólogas *Waldenia Silveira e Fábria Armellini* que trabalhavam junto aos médicos, que facilitaram o acesso aos pacientes e aos seus familiares;

Aos pacientes que fazem parte desta pesquisa e aos seus *familiares* por consentirem a participação de cada um deles;

À *Seille C. Garcia Santos*, amiga e companheira sempre presente no percurso do doutorado, pelas trocas, críticas e sugestões;

Ao Dr. *Donald Viglione* pelo acolhimento durante o Estágio no Exterior na California School of Professional Psychology, pela confiança que depositou em mim, pelos ensinamentos e discussões;

À *CAPES* pelo auxílio financeiro que viabilizou o doutorado.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R433e Resende, Ana Cristina

Esquizofrenia e avaliação psicológica / Ana Cristina Resende. – Porto Alegre, 2009.

84 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Irani Iracema de Lima Argimon.

1. Psicologia Clínica. 2. Esquizofrenia. 3. Rorschach, Técnica de. 4. Criatividade (Psicologia). I. Argimon, Irani Iracema de Lima.

II. Título.

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

Resumo

Esta tese de doutorado está organizada em três seções que têm como objetivo principal o estudo da esquizofrenia no âmbito da avaliação psicológica. A esquizofrenia continua a ser um desafio para os estudiosos por não ter causas precisamente conhecidas, por não ter sintomas patognomônicos, devido à sua heterogeneidade sintomatológica, intrincada detecção precoce e complexidade diagnóstica. A primeira seção constitui um artigo teórico sobre a esquizofrenia e a criatividade artística. O estudo foi baseado no levantamento da produção científica nas bases de dados *Web of Science*, *PsycINFO* e *Medline*, dos últimos dez anos, utilizando as palavras-chave *Schizophrenia* e *Creativity*. A maioria dos estudos aponta que o mais provável é que a vulnerabilidade para a esquizofrenia manifeste diferentes vantagens criativas por causa de suas possíveis características perceptuais, cognitivas e de personalidade. Contudo, a ideia de um único espectro de esquizofrenia para desencadear a criatividade artística também não é defensável. A segunda seção trata de um estudo de correlação entre as variáveis da técnica de Rorschach (Sistema Klopfer) e os grupos de sinais e sintomas da CID-10 para a esquizofrenia. Participaram desse estudo 80 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia pela CID-10, com recidiva da doença, internados em hospitais psiquiátricos de Goiânia. Observou-se que, dentre os 8 grupos de sinais e sintomas da CID-10 para esquizofrenia, 7 grupos tiveram correlações com variáveis distintas do Rorschach. Essas correlações integram dois tipos de conhecimentos que propiciam um trabalho mais integrado entre essas duas categorias de profissionais da saúde. A terceira seção, utilizando os mesmos dados dos sujeitos da segunda seção, analisou as diferenças entre os gêneros na esquizofrenia, no que diz respeito ao predomínio de grupos de sintomas da CID-10 e aos aspectos da personalidade avaliados pelo Rorschach. Os achados dessa investigação sustentam estudos anteriores que afirmam que as mulheres tendem a desenvolver uma forma mais benigna da doença. Considerou-se que as diferenças entre os gêneros na esquizofrenia devem ser estimadas durante as investigações psicológicas, como também deve constituir uma parte integrante do programa de tratamento de pessoas acometidas por essa doença. No geral, os três estudos da tese realçam a importância de se identificar pessoas em risco ou com sintomas prodromáticos da esquizofrenia para que a doença não deteriore a capacidade dessas pessoas de terem uma vida digna, como também ampliaram a compreensão dos sinais observáveis na CID-10 com suas respectivas significações ou representações psicológicas no Rorschach, além de evidenciar a necessidade de se desenvolver atividades terapêuticas mais pertinentes não só para pacientes que apresentam grupos de sintomas diferenciados, mas, também, a necessidade de elaboração de estratégias de tratamento mais apropriadas para pacientes do sexo masculino e feminino.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Técnica de Rorschach, CID-10, Gêneros, Criatividade Artística.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Sub-área classificação CNPq: 7.07.01.00-8 (Fundamentos e Medidas da Psicologia)

Abstract

The present thesis is organized in three sections which have as their main objective the study of the schizophrenia on what concerns a psychological assessment. The schizophrenia continues being a challenge for not having precise known causes, and also for not having pathognomic symptoms due to its symptomathologic heterogeneity, intricate early detection and a complex diagnosis. The first section constitutes itself as a theoretical article about schizophrenia and artistic creativity. The study was based on a survey of the scientific production in the databases *Web of Science*, *PsycINFO* and *Medline* for the last ten years, using the key words *Schizophrenia* and *Creativity*. The majority of the studies points out that the most probable is that the vulnerability for schizophrenia manifest several creative advantages because of its possible perceptual, cognitive and personality characteristics. However, the idea of a sole spectrum of schizophrenia to trigger artistic creativity is not also defensive. The second section deals with a correlational study between the variables of the Rorschach technique (Klopfer System) and a group of signals and symptoms of ICD-10 for schizophrenia. 80 patients participated in this study and they were diagnosed with schizophrenia by ICD-10 with illness recidivation, and psychiatric hospitalization in Goiânia. We observed that among the 8 groups of signals and symptoms of ICD-10 for schizophrenia, 7 groups had correlations with distinct variable of Rorschach. These correlations integrate two types of knowledge that favors a more integrated work between these two health care professionals. The third section used the same subject data of the second section. It analyzed the differences between the genders in schizophrenia on what concerns the predominance of symptom groups of ICD-10 and the personality aspects assessed by Rorschach. The findings of this investigation support earlier studies which assert that women tend to develop a more benign form of the illness. We considered that the differences between genders in schizophrenia should be estimated during psychological investigations, as they also have to constitute an integrating part of the treatment program for people assailed by this illness. In general, the three thesis studies highlight the importance of identifying people in risk or with prodromic symptoms for schizophrenia so that the illness may not deteriorate the capacity of these people to run a worthy life. These studies also widened the understanding of the observable signals in ICD-10 with its respective meanings or psychological representations in the Rorschach, besides making evident the necessity to develop therapeutic activities more relevant not only for patients that present groups of differentiated symptoms, but also the necessity to elaborate more appropriate treatment strategies for male and female patients.

Key words: Schizophrenia, Rorschach Technique, ICD-10, Genders, Artistic Creativity.

CNPq classification area: 7.07.00.00-1 (Psychology)

CNPq sub-classification area: 7.07.01.00-8 (Psychology fundamentals and measurements)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	10
LISTAS DE SIGLAS.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
SEÇÃO I	
ESQUIZOFRENIA E CRIATIVIDADE ARTÍSTICA	18
Definição dos construtos esquizofrenia e criatividade artística.....	19
Esquizofrenia e criatividade artística na última década.....	21
Considerações finais	30
SEÇÃO II	
A TÉCNICA DE RORSCHACH E OS CRITÉRIOS DA CID-10 PARA O DIAGNÓSTICO DA	
ESQUIZOFRENIA.....	32
Critérios diagnósticos de esquizofrenia adotados na pesquisa.....	33
Variáveis do Rorschach e Critérios da CID-10 para a esquizofrenia.....	35
Método.....	37
Delineamento.....	37
Hipóteses.....	37
Amostra.....	38
Instrumentos para coleta de dados.....	39
Procedimentos para coleta de dados.....	40
Procedimentos para análise de dados.....	41
Resultados e Discussão.....	41
Considerações finais	53
SEÇÃO III	
AS DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS NA ESQUIZOFRENIA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE	
RORSCHACH.....	55
Método.....	57
Amostra.....	57
Instrumentos para coleta de dados.....	60
Procedimentos para coleta de dados.....	61
Procedimentos para análise de dados.....	62
Resultados e Discussão.....	63
Considerações finais	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	81
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS.....	82
Anexo B – Aprovação no Exame de Qualificação.....	83
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	CrITÉrios diagnÓsticos da CID-10 para esquizofrenia	34
Tabela 2.	CrITÉrios da CID-10 e variÁveis do Rorschach para a esquizofrenia	36
Tabela 3.	ConcordÂncia entre juÍzes 1 e 2 nas categorias de codificaÇão do Rorschach (n= 20 protocolos, respostas= 269)	41
Tabela 4.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 1 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	42
Tabela 5.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 2 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	43
Tabela 6.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 3 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	45
Tabela 7.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 4 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	47
Tabela 8.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 5 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	48
Tabela 9.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 6 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	48
Tabela 10.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 7 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	49
Tabela 11.	CorrelaÇão entre os crITÉrios 8 da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	51
Tabela 12.	CorrelaÇão entre os 8 crITÉrios da CID-10 e as variÁveis do Rorschach para esquizofrenia	53
Tabela 13.	Estatística descritivas das variÁveis mais caracterÍsticas da esquizofrenia na tÉcnica de Rorschach (n=80)	53
Tabela 14.	VariÁveis do Rorschach distribuÍdas por gÊnero referentes aos aspectos cognitivos, afetivos e integraÇão interpessoal	60
Tabela 15.	DiferenÇas entre os gÊneros nos dados clÍnicos e demogrÁficos de pacientes com esquizofrenia (n= 80)	62
Tabela 16.	VariÁveis do Rorschach distribuÍdas por gÊnero referentes aos aspectos cognitivos	64
Tabela 17.	Prova do Qui-quadrado dos Tipos de vivÊncia no Rorschach distribuÍdas por gÊnero	64
Tabela 18.	VariÁveis do Rorschach distribuÍdas por gÊnero referentes aos aspectos afetivos	66
Tabela 19.	VariÁveis do Rorschach distribuÍdas por gÊnero referentes aos aspectos de integraÇão interpessoal	67

LISTAS DE SIGLAS

CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças Mentais e Problemas de Saúde Relacionados
F20	Diagnóstico de Esquizofrenia pela CID-10
F30	Diagnóstico de Episódio Maníaco pela CID-10
F32	Diagnóstico de Episódio Depressivo pela CID-10
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
R↓	Número de respostas baixo
At,	Conteúdo Anatômico
Sex	Conteúdo Sexual
M-	Movimento Humano Negativo
M em Dd	Movimento Humano projetado em Detalhe Incomum
Hd	Conteúdo de Detalhe Humano
H+A<Hd+Ad	A soma do Conteúdos Humanos e Animais Inteiros é menor do que a soma dos Conteúdos de Detalhes Humanos e Detalhes Animais
M none;	Movimento Humano sem qualidade formal
G%,	Porcentagem de Respostas Globais
G- > G+	Respostas Globais com qualidade formal negativa maior do que as Globais de qualidade formal positiva
Dd%	Porcentagem de Detalhes Incomuns
PO	Código Especial de Resposta de Posição
(H)	Conteúdo Humano Descaracterizado (com conotações sobrenaturais, espirituais, mitológicas, legendárias, antropomórficas ou extraterrestres)
DR2	Resposta Desviante de nível 2: Frases bastante inadequadas ou irrelevantes durante a resposta. Divagações.
FM	Movimento Animal
VIII+IX+X/R↓	Baixo índice de afetividade, menor do que o esperado no intervalo normativo
Cpuro	Resposta de cor sem forma ou de cor pura
FC<CF+C	A soma de todas as Respostas Forma-Cor (FC) é menor do que a soma de todas as Respostas Cor-Forma (CF) mais Cor pura
$\sum C$	Somatório Ponderado de Cor Cromática (FC.0,5)+(CF.1,0)+(C.1,5)
$\sum C'$	Somatório de Respostas de Cor Acromática (FC'+C'F+C')
\sum Sombreado	Somatório de todas as respostas de sombreado (sombreado radiológico+ sombreado perspectiva+ sombreado textura)
Cn	Cor nomeada, a resposta é a própria cor (um dos tipos de cor pura)
$\sum H\downarrow$	Baixo número de Conteúdos Humanos (H+(H)+(Hd)+Hd)
Cor-Somb	Resposta que tem um determinante de Cor Cromática (FC, CF ou C) e um determinante de Sombreado (Radiológico, Perspectiva ou Textura).
MOR	Conteúdos Mórbidos: com alguma característica estragada, quebrada, deteriorada, desvitalizado, em decomposição ou morta
ChA	Choque Acromático
ChC	Choque Cromático
SI	Sentimento de Incapacidade
S	Resposta emitida no espaço branco do cartão

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado, intitulada “Esquizofrenia e Avaliação Psicológica”, foi produzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), vinculada ao grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital” coordenado pela Prof^a. Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon. O presente estudo destaca dois temas importantes na atividade do exercício profissional do psicólogo: a esquizofrenia e a avaliação psicológica. Buscou-se integrar conhecimentos a respeito de uma psicopatologia e investigação diagnóstica, tanto no campo da Psicologia quando da Psiquiatria, para que inferências mais confiáveis sejam elaboradas, e para que os profissionais possam, a partir da avaliação psicológica precisa do paciente, estabelecer tratamentos e abordagens mais adequados ao caso, visto que esse aspecto ainda é falho nesse contexto.

O termo esquizofrenia foi criado pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler e usado pela primeira vez em 24 de abril de 1908, assevera Kaplan (2008). Contudo, quem primeiro descreveu as condições dessa enfermidade foi o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, em 1896, que a denominava de demência precoce. Após pouco mais de um século, é impossível pensar em psicopatologia sem pensar em esquizofrenia, um dos maiores enigmas nesse campo de estudo. Atualmente, apesar dos avanços, a esquizofrenia continua a ser um desafio para os estudiosos e tem sido objeto de numerosos estudos nas áreas da Psicologia e da Psiquiatria. Essa doença ainda não tem causas precisamente conhecidas, como também não se pode identificar sintomas patognomônicos, principalmente devido à heterogeneidade sintomatológica, à intrincada detecção precoce, à complexidade diagnóstica e à dificuldade, que se tem no momento, em prognosticar e planificar o tratamento.

Os dados epidemiológicos denunciam que a esquizofrenia é um problema mundial de saúde pública de primeira grandeza. É uma doença que ocorre em todos os povos e culturas com incidência semelhante. Atinge aproximadamente 1% da população adulta, independentemente de sexo, de condições socioculturais e econômicas. Na maioria das vezes, são devastadoras as consequências psicológicas e sociais, tanto para o portador quanto para sua família. Em média, os esquizofrênicos ocupam 50% de todos os leitos dos hospitais psiquiátricos. Os custos com as recaídas, serviços de internação, medicação, mortalidade, perda de empregos, impacto sobre a família e segurança (quando não tratados,

esses pacientes podem ser agressivos) são muito altos (Knapp, Simon, Percudani & Almond, 2005; Sadock & Sadock, 2007).

Dois dos principais motivos desse alto custo são: os pacientes dificilmente são reconhecidos precocemente e, segundo, quando são identificados, na maioria das vezes, o processo da doença já está bem adiantado e muitos não aderem aos tratamentos por um processo típico da doença de se sentirem perseguidos e ameaçados por quase todos, inclusive pelos profissionais da saúde. Desse modo, podem sabotar o tratamento medicamentoso, o psicoterapêutico e de apoio comunitário. No que tange ao primeiro motivo, um dos grandes desafios dessa enfermidade é fazer com que as pessoas em risco, ou com sintomas prodrômicos, sejam reconhecidas para que se inicie a farmacoterapia e a psicoterapia específica o mais cedo possível, pois precocemente esses dois tratamentos conjugados podem, no mínimo, retardar o início e evitar a cronificação da doença.

No que se refere ao segundo motivo – a falta de adesão aos tratamentos, particularmente aos psicoterapêuticos no caso deste estudo de doutorado – acredita-se que abordagens mais adequadas às necessidades do paciente possam aumentar a adesão aos tratamentos. Contudo, para se garantir um tratamento bem sucedido é necessário um processo de avaliação psicológico acurado, para que se possa reunir grupos de pacientes mais homogêneos, que permitam avaliar a efetividade para os diferentes protocolos de psicoterapia e responder a principal pergunta: qual o melhor método de tratamento para cada paciente.

Dessa forma, no que diz respeito às duas questões discutidas acima, ambas estão relacionadas ao campo da avaliação psicológica. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP) na Resolução nº 007/2003, a avaliação psicológica pode ser entendida “como o processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação a respeito de fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas, métodos, técnicas e instrumentos” (p. 3). A avaliação psicológica constitui-se em uma importante atividade do exercício profissional do psicólogo. No que diz respeito à psicopatologia, um dos objetivos a ser alcançado refere-se ao correto diagnóstico, considerando a importância de se obter maior precisão diagnóstica, que é um dos focos principais dessa tese, para estabelecer tratamentos e abordagens adequadas.

Para se realizar uma avaliação psicológica adequada, além dos conhecimentos essenciais de psicologia tais como teorias da personalidade, psicopatologia, psicologia

social e do desenvolvimento, é necessário dispor do conhecimento básico em psicometria e domínio de técnicas de investigação psicológica. Os instrumentos de avaliação consistem em: testes, observações, entrevistas, dinâmicas de grupo, escuta ou intervenções verbais. Essas ferramentas devem obedecer às condições mínimas requeridas de qualidade e de uso, devendo ser adequadas ao que se propõem a investigar (Pasquali, 2005).

Dentre os instrumentos de avaliação, o teste psicológico é o instrumento mais sofisticado e deve ser utilizado exclusivamente pelos psicólogos. O teste psicológico é uma medida objetiva e padronizada de comportamento cujo valor diagnóstico e preditivo depende do grau em que serve como indicador de uma área relativamente ampla e significativa do comportamento (Anastasi e Urbina, 2000). Entende-se que os testes permitem o levantamento de informações significativas especialmente quando é necessário antecipar o conhecimento de processos psíquicos (cognitivos, afetivos, comportamentais, de interação interpessoal, autopercepção e manejo do estresse) do indivíduo.

Os dois estudos empíricos que compõem esta tese foram realizados por meio de um teste psicológico, mais conhecido como a técnica de Rorschach. O Rorschach é uma técnica de avaliação de personalidade construída por Hermann Rorschach, em 1921, na Suíça. Esse instrumento é reconhecido mundialmente por sua eficácia na avaliação do funcionamento psíquico de crianças, jovens e adultos, quer sejam considerados normais ou diagnosticados com alguma psicopatologia. A esquizofrenia e a técnica de Rorschach têm raízes históricas que se sobrepõem. Desde que a técnica foi desenvolvida, clínicos e pesquisadores têm devotado bastantes esforços para identificar e descrever sinais de esquizofrenia. Essa técnica, como instrumento clínico e de pesquisa, sempre foi considerada, no campo da avaliação psicológica, um método eficiente para avaliar e estudar essa psicopatologia (Kleiger, 1999).

Para o desenvolvimento desta tese, inicialmente foi elaborado e encaminhado para apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS um projeto intitulado “Estudo sobre os critérios da CID-10 e as variáveis do Rorschach para o diagnóstico de esquizofrenia” (ver Anexo A). Obtida essa aprovação, foram realizados contatos com quatro hospitais psiquiátricos, sendo três em Goiânia e um em Anápolis, cidade próxima a Goiânia. O objetivo geral desse estudo foi efetuar um estudo de correlação entre as variáveis da técnica de Rorschach e os grupos de sinais e sintomas da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados – CID-10 (OMS, 1993) – no que tange ao diagnóstico da esquizofrenia.

É importante esclarecer que, embora o doutorado tenha ocorrido em Porto Alegre, a doutoranda mora e trabalha na cidade de Goiânia (Goiás). Além disso, três dos hospitais contatados para o presente estudo já haviam apoiado o estudo de mestrado da autora, que também, em parte, investigava os processos psíquicos em pacientes com esquizofrenia.

Após a diretoria das quatro instituições aprovar a proposta de estudo deste doutorado, os pacientes com esquizofrenia, que se adequavam à descrição da amostra, foram selecionados junto aos médicos desses hospitais. Essa amostra foi constituída por pacientes com esquizofrenia, com recidiva da doença e com o diagnóstico confirmado no prontuário por no mínimo dois médicos psiquiatras. Foram excluídos aqueles pacientes em que houve uma manifestação de episódio maníaco (F30), ou de episódio depressivo (F32), anteriores aos sintomas característicos de esquizofrenia, bem como aqueles pacientes em que se detectou a presença de doença cerebral orgânica, estado de intoxicação, dependência, abstinência de álcool ou drogas. Encontrar esses pacientes não foi fácil, especialmente em função da comorbidade com dependência de álcool ou de outras drogas ilícitas.

A coleta de dados para o estudo piloto foi realizada depois que o paciente concordava com sua participação e o seu responsável assinava um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C). Os resultados desse estudo preliminar – publicados nos Anais da XIII Conferência de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, da Universidade do Minho (Resende & Argimon, 2008) – foram considerados viáveis e adequados aos propósitos da pesquisa, propiciando consistente material para responder aos objetivos da investigação.

Paralelamente ao estudo piloto foi elaborado um Ensaio Temático intitulado “Loucura, criatividade artística e a técnica de Rorschach”. Nele foram descritos dados históricos, como também dados de estudos empíricos e teóricos mais atualizados e informações obtidas por meio da Técnica de Rorschach que discutiam as possíveis relações entre os construtos loucura, enfocando a esquizofrenia, e a criatividade artística. Concluídos o Projeto de Tese com o Estudo Piloto e o Ensaio Temático, foi realizado o Exame de Qualificação no dia 13 de julho de 2007, sendo a Comissão Examinadora composta pelas professoras Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon (Orientadora Presidente, PUCRS), Dr^a. Denise Ruschel Bandeira (UFRGS) e Dr^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes (PUCRS). Conferida a aprovação (ver Anexo B) e considerando as sugestões feitas pela banca, deu-se seguimento ao estudo.

A coleta de dados para a tese sucedeu-se nos três hospitais de Goiânia e as dificuldades na seleção dos pacientes continuaram as mesmas encontradas durante a fase do estudo piloto – muitos pacientes eram dependentes do álcool ou de outras drogas e, portanto, não poderiam participar da investigação. Estudos apontam que, em áreas urbanas, em média 50% dos pacientes com esquizofrenia apresentam dependência de álcool ou outras drogas (Volkow, 2009). Essa coleta foi realizada em duas etapas, que foram finalizadas quando todos os pacientes dos três hospitais, com o perfil delineado pelo estudo, já haviam sido avaliados. A primeira etapa ocorreu nos seis meses subsequentes ao Exame de Qualificação e a segunda etapa após o Estágio de Doutorado no Exterior.

Esse estágio no exterior, com duração de cinco meses, foi realizado na California School of Professional Psychology, Alliant International University (AIU), San Diego – CA – Estados Unidos, tendo como co-orientador o Prof. Dr. Donald Viglione, Ph.D. O objetivo principal dessa atividade foi aprimorar o estudo e a pesquisa com o Método de Rorschach, bem como discutir o projeto de doutorado em andamento no Brasil. Nessa ocasião a doutoranda participou dos seminários de pesquisa dos doutorandos do Dr. Viglione, onde teve a oportunidade de apresentar o seu projeto com os resultados parciais e discuti-los com a turma, bem como engajou em dois outros trabalhos de pesquisa em andamento, com o Método de Rorschach, realizados pelo seu co-orientador em parceria com outros doutores de outras universidades dos Estados Unidos, da Europa, da Ásia e do Brasil. Ficou acordado que os protocolos de Rorschach desse estudo deverão ser incluídos em um estudo futuro de normatização do índice de esquizofrenia e do índice de distúrbio do pensamento no Método de Rorschach.

Com base na operacionalização do Projeto de Tese, no estudo do material bibliográfico e na análise dos dados coletados, foi possível organizar três seções, que representam a Tese de Doutorado. A organização da tese sob este formato segue as orientações do Ato Normativo 002/07 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

A Seção I, intitulada “Esquizofrenia e Criatividade artística”, baseou-se no levantamento da produção científica nas bases de dados *Web of Science*, *PsycINFO* e *Medline*, dos últimos dez anos, utilizando as palavras-chave *schizophrenia* e *creativity*. Ao total foram encontrados 180 artigos, dentre os quais, após a leitura criteriosa dos resumos, foram selecionados 16 artigos que focavam especialmente no tema proposto. A importância desse artigo teórico é que ele procura agrupar informações úteis que apontam

por onde caminham as investigações sobre a possível relação entre esquizofrenia e criatividade artística, que foi herdada desde a Grécia antiga, quando se correlacionava loucura e criatividade.

Na Seção II, denominada “A técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia”, analisou-se as correlações verificadas entre o instrumento psiquiátrico de diagnóstico, a CID-10, e o instrumento psicológico de compreensão do funcionamento da personalidade, o Rorschach. Destaca-se que esta seção responde ao projeto de tese. Nela observou-se que os dois instrumentos integram dois tipos de conhecimentos que propiciam intervenções clínicas e planejamentos de tratamento psicoterapêutico mais circunstanciados, permitem reunir grupos de pacientes mais homogêneos, que viabilizam avaliar a efetividade e a eficácia para os diferentes protocolos de psicoterapia, bem como facilitam um trabalho integrado entre essas duas categorias de profissionais da saúde.

E, finalmente, na Seção III: “As diferenças entre os gêneros na esquizofrenia através da técnica de Rorschach”, destacou-se as diferenças entre os homens e mulheres na esquizofrenia, particularmente nos aspectos cognitivos, afetivos e de integração interpessoal avaliadas por meio da técnica de Rorschach. Vale ressaltar que as diferenças encontradas não são encontradas nos dados normativos do Rorschach quando aplicado na população em geral. Além desses aspectos, também verificou se havia o predomínio de algum grupo de sintomas avaliados pelo diagnóstico psiquiátrico realizado mediante a entrevista baseada nos critérios da CID-10.

SEÇÃO I

ESQUIZOFRENIA E CRIATIVIDADE ARTÍSTICA

A possível ligação entre loucura e criatividade tem sido uma fonte persistente de fascínio para a humanidade durante séculos. Na Grécia Antiga, Platão referiu-se à inspiração poética como loucura divina, enquanto Aristóteles chegou a afirmar que nunca houve um grande gênio sem uma dose de insanidade (Aristóteles, Poética, VI – 26; Pessotti, 1995). Contudo, somente no século XIX, há mais ou menos duzentos anos, que a loucura passou a receber *status*, estrutura e significação psicológicas, tornando possíveis estudos mais sistematizados para verificar se realmente a criatividade artística demanda algum grau de distúrbio psíquico (Foucault, 1984; Pessotti, 1995).

A partir de então, houve uma maior tendência a associar a criatividade no campo artístico com os transtornos psicopatológicos definido de modo mais preciso. Expunha-se que a sobrecarga de produtividade mental que essas pessoas produziam, integrada com vivências demasiadamente dolorosas, acabava por conduzir a uma lenta, irreversível e progressiva deterioração psíquica. Acreditava-se que foi exatamente isso o que acontecera com Schumann, van Gogh, Tchaikovsky e Rachmaninoff e outros grandes artistas proeminentes (Porter, 1990).

Na metade do século XX, aumentaram as investigações empíricas de forma mais sistemática para a suposta ligação entre criatividade artística e transtornos de espectro esquizofrênico (esquizotipia, esquizoidia, transtorno esquizofreniforme, esquizoafetivo, ou a esquizofrenia propriamente dita). Observou-se ainda uma incidência maior de transtornos psicóticos, transtornos do humor, transtornos de personalidade, comportamentos suicidas e abuso de drogas entre os artistas, como também uma maior incidência de traços dessas psicopatologias entre os familiares de artistas (Andreasen, 1987; Andreasen & Canter, 1974; Andreasen & Powers 1975; Barrantes-Vidal, 2004; Jamison, 1989; Ludwig, 1992 e 1994). Apesar de algumas limitações metodológicas nas pesquisas, como amostras muito pequenas, sendo várias investigações baseadas em estudo de casos, e falta de controle dos subtipos diagnósticos e da discriminação de sintomas, os pesquisadores notavam que a conexão entre instabilidade psíquica e potencial criativo era evidente, embora muitos resultados fossem divergentes entre si.

Ainda que a criatividade artística possa estar presente em pessoas com os mais variados traços de personalidade, desde pessoas psiquicamente saudáveis até aquelas acometidas por distúrbios psicológicos, o objetivo desse artigo é fazer um recorte na revisão da literatura teórica e empírica, no campo da psicologia, dos estudos que, particularmente, investigaram a possível relação entre esquizofrenia ou esquizotipia e criatividade artística. Para isso, realizou-se uma busca nas bases de dados *Web of Science*, *PsycINFO* e *Medline*, nos últimos dez anos, utilizando as palavras-chave *schizophrenia* e *creativity*. Ao total foram levantados 180 artigos, dentre os quais, após a leitura criteriosa dos resumos, foram selecionados 16 artigos que focavam no tema proposto. Dessa forma, esses artigos se tornaram as principais fontes de referências para se realizar uma revisão a respeito do que se sabe acerca dessa intrigante relação entre esquizofrenia e criatividade artística.

A seguir, será feita uma breve exposição das definições dos construtos esquizofrenia, esquizotipia e criatividade artística. Posteriormente, serão expostos alguns estudos que podem ser úteis na compreensão das relações que se estabelecem entre esses construtos e, no final, serão feitas algumas considerações a respeito desses estudos, bem como se buscará uma maior elucidação do que se tem investigado a respeito da esquizofrenia e criatividade artística durante a última década no que tange à psicologia.

Definição dos construtos esquizofrenia e criatividade artística

No que diz respeito à esquizofrenia, o transtorno psicótico mais comum, trata-se de uma doença mental, geralmente crônica, que envolve uma predisposição genética que requer ativação intrapsíquica e interpessoal (Pull, 2005). Uma das formas de caracterizar seus sintomas é por meio dos três grupos de sintomas de Linddles (Linddle & Barnes, 1990), podendo o paciente apresentar preferencialmente os sintomas de um único grupo, ou manifestar quase todos os sintomas dos três grupos ao mesmo tempo. O primeiro grupo é constituído pelos sintomas positivos ou de distorção da realidade, que são manifestações novas, floridas e produtivas do processo esquizofrênico. Os principais sintomas positivos são as alucinações ou pseudo-alucinações auditivas e visuais, como também os delírios ou ideias delirantes de conteúdos persecutórios, auto-referentes ou de influência, além de comportamentos bizarros, ideias bizarras e produções linguísticas como os neologismos e parafasias (Dalgarrondo, 2000).

O segundo grupo é composto pelos sintomas negativos, ou síndrome das deficiências psicomotoras, que se manifestam pelo empobrecimento global da vida psíquica e social do paciente. A pobreza do discurso, o embotamento afetivo, apatia, anedonia, avolição, auto-negligência e lentificação psicomotora constituem os principais sintomas dessa síndrome. O terceiro grupo é identificado pelos sintomas de desorganização ou de distúrbio do pensamento, ou seja, comportamento pueril, fala desorganizada, déficits cognitivos e afeto lábil (Dalgarrondo, 2000).

Os aspectos cognitivos – um conjunto de capacidades que habilitam os seres humanos a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas, manter uma conversa, entre outras – tendem a ser amplamente afetados na esquizofrenia. Dentre as funções cognitivas mais prejudicadas estão as funções executivas (habilidades de abstração e de flexibilidade conceitual envolvidas na solução de problemas), o QI (coeficiente de inteligência), a memória e a atenção, que são funções em grande parte associadas aos sintomas negativos e de desorganização da doença. De uma forma geral, todos esses aspectos cognitivos deficitários parecem ser características centrais no transtorno esquizofrênico (Abraham, Windmann, McKenna & Gunturkun, 2007; Adad, Castro & Mattos, 2000; Monteiro & Lousa, 2007).

A esquizotipia, ou transtorno de espectro esquizofrênico, ou ainda vulnerabilidade para a esquizofrenia, também citada em vários estudos que buscam entender qual é a possível relação entre esquizofrenia e criatividade, é considerada uma psicopatologia que foi derivada de maneira indutiva a partir dos traços e sintomas encontrados na esquizofrenia (Lenzenweger, 2005). Dessa forma, os sintomas positivos e negativos da esquizotipia são congruentes com os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, porém com intensidades e durações menores dos sintomas. A esquizotipia positiva está associada com a excentricidade na fala e no comportamento, com experiências incomuns, bem como com um fácil engajamento em pensamentos intuitivos, mágicos e até mesmo divergentes (Folley, 2006). Os sintomas negativos estariam mais voltados para a anedonia, avolição, ausência de amigos íntimos, embotamento afetivo, isolamento social (Ross, Lutz & Bailey, 2002).

No que tange à criatividade, ela tem sido considerada há vários anos como o misterioso traço que explica a extraordinária capacidade dos gênios. No entanto, trata-se de

um construto definível e mensurável, mas que ainda demanda mais investigações científicas para sua melhor definição operacional. O que parece central em qualquer uma de suas definições é o elemento de originalidade, que se refere à predisposição para gerar respostas novas, úteis e pouco comuns. Outras dimensões pertinentes constituem a relevância das ideias e a capacidade para o pensamento divergente, fluente, flexível e aberto a novas experiências e possibilidades, que são fatores que contribuem para a criação de algo de valor permanente e importante para a humanidade (Abraham et al., 2007; Folley, 2006).

Há estudos que defendem a ideia de que qualquer indivíduo apresenta certo grau de habilidades criativas, que podem ser desenvolvidas e aprimoradas por meio de treinamento e prática. Nesse ponto de vista, ressalta-se a importância da preparação, da dedicação, da persistência e do esforço consciente da pessoa, da sua autoconfiança, do seu conhecimento amplo de uma área do saber para se chegar aos estágios de inspiração e elaboração do processo criativo. Observa-se ainda que o contexto sócio-histórico-cultural, os aspectos do ambiente de trabalho ou estudo, o papel da educação e da sociedade são fatores importantes que podem propiciar ou limitar a capacidade da pessoa ser criativa ou de obter resultados criativos em seu desempenho (Alencar, 1995; Raven, 2002).

No caso da criatividade artística, entende-se que se trata da capacidade de produzir algo que seja reconhecido, pelas pessoas da sociedade, como original e relevante no campo das artes plásticas, seja na escultura, pintura ou arquitetura, das artes rítmicas ou fonéticas como na música, na dança e na literatura, das artes cênicas, como teatro, cinema e circo, ou de outras artes como no desenho, na gravura, na fotografia e na arte digital.

Esquizofrenia e criatividade artística na última década

Um contato breve com um paciente com esquizofrenia, internado em um hospital, na fase de remissão dos sintomas da doença, mas ainda ativos, é suficiente para revelar que a pessoa nesse estado é bastante diferente de uma pessoa artisticamente criativa. Esses pacientes estão nitidamente vivendo em uma outra realidade bastante idiossincrática, quase sem comunicação com o mundo ao seu redor, muitas vezes com respostas emocionais incongruentes com a situação e com comportamentos bizarros, repetitivos e estereotipados. O pensamento é quase sempre grotesco, às vezes com manifestações de delírios ou alucinações, sem diferenciar informações importantes daquelas irrelevantes.

Por outro lado, alguns artistas revelam pensamentos e condutas um pouco excêntricos. Alguns se afastam das pessoas e se colocam à margem da sociedade para buscar em si mesmos a inspiração para o seu trabalho, interpretam o mundo ao seu redor de modo bastante incomum e, muitas vezes, supervalorizam aspectos da realidade que passam despercebidos pela maioria das pessoas. Além do mais, alguns artistas frequentemente relatam experiências perceptivas e sensoriais extravagantes, tais como associações de ideias vagas, amplo foco de atenção ou capacidade de perceber várias coisas ao mesmo tempo e se interessar, simultaneamente, pelas mais variadas solicitações sensoriais e capacidade para se conectar com novas informações ou até mesmo com vozes interiores (Castelo Filho, 2004; Richards, 2001).

Todas essas características, mesmo que não tenham o aspecto mórbido do transtorno esquizofrênico, propiciam as associações que se têm estabelecido entre pessoas com esquizofrenia, ou predisposição para tal enfermidade, e criatividade artística. A partir dessas semelhanças, os estudiosos começaram a investigar o grau de incidência de esquizofrenia entre os artistas e seus familiares e entre aqueles que não são artistas, bem como verificar se traços dessa doença poderiam predispor a pessoa a revelar talentos artísticos, e se pessoas criativas têm pontuações mais elevadas em testes psicológicos que avaliam traços psicóticos.

Nesse sentido, a literatura científica atualmente fornece um corpo de evidências sustentando a noção de que a esquizofrenia, ou a esquizotipia, pode estar associada com a criatividade artística, seja entre pintores, músicos, escritores ou escultores. De fato, estudos recentes sugerem que algo do funcionamento psíquico de pacientes esquizofrênicos, ou esquizotípicos, esteja relacionado com algo do funcionamento psíquico de pessoas altamente criativas (Abraham, Windmann, McKenna, Daum & Gunturkun, 2005; Abraham, Windmann, McKenna & Gunturkun, 2007; Barrantes, 2004; Burch, Pavelis, Hemsley & Corr, 2006; Fisher, Mohanty, Herrington, Koven, Miller & Heller, 2004; Folley, 2006; Helling, Ohman & Hultman, 2003; Hoyt, 2003; Miller & Tal, 2007; Nettle, 2006; Nettle & Clegg, 2006; O'Reilly, Dunbar & Bentall, 2001; Otsuka & Sakai, 2004; Rubinstein, 2008; Rybakowski, Klonowska, Patrzala & Jaracz, 2006; Sass, 2000-2001), embora, de um modo geral, todos admitam que os processos psíquicos de uma personalidade patologicamente estruturada parecem ser distintos dos processos psíquicos de uma personalidade artisticamente criativa.

Estudos comprovam que a esquizofrenia é, em grande parte, genética, e que a fertilidade é diminuída entre os pacientes com esse transtorno, especialmente no sexo masculino, quando comparada com pessoas saudáveis da população em geral (APA, 2002; Terzian, Andreoli, Razzouk, Chaves e Mari, 2006). A partir da questão da menor taxa de fertilidade nesses pacientes e da porcentagem, mais ou menos constante, de incidência dessa doença em praticamente todas as culturas (1% da população), Brune (2004) levantou um questionamento: por que, apesar da desvantagem reprodutiva, a seleção natural permitiu que os genes, que aumentam a probabilidade de sofrer desse transtorno tão devastador, se mantivessem no genoma humano? Para responder esse enigma o autor buscou uma série de hipóteses evolutivas que permitem observar o paciente de diferentes ângulos, embora essas proposições não expliquem empiricamente a correlação esquizofrenia e criatividade. Dentre as hipóteses, uma supõe que, provavelmente, no âmbito social, deve existir uma vantagem compensatória no portador da doença ou em seus parentes de primeiro grau, que geralmente apresentam traços esquizotípicos, desenvolvendo uma maior predisposição para a criatividade e comportamentos xamanísticos.

Inclusive estudos mais antigos apontaram que parentes próximos, até segunda geração, de pacientes psicóticos eram duas vezes mais prováveis de estar envolvidos em empreendimentos que exigiam alta criatividade (Karlsson, 1970), como também eram mais bem sucedidos em profissões acadêmicas e profissões artísticas (Karlsson, 1983). Estudos um pouco mais atuais mostram indícios de maiores realizações criativa em famílias de indivíduos com doença mental e aumento da incidência de doenças mentais entre os irmãos de pessoas altamente criativas (Karlsson, 2001).

Por sua vez, Nettle (2001) também observou que, em uma primeira vista, a esquizofrenia e as psicoses em si realmente não justificam as suas presenças no mundo. Mas ao buscar entender essas psicopatologias como variações anormais da criatividade humana, dado alguns indícios empíricos, o autor concluiu que sem essa contrapartida do gênio, o mundo ainda estaria engatinhando, se é que teria existido alguma vez algo denominado civilização. Nesse sentido, provavelmente, o preço da genialidade entre os seres humanos seja alguns transtornos psicopatológicos.

Ainda no sentido de investigar a existência desse enigma evolutivo em torno da persistência da esquizofrenia, já que é substancialmente hereditária e associada a baixos níveis reprodutivos, tem-se o estudo empírico de Nettle e Clegg (2006). O estudo envolveu

425 adultos britânicos: artistas no campo das artes plásticas, poetas e pessoas da população geral. Os resultados dessa investigação, feita por meio de questionários (inventário de esquizotipia O'LIFE, questões econômicas, sócio-demográficas, da história psiquiátrica do sujeito e de sua família, questões a respeito do interesse em atividades criativas e o grau de envolvimento nessas atividades, além de questões relacionadas aos relacionamentos sexuais) foram: pessoas com experiências incomuns e que se dedicavam seriamente, ou profissionalmente, às atividades artísticas declararam uma quantidade significativamente maior de parceiros sexuais; pessoas que apresentavam maior nível de impulsos não-conformista também declararam um número significativamente maior de parceiros sexuais; e pessoas com níveis mais elevados de desorganização cognitiva e anedonia, quase sempre não estavam envolvidos em qualquer tipo de atividade criativa e possuíam significativamente menos parceiros sexuais.

Diante desses resultados, os autores concluíram que a escolha do parceiros sexuais estava diretamente relacionada com a criatividade artística. Essa criatividade, por sua vez, implicava em elevados níveis de traços esquizotípicos, que estavam relacionados com risco aumentado para a esquizofrenia. Dessa forma, os autores justificaram um dos motivos pelos quais a esquizofrenia se perpetua em níveis relativamente constantes na população, apesar de predispor a pessoa acometida pela doença a baixos níveis de capacidade reprodutiva: a criatividade artística, altamente relacionada aos sintomas positivos da esquizotipia, predispõe a pessoa a ter mais parceiros sexuais.

Miller e Tal (2007) discordam dessa concepção de que os genes que predispõem a pessoa a distúrbios de espectro esquizofrênico persistam na população em função dos possíveis benefícios da criatividade de uma esquizotipia positiva em parentes não-psicóticos. Os autores avaliaram a criatividade (por meio de 6 tarefas verbais e 8 tarefas de desenhos), a esquizotipia (*SPQ scale*), os traços de personalidade (*NEO-FFI Big Five Model*) e a inteligência geral (Matrizes Progressivas de Raven) de 225 estudantes de graduação. Seus resultados apontaram que o fator abertura para experiência e a inteligência, e não a esquizotipia, estavam diretamente relacionadas com a criatividade. Entende-se por abertura para experiência a flexibilidade de pensamento, fantasia e imaginação, abertura para novos acontecimentos e interesses culturais. Logo, seus resultados são consistentes com outros estudos que apontam a correlação positiva entre abertura para experiência e criatividade (Carson, Peterson & Higgins, 2005; Dollinger,

Urban & James, 2004), e outros que indicam que a esquizotipia não é diretamente preditiva de criatividade (Burch, Hemsley, Pavelis & Corr, 2006).

No sentido de investigar o traço esquizotípico e a saúde mental em um grupo de artistas, que foi comparado com outros dois grupos (de pacientes com esquizofrenia e de pessoas da população em geral), Nettle (2006), mediante os mesmos instrumentos utilizados no estudo já citado de Nettle e Clegg (2006), observou que os artistas apresentavam níveis de experiências e ideias incomuns tão elevados quanto o grupo de pacientes com esquizofrenia. Contudo, os artistas não compartilhavam o mesmo nível elevado de anedonia, afeto embotado e avolição que os pacientes esquizofrênicos revelavam. Por meio desse estudo, obteve-se uma validade adicional para a questão já anteriormente contemplada em outras pesquisas (Burch et al., 2006; Fisher et al., 2004; Nettle & Clegg, 2006): os altos escores em esquizotipia positiva correlaciona-se com criatividade artística e, ao mesmo tempo, correlaciona-se com alta vulnerabilidade para a esquizofrenia quando esse alto escore de esquizotipia positiva vem acompanhado de altos escores em anedonia e avolição (esquizotipia negativa).

Ao compararem uma amostra de artistas visuais com outra amostra de não-artistas, Burch et al. (2006), usando testes de criatividade e de personalidade, encontraram mais traços esquizotípicos positivos e desorganizados no grupo de artistas. Ou seja, os artistas eram mais abertos às novas possibilidades, apresentavam mais pensamentos divergentes, ideias incomuns e respostas de indesejabilidade social. No geral, os resultados encontrados pelos autores sugeriram uma maior predisposição para desajustes psicológicos em pessoas que se sobressaíam pelas suas habilidades artísticas.

Outros pesquisadores que apontaram para uma possível ligação entre esquizofrenia e criatividade foram Carson, Peterson e Higgins (2003). Por meio de uma investigação utilizando testes de criatividade, de inteligência, de personalidade e tarefas que mensuram a inibição latente, os autores demonstraram que as pessoas criativas do estudo tinham baixos níveis de inibição latente, ou seja, eram mais receptivas a estímulos externos; elas continuavam em contato com as informações extras que chegavam constantemente do ambiente e se mantinham atentas às novas possibilidades, como também apresentaram coeficientes de inteligência mais elevados. Já as pessoas, de um modo geral, tendiam a ignorar estímulos que pareciam inúteis ou irrelevantes para suas necessidades, com predomínio de níveis intelectuais medianos. Concluiu-se com esta investigação que quanto menor a inibição latente, ou controle inibitório, maior seria a criatividade.

No final, Carson et al. (2003) discutiram que a baixa inibição latente associada à criatividade também está presente na esquizofrenia. Nessa enfermidade é possível observar a criatividade em seus estágios iniciais de desenvolvimento, porém, acompanhados de grande introspecção, de idéias místicas e experiências religiosas em razão de alterações químicas no cérebro. Outro problema da esquizofrenia é que, com uma memória operacional prejudicada e com menores coeficientes de inteligência, os pacientes se afogam em uma torrente de significados, interpretações e emoções, não conseguindo discriminar informações importantes de informações acessórias, à medida que a doença progride. Dessa forma, parece que baixos níveis de inibição latente e elevada flexibilidade do pensamento podem predispor à esquizofrenia sob determinadas condições e, sob outras condições, podem levar ao desenvolvimento de uma criatividade brilhante. Portanto, segundo os autores, os resultados do estudo sustentam a teoria que indivíduos altamente criativos e aqueles com predisposição à esquizofrenia podem possuir algumas semelhanças neurobiológicas, talvez geneticamente determinadas.

Rubstein (2008) investigou a criatividade de três grupos de pacientes: pacientes com esquizofrenia crônica; pacientes com depressão maior e transtorno de ansiedade; e pacientes com transtorno de personalidade (grupos A e B). Para isso, os participantes foram entrevistados e submetidos a um teste de criatividade (*Tel-Aviv Creativity Test – TACT*). De uma forma geral, os pacientes com esquizofrenia apresentaram o menor grau de criatividade, especialmente no fator fluência conceitual. No que diz respeito à originalidade, não houve diferenças significativas entre os três grupos. O autor alegou que os participantes do grupo de esquizofrênicos eram pacientes crônicos, em que havia o predomínio de sintomas negativos, aqueles sintomas não produtivos da doença, que são comuns em pacientes que já sofreram diversos surtos psicóticos e já foram internados várias vezes ao longo de sua vida. De qualquer forma, era de se esperar que a deficiência verbal e o maior prejuízo geral na personalidade se encontrassem no grupo de esquizofrenia, já que é o distúrbio psicótico comumente mais intenso e desestruturante do que os demais tipos de transtornos psíquicos

Deve-se ponderar que na fase ativa de um transtorno esquizofrênico, ou nas fases de intensa agitação ou depressão, a pessoa não consegue se organizar a ponto de produzir uma obra de arte. A franca esquizofrenia desestrutura e bloqueia a pessoa, inviabilizando qualquer produção criativa (Sass, 2000-2001). Abraham et al. (2007), ao estudarem funções executivas e desempenhos criativos entre um grupo de pacientes com

esquizofrenia e um grupo controle, distinguiram que algumas funções cerebrais executivas pobres, como o baixo controle inibitório, podem ser vantajosas na habilidade de dar resposta criativa, mas só até certo ponto, pois as perturbações graves são prejudiciais no desempenho criativo. De acordo com os achados da pesquisa dos autores, seria inadequado pensar que o desempenho pobre em algumas ou todas as funções executivas poderia estar relacionado com a originalidade do pensamento criativo ou com a habilidade de gerar respostas novas. Os autores ainda sugerem que uma reconceitualização dos mecanismos subjacentes nas funções criativas seria necessária para se compreender os seus diversos aspectos.

Obviamente parece absurdo que qualquer transtorno psicopatológico grave, como a esquizofrenia, esteja diretamente relacionado com criatividade e genialidade no campo das artes, embora exista toda uma tradição histórico-cultural e científica que promove esta ligação, avalia Barrantes-Vidal (2004). A resposta do autor para esse paradoxo é que os distúrbios devem ser considerados dentro uma visão dimensional, em que a diferença entre normalidade e psicopatologia esteja mais no aspecto quantitativo do que no qualitativo. Por exemplo, a ansiedade – uma função adaptativa e necessária que sinaliza um perigo iminente – quando em excesso pode tornar-se bastante disfuncional e desencadear um transtorno de ansiedade. Da mesma forma, a esquizotípia, que a princípio, pode estar relacionada com características vantajosas que predisõem a pessoa à criatividade, mas que em uma dimensão exagerada pode levar ao devastador transtorno esquizofrênico.

Não basta, entretanto, somente a compreensão dessa dimensionalidade dos distúrbios psíquicos, pois além da intensidade ou quantidade, eles também se desenvolvem dentro de uma série de contextos. É possível que traços de personalidade subjacentes a esses distúrbios compartilhem algumas características cognitivas, emocionais e biológicas. A presença da predisposição para esquizofrenia em si não garante a criatividade artística. Barrantes-Vidal (2004) enfatiza que são necessários outros fatores que favoreçam os processos criativos, como as características individuais (inteligência e persistência, por exemplo), e fatores ambientais (como meio sociocultural e estimulação).

Considerando a questão do ambiente sociocultural, Sass (2000-2001) alegou que as noções centrais de criatividade no modernismo e pós-modernismo estão intimamente relacionadas aos traços esquizotípicos, o que propicia as tendências esquizotípicas assemelharem-se mais às sensibilidades artísticas no mundo contemporâneo do que os outros tipos de transtornos psíquicos. De um lado, têm-se os transtornos de espectro

esquizofrênico, que se caracterizam por certa alienação, desprezo por convenções sociais, fluidez do pensamento, retraimento e apatia, perda da noção de tempo e espaço, intensa autoconsciência em que o sujeito se desapega das formas normais de contato com o mundo/objetos e se torna ele mesmo o objeto, intensa auto-referência, autocrítica e intelectualização disfuncionais, bem como incongruência das respostas emocionais, as vezes expressas por risos infundados.

Do outro lado, tem-se o estilo moderno e pós-moderno de criatividade artística, com uma estreita afinidade com essa psicopatologia. Essa nova arte é conhecida como a antiarte, que usa a deformação, a fragmentação, a abstração, o grotesco e a incongruência para se definir como arte (Gesomino, 2008). É a arte que abandona os museus, as galerias, os teatros e é lançada nas ruas com outra linguagem, dando valor artístico à banalidade cotidiana e desvalorizando a obra e o autor, sendo altamente debochada, contraditória, sem normas e regras, buscando o efeito chocante e o efeito desconcertante das perspectivas em colapso. Essa nova arte é mais pautada nos exageros, superposições, automatismos mentais, com intensificação da autocrítica, do auto questionamento, da ironia, das paródias e do distanciamento emocional. Segundo Gesomino (2008), o artista se torna desprovido de uma identidade fixa, essencial ou permanente.

De acordo com Pelbart (1989), evidências entre distúrbio psicóticos e criatividade artística, particularmente se referindo às formas como se comunicam com os demais, convergem: grandes obras de eminentes artistas como Hölderlin, Nerval, Artaud, Gauguin, Byron, Tolstói, Munch além dos já citados Schumann, Vicent van Gogh, Tchaikovsky e Rachmaninoff e vários outros; exposições realizadas por instituições psiquiátricas que testemunham a vitalidade e criatividade até mesmo de pacientes cronicados por anos de hospitalizações; o Museu do Inconsciente no Rio de Janeiro; a exposição intitulada Arte e Loucura ocorrida em São Paulo; o trabalho de certos profissionais da área psiquiátrica, especialmente dos terapeutas ocupacionais, que fundamentam a produtividade criativa dos pacientes; as várias obras de qualquer Bienal, que lembram ruínas e destruições e incitam perplexidades que de outras formas não seriam tão marcantes. Nesse último sentido, têm-se o trabalho citado por May (1992), em que os artistas enfeitaram um automóvel enferrujado com os intestinos e o sangue de uma vaca e o colocaram como natureza morta, numa rua de Nova Iorque. Em todos esses exemplos parecem se revelar o estado de choque dos artistas e da sociedade na qual eles funcionam como porta-voz e que, de qualquer forma, mobilizam reações no público, instigam *insights* a respeito das interações interpessoais no

mundo de uma maneira que foge dos padrões mais comuns de comunicação do que se pensa e sente.

Sendo assim, Sass (2000-2001) entende que, atualmente, o que é considerado uma sensibilidade artisticamente criativa tem muitas características subjacentes aos traços de um transtorno correlato à esquizofrenia. Tanto a arte moderna e pós-moderna quanto os distúrbios do tipo esquizofrênico são bem pouco convencionais e, às vezes, tendem a ter a bizarrice como característica central. Além disso, essa capacidade de criar algo totalmente novo no universo depende dessa capacidade de afastar-se e de desapegar-se da perspectiva convencional, uma habilidade que, segundo o autor, é alcançada mais facilmente por uma pessoa com uma orientação até certo ponto esquizotípica. Nesse sentido, as pessoas com traços esquizotípicos podem ter maior afinidade com a concepção de arte no mundo atual e podem ter mais oportunidade de ser aceitas ou reconhecidas. Isso não quer dizer que os esquizotípicos são mais numerosos na população de pessoas criativas. Na verdade, as pessoas criativas podem possuir os mais diferentes traços de personalidade. Isso significa apenas que o êxito criativo de pessoas com traços esquizotípicos pode ser comum, pelo menos dentro desse contexto ou período pós-moderno.

A maioria dos estudos sobre esquizofrenia e criatividade artística apresentados nesse artigo, por meio de investigações em grupos clínicos (pacientes com esquizofrenia ou com transtornos de espectro esquizofrênico) e não clínicos (estudantes universitários, artistas, pessoas da população em geral), incidiram mais sobre os traços esquizotípicos do grupo de sintomas positivos, que corresponde à diminuição dos níveis de sintomas psicóticos em esquizofrenia, do que sobre a esquizofrenia em si. Ou seja, diante de todos os argumentos aqui relatados, o que parece mais provável é que a vulnerabilidade para a esquizofrenia (traços esquizotípicos), especialmente no que tange aos sintomas positivos, e não o transtorno em si, manifesta diferentes vantagens criativas, possivelmente por causa de suas características perceptuais, cognitivas e de personalidade. Por exemplo, é comum no espectro positivo da esquizofrenia a pessoa estar mais propensa à introversão, à inabilidade e ansiedade sociais, à excentricidade e ao engajamento em pensamentos intuitivos e mágicos e, nesse sentido, ela tem mais possibilidade de demonstrar seu potencial criativo de modo mais relaxado e menos pressionado socialmente. Aliás, o contexto moderno e pós-moderno das criações artísticas, com sua linguagem exagerada, impactante, irônica e fragmentada se configura, em parte, como um contexto esquizotípico (Gesomino, 2008; Sass, 2000-2001). As pessoas com esses traços esquizotípicos poderiam

engajar-se em atividades criativas por prazer, e não por necessitar de plateia ou de autopromoção. Contudo, a idéia de um único espectro de esquizofrenia para desencadear a criatividade artística também não é defensável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto, observa-se que ainda não existem investigações empíricas que comprovam definitivamente que esquizofrenia esteja diretamente relacionada à criatividade artística. Por outro lado, também não existem estudos empíricos que comprovem, de forma convincente, que não existe qualquer associação entre ambos.

Acredita-se que esquizofrenia e criatividade artística sejam duas realidades que se movem em diferentes contextos e correspondem a diferentes definições. Cada uma tem a sua individualidade, que se constrói sobre uma clínica e sobre uma estética bem diferente uma da outra. Porém, a complexidade dessas duas condições pode sobrepor-se e evidenciar algumas características de funcionamento semelhante. Contudo, tem-se que conduzir o assunto respeitando a distância que existe entre esses dois construtos (esquizofrenia e criatividade artística).

Embora estes construtos não estejam necessariamente correlacionados, as pesquisas atuais revelam que traços de transtorno de espectro esquizofrênico, e não a doença em si, como também o contexto moderno e pós-moderno das criações artísticas favorecem as pessoas com esse espectro, especialmente os traços de sintomas positivos de esquizotipia, a serem reconhecidas como criativas no campo das artes. Em contrapartida aos sérios prejuízos que a esquizofrenia geralmente provoca na vida do indivíduo, da família e da sociedade, algumas pesquisas têm indicado que na família desses pacientes existem parentes próximos, com traços esquizotípicos que, em proporção duas vezes maior do que na população em geral, estão envolvidos em empreendimentos e profissões artísticas e que exigem elevados níveis intelectuais.

A importância desse artigo teórico é que ele salienta uma peculiaridade na esquizofrenia, que é a criatividade artística, e, ao mesmo tempo, agrupa informações úteis que possam apontar por onde caminham as investigações sobre esse tema intrigante, que foi herdado desde a Grécia antiga, quando se relacionava loucura e criatividade. Outro aspecto interessante desse artigo, embora secundário, é que ele acaba abordando, mesmo que superficialmente, as diferentes configurações do pensamento criativo, o que é essencial dada a natureza multifacetada da criatividade, que parece ser amplamente influenciada

pelas mais diversas variáveis cognitivas e de personalidade tais como: abertura para experiência, inibição latente, pensamento divergente, pensamento mágico e intuitivo, inteligência, indesejabilidade social dentre outras.

O construto criatividade, mesmo que venha sendo estudado há algum tempo, continua bastante controverso, ainda mais quando se trata de estudar a criatividade artística. Além do mais, observou-se que o estudo do processo que desenvolve habilidades criativas em grupos psiquiátricos é um método eficiente de investigação que pode elucidar elementos do processo criativo, seja ele cognitivo, neurológico ou comportamental, que pode operar na patogênese da doença, como também elementos que podem ser comuns em todos os indivíduos.

SEÇÃO II

A TÉCNICA DE RORSCHACH E OS CRITÉRIOS DA CID-10 PARA O DIAGNÓSTICO DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença mental grave que foi identificada clinicamente há pouco mais de um século. Desde então, diversos sinais e sintomas foram descritos para caracterizá-la clinicamente e separá-la de outros transtornos. No entanto, a doença ainda não tem causas precisamente conhecidas, nela há uma heterogeneidade sintomatológica que dificulta identificar seus sintomas patognomônicos e fazer a sua detecção precoce, como também é bastante complexo prognosticar e planificar o seu tratamento (Pheula & Reisdorfer, 2004; Pull, 2005).

Um dos grandes desafios dessa enfermidade é fazer com que as pessoas em risco ou com sintomas prodrômicos sejam reconhecidas para que se inicie a farmacoterapia e a psicoterapia específica o mais cedo possível, pois precocemente esses dois tratamentos conjugados podem, no mínimo, retardar o início e evitar a cronificação da doença. Dessa forma, o transtorno esquizofrênico tem impellido a comunidade científica a abordá-lo de forma multidisciplinar e integrada. Implícito a esse esforço está a expectativa de que se descubra recursos que contribuam para que haja melhorias efetivas nas condições de vida das pessoas que se encontram incapacitadas devido a essa enfermidade.

Considerando que o diagnóstico, no sentido de refletir sobre a problemática apresentada, é o primeiro passo a ser tomado para que se identifique a doença precocemente, e dele dependem as demais condutas terapêuticas a serem adotadas, torna-se essencial o seu aperfeiçoamento. Dependendo da acurácia do processo de avaliação, reforçam Vieira, Fay e Neiva-Silva (2007), medidas serão tomadas e delas suscitarão consequências positivas ou negativas para o paciente, as quais poderão garantir ou não um tratamento bem sucedido e, com isso, a melhoria da qualidade de vida. É importante enfatizar também que é por meio do processo de diagnóstico que se tornar possível reunir grupos de pacientes mais homogêneos, permitindo avaliar a efetividade e a eficácia para os diferentes protocolos de psicoterapia.

Nesse sentido, este estudo tem como fim obter uma maior precisão diagnóstica da esquizofrenia. Para tal, acredita-se que a associação entre instrumentos psicológicos e psiquiátricos deve ser explorada, uma vez que a partir dessa articulação torna-se possível

correlacionar achados úteis a respeito dessa psicopatologia entre as duas áreas de conhecimento. Mais precisamente, o objetivo é efetuar um estudo de correlação entre as variáveis da técnica de Rorschach e os grupos de sinais e sintomas da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças Mentais e Problemas de Saúde Relacionados – CID-10 (OMS, 1993) – no que tange ao diagnóstico da esquizofrenia.

A seguir serão expostos os critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) para a esquizofrenia, adotados na pesquisa, como também serão feitas algumas explanações a respeito da técnica de Rorschach e as possíveis correlações teóricas que se pode estabelecer entre as variáveis do Rorschach e os critérios da CID-10 para a esquizofrenia.

Crêterios diagnósticos de esquizofrenia adotados na pesquisa

Entre os vários ensaios atuais que sustentam confiabilidade entre os profissionais da área da saúde e constitui uma das ferramentas provisórias e pragmáticas mais conhecidas e usadas na clínica e na pesquisa destaca-se a CID-10 (OMS, 1993). Independentemente de qualquer apriorismo teórico, os profissionais responsáveis por esse manual tentaram criar uma nomenclatura única para pesquisadores e clínicos mediante a observa o direta do fenômeno patológico (Ceccarelli, 2005; Jakobsen, Frederiksen, Hansen, Jansson, Parnas & Werge, 2005)

O presente estudo ater-se-á aos critérios, às descri es conceituais e às diretrizes diagnósticas da CID-10 (OMS, 1993) para esquizofrenia, por se tratar de uma classifica o oficial dos transtornos mentais e do comportamento, destinada ao uso clínico, educacional, assistencial em geral, bem como ao desenvolvimento de pesquisa. Além desse motivo, o estudo foi executado na cidade de Goiânia, onde os médicos psiquiatras, que de uma forma ou de outra colaboraram com a pesquisa, adotam sistematicamente a CID-10.

Os sintomas característicos de esquizofrenia definidos pela CID-10 se manifestam no paciente, com certa frequência, em conjunto, e se distribuem em oito grupos. Os quatro primeiros se caracterizam por delírios e alucina es; os quatro últimos por delírios e alucina es menos t picos da doença, assim como neologismos, bloqueios e interpola es no fluxo do pensamento, comportamento catatônico e sintomas negativos, como apatia, pobreza no discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais.

Diagnostica-se a esquizofrenia (F20) se pelo menos um dos sintomas dos quatro primeiros grupos, ou, no mínimo, dois dos sintomas dos quatro últimos grupos estiverem evidentes na maior parte do tempo, por um período de um mês ou mais. São, por outro

lado, critérios excludentes do diagnóstico de esquizofrenia: a presença de uma doença cerebral clara; a evidência de estados de intoxicações ou de abstinência de drogas; a existência incontestável de sintomas de depressão ou mania antecedendo outros sintomas que caracterizam esta doença. São apresentados na Tabela 1 os critérios da CID-10 para a esquizofrenia.

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

I. Pelo menos uma das síndromes, dos sintomas e dos sinais listados em um (A), ou pelo menos dois dos sintomas e sinais listados em (B) devem se manifestar no paciente durante a maior parte do tempo de um episódio de transtorno psicótico, durando pelo menos um mês (ou por algum tempo na maioria dos dias).

(A) Pelos menos um dos seguintes:

- (1) eco de pensamento, inserção ou roubo de pensamento ou irradiação de pensamento;
- (2) delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros, ações, sensações ou pensamentos específicos; percepção delirante;
- (3) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo;
- (4) delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis como poderes e capacidades sobre-humanas (ex. ser capaz de controlar o tempo ou entrar em comunicação com seres alienígenas).

(B) Ou pelo menos dois dos seguintes:

- (5) alucinações persistentes em qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios "superficiais" ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por ideias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante semanas ou meses continuamente;
- (6) neologismos, paradas ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante;
- (7) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cética, negativismo, mutismo e estupor;
- (8) sintomas "negativos" como apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento e diminuição do desempenho social (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

II. Critérios de exclusão mais comumente usados:

- (1) manifestação de episódio maníaco (F30) ou de episódio depressivo (F32), anteriores aos sintomas característicos de esquizofrenia;
- (2) presença de doença cerebral orgânica, ou estados de intoxicação, ou dependência, ou abstinência de álcool ou drogas.

Variáveis do Rorschach e Critérios da CID-10 para a esquizofrenia

O Rorschach é uma técnica de avaliação de personalidade construída por Hermann Rorschach, em 1921, na Suíça. Esse instrumento é reconhecido mundialmente por sua eficácia na avaliação do funcionamento psíquico de crianças, jovens e adultos, quer sejam considerados normais ou diagnosticados com alguma psicopatologia.

A técnica de Rorschach, que não foi construída especificamente para aferição diagnóstica de acordo com os critérios da CID-10 (OMS, 1993), tem se mostrado eficiente para a descrição psicológica de esquizofrenia. Os estudos que sucederam Hermann Rorschach são demonstrações da importância dessa técnica na descoberta de variáveis indicadoras de esquizofrenia.

Como base para a elaboração das hipóteses de correlações teóricas entre as variáveis do Rorschach e os grupos de sinais e sintomas da CID-10 para a esquizofrenia, vários autores que enfocaram o uso da técnica de Rorschach para o diagnóstico da esquizofrenia foram considerados. Dentre esses autores destacam-se: Adrados (1991 e 2004); Amparo (2002); Beizman (1968); Bodoïn e Pikunas (1983); Bohm (1979); Colombo, Alonso, Barreira, Cordarini, Gravenhorst, Herrera, Menestrina e Passalacqua (1993); Exner e Sendín (1999); Ilonen, Taiminen, Karlsson, Lauerma, Leinonen, Wallenius e Salokangas (2004); Kaser-Boyd (2006); Kleiger (1999); Klinger e Roth (1965); Klopfer e Kelly (1952); Koide, Chien, Iizuka e Morita (2002); Palem (1969, citado por Chabert, 1993); Passalacqua e Gravenhorst (2005); Portuondo (1972); Resende (2001); Rorschach (1921/1978); Santos (1996); Shereshevski-Shere, Lasser, Gottsfeld (1953); Silva (1987); Sousa (1982); Traubenberg (1998) e Vaz (1997).

De acordo com um levantamento de variáveis do Rorschach para a esquizofrenia, realizado entre os autores citados anteriormente, observou-se que a presença das variáveis *Contaminação* e *Confabulação*, além da alta frequência da *Forma de Má Qualidade (F-)* e baixa frequência das *Respostas Populares (Pop)*, são as mais frequentemente citadas como características da esquizofrenia, embora não sejam exclusivas desse transtorno.

Essas variáveis revelam alterações preocupantes na percepção do estímulo da técnica e, conseqüentemente, da realidade. Tais prejuízos se assemelham aos observados pelos sintomas de delírios e alucinações nos esquizofrênicos (Adrados, 1991; Bodoïn & Pikunas, 1983; Bohm, 1979; Colombo et al., 1993; Exner, 1999; Ilonen et al., 2004; Klinger, E. e Roth, I. 1965; Palem, 1969, citado por Chabert, 1993; Portuondo, 1972; Resende, 2001; Rorschach, 1921/1978; Sousa, 1982; Vaz, 1997; Weiner, 2000).

A *Contaminação* é o sinal mais grave de dissociação do pensamento na técnica de Rorschach. A *Confabulação* se traduz como uma fuga da realidade por meio do uso comprometedor da fantasia e revela grave perturbação do pensamento causada pela deterioração da esfera conceitual e pela liberação do emotivo e dinâmico, os quais passam a modelar a realidade. O F- indica prejuízo ou comprometimento do funcionamento do pensamento lógico quanto à clareza, precisão, coerência e organização. Está relacionado a uma maior probabilidade de o paciente formar impressões errôneas de si mesmo, do outro e da realidade; quanto maior o índice de F- mais grave a dificuldade de ajustamento e mais estranho, excêntrico, imprevisível ou incompreensível será o examinando, assevera Weiner (2000). Quanto à baixa frequência de *Respostas Populares*, indica pouco senso comum e limitações que a pessoa tem para perceber a realidade objetiva e precisa, em consonância com o grupo a que pertence.

De uma forma geral, como essas variáveis são bastante comuns nos transtornos esquizofrênicos, elas não serão utilizadas para as correlações entre os critérios da CID-10 e as variáveis do Rorschach. Parte-se do pressuposto de que todos os pacientes terão um desempenho bastante semelhante em relação a essas categorias de respostas do Rorschach.

Assume-se que nem todos os critérios da CID-10 (OMS, 1993) podem correlacionar-se com variáveis do Rorschach, tais como sensações específicas, durações dos sintomas e outros aspectos que são bem melhor identificados mediante a observação do comportamento ou fala do paciente. Admite-se também que as codificações dos testes não foram baseadas exclusivamente no Sistema Klopfer, embora esse tenha sido o sistema de correção predominante.

A seguir são apresentados os oito grupos de sinais e sintomas de esquizofrenia da CID-10 e as variáveis do Rorschach para essa psicopatologia na Tabela 2. As siglas da Tabela 2 estão definidas na Lista de Siglas (p.11) ou no decorrer do texto.

Tabela 2. Critérios da CID-10 e variáveis do Rorschach para a esquizofrenia

Critérios da CID-10	Variáveis do Rorschach
Pelo menos um dos seguintes	
(1) Eco, inserção, roubo, irradiação do pensamento;	Perseverações, R↓
(2) Delírios de controle, influência ou passividade; percepção delirante;	At, Sex, M-, M em Dd, Hd, H+A<Hd+Ad, Introversão, Abstração
(3) Vozes alucinatórias que comentam sobre o comportamento do paciente ou vêm de parte do corpo;	Auto-Referência, Ambivalência, M none;
(4) Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e impossíveis .	G%, G- > G+, Dd%, PO, (H)
Ou pelo menos dois dos seguintes	
(5) Alucinações persistentes acompanhadas por delírios “superficiais” ou por ideias sobrevaloradas	Olhar o Verso, Críticas e Idéia de Referência
(6) Neologismos, paradas ou interpolação no pensamento, resultando em fala irrelevante;	Neologismo, Negação e DR2
(7) Comportamento catatônico, como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor;	FM, Tipo de Vivência Extratensivo, R↓ e Rejeição
(8) Apatia, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais.	Coartação, VIII+IX+X/R↓, Cpuro, FC<CF+C, ΣC', ΣSombreado, Cn, ΣH↓, Cor-Somb, MOR, ChA e ChC, SI.

Fontes consultadas: OMS (1993, p. 86), D. M. Amparo (2002, pp. 308 e 313), I. Adrados (1991, pp. 150-155 e 2004, pp. 24-48), Beizman (1968, p. 66), N. J. Bodoïn e J. Pikunas (1983, pp. 586-587), E. Bohm (1979, p. 336-338), C. Chabert (1993, pp. 115-116, 135-145 e 163), M. A. Colombo (1993, pp. 103-115), J. E. Exner (2003) J. E. Exner e C. Sendín (1999, p. 50), T. Ilonen et al. (2004, pp. 194-198), N. Kaser Boyd (2006, pp. 57-84); E. Klinger e I. Roth (1965, pp. 223-235), B. Klopfer e D. Kelly (1952, p. 252-270), Koide (2002, pp. 474-477), M. A. Passalacqua e M. C. Gravenhorst (2005, p. 104), A. J. Portuondo (1972, p. 39-41), A. C. Resende (2001, p. 92), E. Shereshevski-Shere, L. M. Lasser e B. H. Gottsfeld (1953, 229-233), M. D. V. Silva (1987, p. 42), H. Rorschach (1978, p. 292-4), C. C. Sousa (1982, p. 124), C. E. Vaz (1997, pp. 121-122 e 2006, pp. 100), N. R. Trautenberg (1998, p. 190).

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de um estudo empírico, por meio do método descritivo do tipo correlacional para testar hipóteses referentes a relações teóricas esperadas. Buscaram-se correlações existentes entre as variáveis da técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 nas avaliações de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia que foram analisados por esses dois instrumentos.

Hipóteses

A partir da pesquisa na literatura, estabeleceu-se um conjunto de hipóteses para o estudo:

- H 1. Existe correlação entre os critérios 1 na CID-10 e as variáveis *Baixo número de Respostas (R↓)* e *Perseveração* no Rorschach.
- H 2. Existe correlação entre os critérios 2 da CID-10 e as variáveis *Conteúdos Anatômico (At)*, *Sexual (Sex)*, *Movimento Humano Negativo (M-)*, *Movimento Humano projetado em Detalhe Incomum (M em Dd)*, *Conteúdo de Detalhe Humano (Hd)*, *Conteúdos Humanos e Animais Inteiros menor do que os Conteúdos de Detalhes Humanos e Animais $H+A < Hd+Ad$* e *Abstração* no Rorschach
- H 3. Existe correlação entre os critérios 3 da CID-10 e os fenômenos *Auto-Referência e Ambivalência Perceptiva*, *Movimento Humano Sem Qualidade Formal (M none)* no Rorschach.
- H 4. Existe correlação entre os critérios 4 da CID-10 e as variáveis *Porcentagem de Respostas Globais (G%)*, *Respostas Globais com qualidade formal negativa maior do que as Globais de qualidade formal positiva ($G- > G+$)*, *Detalhes Incomuns (Dd)*, *PO* e *(H)* no Rorschach.
- H 5. Existe correlação entre os critérios 5 da CID-10 e as variáveis *Olhar o Verso*, *Críticas à Técnica ou ao Examinador* e *Ideia de Referência* no Rorschach.
- H 6. Existe correlação entre os critérios 6 da CID-10 e *Fenômeno de Neologismo*, *Negação* e *Respostas Desviantes de nível 2 (DR2)*.
- H 7. Existe correlação entre os critérios 7 da CID-10 e as variáveis *Movimento Animal (FM)*, *Tipo de Vivência Extratensivo* e *Rejeição* no Rorschach.
- H 8. Existe correlação entre os critérios 8 da CID-10 e as variáveis *Coartação*, *Baixo Índice de Afetividade ($VIII+IX+X/R↓$)*, *Cor pura (Cpuro)*, *Forma-Cor menor do que Cor-Forma mais Cor pura ($FC < CF+C$)*, *Somatório de Respostas de Cor Acromática ($\Sigma C'$)*, *Somatório de Respostas de Sombreado ($\Sigma Somb$)*, *Cor Nomeada (Cn)*, *Baixo número de Conteúdos Humanos ($\Sigma H↓$)*, *Resposta com determinante misto de Cor e Sombreado ou Cor e Cor Acromática (Cor-Somb)*, *Conteúdos Mórbidos (MOR)*, *Choque Acromático (ChA)*, *Choque Cromático (ChC)* e *Sentimento de Incapacidade (SI)* no Rorschach.

Amostra

Participaram do estudo 80 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia (F20) confirmado no prontuário do paciente por no mínimo dois médicos psiquiatras, sendo 40 homens e 40 mulheres, com recidiva da doença, provenientes de três hospitais psiquiátricos

de Goiânia, que faziam uso de medicação para tratamento dessa enfermidade. Setenta por cento desses pacientes (n= 56) eram medicados com antipsicóticos típicos incisivos, do tipo Haloperidol. Esses pacientes permaneciam internados nesses hospitais por um período médio de 30 dias. O nível socioeconômico dessas pessoas era relativamente baixo. Entre os homens as profissões que mais predominaram foram a de trabalhador rural e servente (18% da amostra, n= 14), entre as mulheres, a maioria era do lar ou doméstica (35%, n=28). Grande parte (85%, n=68) estava sob tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As idades dos participantes variaram entre 20 e 55 anos (M= 38 anos, DP= 9,6) e escolaridade média foi de 6,5 anos de estudo (DP=3,1). Foram excluídos aqueles pacientes em que houve uma manifestação de episódio maníaco (F30), ou de episódio depressivo (F32), anteriores aos sintomas característicos de esquizofrenia, bem como aqueles pacientes em que se detectou a presença de doença cerebral orgânica, estado de intoxicação, dependência, abstinência de álcool ou drogas. O tamanho da amostra (n= 80) foi determinado em função da prevalência da enfermidade na população mundial, ou seja, 1%, considerando que, em média, 50% dos pacientes possuem co-morbidade com abuso de substâncias alcoólicas ou outras drogas (Volkow, 2009) e, portanto, não poderiam participar do estudo. Para calcular o tamanho mínimo da amostra foi aplicada a seguinte fórmula sugerida por Barbetta (2004): $n_0 = 1/ e^2$ and $n = N.n_0/ N + n_0$. O N consiste no tamanho da população (aproximadamente 6.000 pacientes esquizofrênico sem comorbidade com abuso de substâncias), o n constitui o tamanho da amostra, o n_0 equivale a uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e o e trata-se do erro amostral tolerável (determinado pelo pesquisador, 11%).

Instrumentos para coleta de dados

- **Entrevista psiquiátrica contendo os critérios da CID-10** compatíveis com o diagnóstico de esquizofrenia, apontados pelo psiquiatra em uma questionário. Trata-se de um instrumento de classificação oficial dos transtornos mentais e do comportamento, destinado ao uso clínico, educacional, assistencial em geral e pesquisa, de reconhecido valor científico pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além desse motivo, os médicos psiquiatras, da cidade de Goiânia, onde foi efetuado o estudo, e que de uma forma ou de outra colaboraram com a pesquisa, adotavam sistematicamente a CID-10.

- **Técnica de Rorschach.** Consiste em 10 cartões contendo manchas de tinta feitas pelo seu criador. Esses estímulos não estruturados mobilizam processos de percepção,

associação, projeção e de expressão verbal na medida em que o examinando verbaliza o que percebe. Sobre as verbalizações emitidas, transformadas em variáveis de dados quantitativos e qualitativos, elaboraram-se sistemas de escores que permitem estudos de fidedignidade e validade, além de estudos normativos disponíveis no Brasil (Nascimento, 2007; Vaz, 1997, 2006). Foi adotado o Sistema de Classificação de Klopfer, adaptado e validado por Vaz (1997, 2006), com a complementação de algumas variáveis, ou categorias de codificação do Sistema Compreensivo (SC) (Exner, 1999), especificamente os *Conteúdos Mórbidos (MOR)*, as *Abstrações (AB)*, os *Movimentos Humanos sem qualidade formal (M none)*, as *Respostas Desviantes de nível 2 (DR2)* e a *variável Cor-Sombreado (Cor-Somb)*. É importante destacar que essas variáveis do SC consistem em dados qualitativos que podem ser levantado nas verbalizações dos examinandos, durante a aplicação da técnica, sem qualquer incompatibilidade entre as duas formas de correção do Rorschach.

- **Prontuários dos pacientes:** usados para coletar dados complementares que descrevem os participantes do estudo: informações gerais tais como profissão, idade, escolaridade, sintomas pregressos do tratamento, diagnósticos e medicação utilizada antes da avaliação por meio da técnica de Rorschach.

Procedimentos para coleta de dados

A diretoria de três hospitais psiquiátricos foi contatada para a obtenção do consentimento para realização do estudo em cada uma dessas instituições. Após a autorização do diretor de cada hospital, fez-se a triagem dos participantes junto aos médicos psiquiatras, considerando os critérios de inclusão e exclusão da amostra, que respondiam a um questionário especificando quais os critérios diagnósticos da CID-10 para esquizofrenia que cada paciente apresentava. Antes da administração da técnica de Rorschach, a pesquisadora tomava nota de algumas informações no prontuário do paciente e conferia se realmente o paciente não tinha histórico de abuso de substâncias ou de qualquer outro critério de exclusão da amostra. Ainda previamente à testagem, foi mantido um contato com cada paciente a fim de convidá-lo e motivá-lo a participar da pesquisa, como também para a obtenção do seu consentimento livre e esclarecido e de seu responsável (Anexo C).

A administração do Rorschach, em 75% dos casos (n=60), foi realizada imediatamente após o psiquiatra do paciente responder o questionário contendo os critérios

da CID-10 para esquizofrenia. Os demais casos foram avaliados no período máximo de uma semana após o levantamento dos critérios da CID-10. Todos os testes foram aplicados de forma padronizada seguindo as orientações de Vaz (1997). Porém, por ser uma tarefa mais complexa e envolver fatores totalmente diversos daqueles previstos na técnica habitual para pessoas isentas de transtornos do tipo psicótico, foram permitidas, em alguns casos, breves interrupções para sanar dúvidas, para descanso ou narrar fatos diversos, e continuá-la, em seguida, se estivessem motivados. Os testes não concluídos após esse intervalo foram descartados. Ao total houve uma perda de 14 protocolos por esse motivo.

Procedimentos para análise de dados

Todos os protocolos foram codificados pela primeira autora deste trabalho. Antes de verificar as hipóteses, a pesquisadora e outra psicóloga treinada na correção da técnica de Rorschach, tanto no Sistema Klopfer (Vaz, 1997) quanto no Sistema Compreensivo (Exner, 1999), codificaram 25% dos protocolos (20 ao total), selecionados aleatoriamente, para que o estudo de concordância entre dois juízes, por meio do coeficiente Kappa, fosse realizado. O Kappa é uma medida de concordância interobservador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso.

O passo seguinte consistiu em resolver as discordâncias entre os juízes por meio de uma discussão entre ambos para se decidir pela melhor codificação. Nos casos em que não foi possível um consenso entre os dois juízes, um terceiro juiz julgava a melhor codificação.

Para a verificação das hipóteses foi realizada a análise de correlação pelo coeficiente de Kendall (t-b), que tem aplicações similares às aplicações da correlação de Spearman, mas é mais indicado no caso de variáveis dicotômicas, como é o caso das variáveis da CID-10, que lida apenas com variáveis categóricas. O nível de significância utilizado foi de no mínimo 5% ($p \leq 0,05$). Todos os dados foram computados no programa SPSS, versão 12.0.

Resultados e Discussão

Para a verificação da confiabilidade entre codificadores, calculou-se a medida Kappa de concordância entre os juízes. Os resultados observados em cada uma das categorias de codificação indicam que houve uma concordância alta entre os juízes (>

0,85) e que a correção da técnica de Rorschach para esse estudo é considerada confiável. A Tabela 3 apresenta o nível de concordância atingido em cada uma das categorias analisadas

Tabela 3. Concordância entre juízes 1 e 2 nas categorias de codificação do Rorschach (n= 20 protocolos, respostas= 269)

Categorias	Kappa	P
Localização	0,94	<0,001
Determinante	0,86	<0,001
Conteúdo	0,89	<0,001
Popular	0,92	<0,001
Códigos Especiais	0,86	<0,001

Os resultados das correlações entre os critérios da CID-10 e variáveis do Rorschach para a esquizofrenia, por meio do coeficiente de Kendall (t-b), serão analisados a partir das hipóteses estabelecidas para o estudo e apresentados em forma de tabelas.

H 1. Existe correlação entre os critérios 1 da CID-10 e as variáveis $R\downarrow$ e Perseveração no Rorschach.

De acordo com a Tabela 4, a variável *Perseveração* no Rorschach aumenta de modo significativo em pacientes que apresentam os critérios 1 da CID-10 para esquizofrenia – *Eco do pensamento, inserção, roubo ou irradiação do pensamento*. Entende-se que o *eco do pensamento* – uma voz sussurrada ou intoleravelmente forte que repete o pensamento do paciente pouco depois de tê-lo pensado – esteja relacionado à *Perseveração*, fenômeno indicador de compulsão à repetição no Rorschach pela não observância da prova de realidade, automatismos mentais por interferência orgânico-cerebral (Chabert, 1993; Santos,1996).

Tabela 4. Correlação entre os critérios 1 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Crítérios 1 CID-10
Número de $R\downarrow$	-0,046
Perseveração	0,705**

** $p < 0.01$.

A *inserção, roubo e irradiação do pensamento* podem ser compreendidos por queixas do paciente como: “todos sabem o que eu penso, não preciso falar” (Paim, 1991, p. 252). Neste sentido, supôs-se que no Rorschach ocorreria uma queda da produtividade mental, ou seja, $R\downarrow$ no teste. Segundo Vaz (1997), o medo de se expor não permite o paciente emitir um número alto de respostas, guardando para si as percepções induzidas pelo material. No entanto, $R\downarrow$ não está relacionada com esses critérios da CID-10.

H 2. Existe correlação entre os critérios 2 da CID-10 e as variáveis *At*, *Sex*, *M-*, *M em Dd*, *Hd*, $H+A < Hd+Ad$, e *Abstração no Rorschach*.

Esse critério 2 da CID-10 – *Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros, ou ações, sensações ou pensamentos específicos; percepção delirantes* – está altamente associado com as variáveis do Rorschach *Conteúdos Anatômicos (At)*, *Sexuais (Sex)*, *Conteúdo de Detalhe Humano [Hd e (Hd)]*, percepções de conteúdos vitais inteiros ($H+A$) serem menores do que as percepções desses conteúdos em detalhes ($Hd+Ad$), *Movimento Humano de Má Qualidade (M-)* e *Movimento Humano percebido em Detalhes Raros (M em Dd)* – (ver Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre os critérios 2 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Crítérios 2 CID-10
At (incluindo Rx)	0,427**
Sexo	0,480**
M-	0,454**
M em Dd	0,350**
Hd [incluindo (Hd)]	0,508**
$H+A < Hd+Ad$	0,466**
Abstração	0,101
Tipo de Vivência Introversivo	0,404**

** p < 0.01

Muitas vezes o paciente se sente como vítima passiva de vozes imperativas ou de cenestesias estranhas. Essas cenestesias estranhas, impressões sensoriais internas do organismo, reiteradas vezes estão relacionadas com queixas tais como “uma bala que gira em espiral dentro do crânio”, ou “algo que pressiona a cabeça ou os olhos, de modo que, ao se olhar no espelho, se percebe com os olhos projetados para fora” (Paim, 1991, p. 251). Em mulheres, essas queixas cenestésicas localizam-se principalmente nos órgãos genitais; reclamam de serem vítimas de relações sexuais, de defloramento e de masturbação. Tais fenômenos delirantes cenestésicos são frequentemente considerados persecutórios também.

É bem provável que as preocupações com essas cenestesias refletiram-se no Rorschach por meio do aumento das respostas com *At*, *Sex*, *Hd* e *(Hd)* e pelo índice $H+A < Hd+Ad$. Muitas *At* sugerem exteriorização de angústias encobertas que manifestam pobreza da auto-imagem e dificuldade para simbolizar a própria problemática, que passa a ser refletida em preocupações corporais do tipo hipocondríacas, como também indicam o uso da intelectualização para tolerar a ansiedade, tensão e sentimentos de frustração (Vaz, 1997). O aumento de *Sex* é comum quando as preocupações de ordem sexuais estão presentes.

Esses conteúdos quando descritos de modo rebuscado ou excêntrico, ou em formulações confabuladas ou contaminadas, são típicos de distúrbios esquizofrênicos (Rapaport, 1971). As *Hd e (Hd)* muito frequentes revelam pobreza da integração da auto-imagem. Finalmente, quando $H+A < Hd+Ad$ entende-se que a pessoa percebe com suscetibilidade o meio humano, tendo uma perspectiva distorcida de si mesmo e do seu meio social e com uma tendência a apresentar marcados componentes paranóicos (Exner & Sendín, 1999).

De acordo com Chabert (1993), todas essas categorias de percepções do corpo ilustram perfeitamente o que se pode dizer da angústia de fragmentação. O corpo é desintegrado em partes isoladas, que falam cada uma com sua voz própria, como arquipélagos que não podem se reunir. Demonstram a fragilidade de um *self* dissociado, de um Eu fragmentado e dividido. Traduzem um sistema de pensamento dominado pelas sensações perceptivas dolorosas que são desveladas por uma linguagem que se exprime caoticamente.

A associação, feita pela CID-10, desses delírios *aos movimentos do corpo ou membros, ou ações, sensações ou pensamentos específicos* possivelmente correlacionou-se no Rorschach com as projeções de *M-* e *M* em *Dd*. O *M-* denuncia fuga da realidade, o agir coagido, bloqueado, ansioso e impotente. Esse tipo de resposta no teste, provavelmente, está relacionado ao déficit de habilidades sociais, sendo mais comum ocorrer em pessoas ansiosas de relacionamento interpessoal pobre, receoso e tenso (Vaz, 1997; Weiner, 1966). O *M-* também é sugestivo de processos de pensamento desviantes ou dissociados, especialmente quando em atitudes passivas. Segundo Exner (2003), essa codificação é muito rara em adultos não pacientes, observado em apenas 3% dessas pessoas, pouco comum nos protocolos de diferentes grupos de pacientes, variando entre 30 a 40%, mas muito frequente em pacientes com transtorno esquizofrênico, cerca de 80% deles. O autor afirma que o *M-*, quando aparece duas ou mais vezes em um mesmo protocolo do teste, pode refletir pensamentos delirantes.

O *M* percebido em áreas de *Detalhe Incomum (Dd)* traduz-se especialmente em algo persecutório, em núcleos psicóticos dissociados do resto da personalidade. Refere-se a condutas bizarras que aparecem esporadicamente, como também pode ser um indício de que se trata de uma pessoa delirante, fabuladora, que tende a substituir a realidade pela fantasia em situações desagradáveis de inferioridade e culpa (Colombo et al., 1993; Passalacqua & Gravenhorst, 2005).

A *percepção delirante* (CID-10) é compreendida com algo que surge sem motivação externa ou interna compreensível, originando conexões significativas novas, na captação dos fatos da realidade (Paim, 1991). É algo que se impõe à consciência do delirante e que é irrefutável para ele e incompreensível para as outras pessoas, como no exemplo: dizer que o gato levantou o rabo e que isso é sinal de que a sua mulher o está traindo. Pensou-se que essas associações incompatíveis pudessem correlacionar-se com os *Conteúdos Abstratos* (AB), que são as percepções com um significado bem particular do sujeito, que não representa um pensamento socializado, no entanto, essa relação não se mostrou significativa.

Finalmente, o *Tipo de Vivência Introversivo* no Rorschach demonstrou correlação alta com esses critérios da CID-10. Nesse contexto da esquizofrenia, a introversão relaciona-se, por um lado, com aquelas pessoas que se baseiam fortemente em suas próprias avaliações internas, ou seja, têm um compromisso com o modo ideacional de abordar as situações de solução de problemas e tomada de decisão. São pessoas que não se permitem tomar decisões sem antes ficar ruminando sobre suas consequências. O problema é que as formas como pensam e refletem baseiam-se em interpretações equivocadas da realidade. Por outro lado, essas pessoas possuem o contato social mais restrito, pois têm baixa tolerância para a estimulação emocional e sentem-se incapaz de manter-se em contato com os próprios sentimentos e compartilhá-los com os outros. Desse modo, não conseguem se comportar de modo natural, relaxado e espontâneo. Essa vivência tem sido encontrada com maior frequência entre os esquizofrênicos do tipo paranóide.

H 3. Existe correlação entre os critérios 3 na CID-10 e os fenômenos *Auto-Referência e Ambivalência Perceptiva, M none* no Rorschach.

Os dados da Tabela 6 confirmam que as variáveis do Rorschach – Auto-referência, Ambivalência e Movimento Humano Abstrato – correlacionaram-se significativamente com os critérios da CID-10 – *Vozes alucinatórias fazendo um comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.*

Tabela 6. Correlação entre os critérios 3 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Crítérios 3 CID-10
Auto-referências	0,622**
Ambivalência	0,554**
M none	0,270*

* p< 0.05; ** p< 0.01.

Geralmente essas vozes elogiam ou censuram o paciente, como se fossem a voz da consciência que acusa e critica, ou é condescendente com a pessoa (Paim, 1991). O paciente crê que tudo se relaciona a ele, sente-se o centro do mundo. No Rorschach, a variável que mais se aproxima dessas descrições é o fenômeno *Auto-Referência*¹. A *Auto-Referência* típica desses pacientes qualifica mais do que um egocentrismo ou narcisismo patológico, denota um transtorno profundo do juízo e do pensamento. Observa-se nesse fenômeno a falha na distinção entre sujeito e objeto, a perda de contato com o mundo objetivo por dissociação do Eu, por uma interpenetração entre interno e externo, objetivo e subjetivo, por uma fragilidade da representação de si.

O paciente, além de se sentir o centro das atenções (*Auto-Referências*), também responde de forma bastante *Ambivalente* em suas percepções, uma vez que se vê elogiado e censurado ao mesmo tempo pelas vozes alucinatórias de que é acometido. No Rorschach, podem surgir trocas sucessivas de respostas, substituindo uma pela outra na tentativa de uma melhor adequação (*Ambivalência*). Nessas percepções, se observa a presença simultânea de tendências, atitudes e sentimentos opostos em relação a um mesmo objeto (por exemplo: é anjo e demônio ao mesmo tempo), como também pode ocorrer a passagem de uma percepção adequada e coerente (*F+*), para uma pobre e absurda (*F-*) sem ter uma definição assertiva de qual das percepções ele percebe de fato, o que denuncia o efeito da dissociação e das intensas oscilações no curso do pensamento. Essa mobilidade de discernimento em protocolos de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia foi observada por Adrados (1991), Bohm (1979), Portuondo (1972), Rorschach (1978) e Sousa (1982).

Os distúrbios do pensamento que se assemelham às operações do tipo alucinatórias, de uma forma geral, foram observados por Exner (2003) nas respostas de *Movimento Humano sem qualidade formal (M none)*. Essas respostas quase sempre são altamente simbólicas e centram-se em algum aspecto da emoção ou sensação – por exemplo, quando o paciente responde que a mancha “parece a tristeza” ou “lembra o sentimento de medo”, desconsiderando o contorno da mancha, ou seja, ignorando o seu formato. Essas respostas no teste também serão sempre codificadas como *Abstrações (AB)* e provavelmente serão descritas como comentários confabulatórios (*Confabulação*). Logo, a *Abstração*, no caso dos sintomas alucinatórios, provavelmente se desvelou junto com o código *M none* (resposta codificada por Vaz (1997) como F- e conteúdo abstrato)

¹ Esse fenômeno especial foi codificado conforme o Sistema Klopfer (Vaz, 1997) e ampliado para aquelas verbalizações em que o paciente afirmava de modo explícito que o objeto percebido o estava perseguindo ou exercendo algum forte influência sobre ele.

H 4. Existe correlação entre os critérios 4 da CID-10 e as variáveis $G\%↑$, $G->G+$, $Dd\%$, PO e (H) no Rorschach.

A única variável do Rorschach associada a esse grupo 3 de sintomas da CID-10 – *Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (Por exemplo: ser capaz de controlar o tempo ou entrar em comunicação com seres alienígenas)* – foi o *Conteúdo Humano descaracterizado [(H) e (Hd)]*, conforme os dados expostos na Tabela 7.

O aumento das respostas de (H) e (Hd) é comum em pessoas em que predominam os pensamentos mágicos, onipotentes, com problemas nas relações interpessoais. Pessoas com esse grupo de sintomas tendem a ser mais receosas, cautelosas e controladoras nos seus relacionamento, pois tendem a perceber as pessoas com capacidades sobrehumanas e imprevisíveis.

Tabela 7. Correlação entre os critérios 4 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Crítérios 4 CID-10
$G\%$	0,079
$G->G+$	0,131
$Dd\%$	-0,080
Resposta de Posição	0,107
(H) incluindo o (Hd)	0,246*

* $p < 0.05$.

H 5. Existe correlação entre os critérios 5 da CID-10 e as variáveis *Olhar o Verso do Cartão*, *Críticas à Técnica ou ao Examinador* e *Ideia de Referência* no Rorschach.

Observa-se na Tabela 8 que não houve correlação significativa entre esses critérios da CID-10 – *Alucinações persistentes em qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por ideias sobrevaloradas persistentes* – e as variáveis do Rorschach que foram propostas.

Estes e os próximos critérios da CID-10 podem ser considerados menos patognomônicos da esquizofrenia do que os sinais dos itens anteriores (OMS, 1993). Os fenômenos *Olhar o Verso do Cartão* e o fenômeno *Ideia de Referência* ocorreram com bastante frequência, contrário ao fenômeno *Crítica à Técnica ou ao Examinador* que foi bastante raro, porém, não demonstraram uma relação significativa com esses critérios da CID-10.

Tabela 8. Correlação entre os critérios 5 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Critérios 5 CID-10
Olhar o Verso	0,203
Críticas	0,196
Idéia de Referência	0,101

* $p < 0.05$.

H 6. Existe correlação entre os critérios 6 na CID-10 e Fenômeno de Neologismo, Negação e DR2 no Rorschach.

As três variáveis do Rorschach se mostram altamente correlacionadas a esses critérios de CID-10 – *Neologismos, paradas ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante* (ver Tabela 9).

Tabela 9. Correlação entre os critérios 6 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Critérios 6 CID-10
Neologismo	0,748**
Negação	0,544**
Respostas Desviantes (DR2)	0,389**

** $p < 0.01$.

O *neologismo* consiste em criar ou inventar novas palavras. No Rorschach, o *Neologismo* está relacionado com dificuldade de comunicação clara em função de sua característica bizarra e sincrética. Essa classificação também foi observada no Rorschach de esquizofrênicos por Resende (2001) e Sousa (1982).

As *paradas ou interpolações no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante*, segundo Paim (1993), refletem imediatamente na linguagem, quando a pessoa inicia um assunto e subitamente detém-se, interrompe a fala. Esses comportamentos parecem traduzir-se no Rorschach por uma descontinuidade do pensamento e a dificuldade de concentração, quer pela *Negação de resposta* ou pela presença do código especial DR2. No caso específico do DR2, o paciente verbaliza frases inadequadas ou irrelevantes no meio da resposta, constituindo uma clara divagação, como também verbalizações bizarras.

Duas outras variáveis do Rorschach, não previstas nas hipóteses por supor que seriam comuns entre os pacientes de uma foma geral, a *Contaminação* e a *Confabulação*, foram estatisticamente significativas nesse grupo de sintomas na CID-10 ($p < 0,01$ e $p < 0,05$ respectivamente), embora tenham ocorrido com frequências relativamente elevada em quase todos os pacientes ($M_{\text{Contaminação}} = 1,63$ $DP_{\text{Contaminação}} = 2,0$ e $M_{\text{Confabulação}} = 1,21$ e $DP_{\text{Confabulação}} = 1,6$). Ambas revelam desvios cognitivos mais graves, sérias desorganizações

do pensamento e pouco contato com a realidade, bem como indicam pensamento forçado, inadequado e absurdo. A Tabela 12 (p. 52) apresenta a correlação entre os 8 critérios da CID-10 e as 4 variáveis do Rorschach consideradas as características da esquizofrenia que não fizeram parte das hipóteses.

H 7. Existe correlação entre os critérios 7 da CID-10 e as variáveis FM, Tipo de Vivência Extratensivo e Rejeição no Rorschach.

Esses critérios da CID-10 – *Comportamento catatônico (excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea) negativismo, mutismo e estupor* – estão fortemente correlacionados com as variáveis *Tipo de Vivência Extratensivo* e *Rejeição* no Rorschach, todavia não se relacionam significativamente com *FM*.

Tabela 10. Correlação entre os critérios 7 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Crítérios 7 CID-10
Movimento Animal (FM)	0,139
Extratensivo	0,237*
Rejeição	0,415**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

De acordo com Vaz (1997), o *comportamento catatônico* distingui-se no Rorschach pelas projeções de *M em Dd* e *FM*. Segundo o autor, isso pode estar relacionado com as imagens impressas ou gravadas das tensões corpóreas da pessoa nas fases de agitação, referindo-se a prováveis objetos de suas preocupações e atenções. Todavia, as duas variáveis não sugeriram associações com esse grupo de sinais e sintomas.

Por outro lado, há forte correlação com o *Tipo de Vivência Extratensivo* – típico de pessoas mais influenciáveis pelo ambiente, que diante de tensão externa têm facilidade para perder o controle emocional, como também apresentam motilidade excitável – também apontado por Sousa (1982) e Vaz (1997).

O *mutismo e o estupor* – ausência de linguagem oral e de reação aos estímulos externos (Paim, 1993) – tornam inviável a aplicação da técnica de Rorschach, que exige a presença da fala. Nesse caso, o número elevado de *Rejeições* pode ser uma expressão desses sintomas, inviabilizando, em vários casos, a correção da técnica. Observou-se durante a fase de coleta de dados que os pacientes que apresentavam esse grupo de sintomas, mesmo dispostos a participarem do estudo, não conseguiam responder à técnica. Ficavam olhando para o cartão por alguns minutos sem nenhuma menção de que responderiam ao estímulo. Quando muito, alguns deles davam respostas estereotipadas, por exemplo, “uma coisa estranha, que não sei o nome”, preferencialmente nos cartões

cromáticos (II, III, VIII, IX e X), uma vez que tendem a ser mais sintônicos ao que ocorre no ambiente.

Nesse sentido, os pacientes com esse grupo de sinais e sintomas emitiram poucas respostas durante a submissão ao Rorschach e a variável R, não prevista nessa hipótese, revelou-se estatisticamente significativa nesse grupo (-0,224, sig. 0,019). A correlação negativa indica que pacientes com os menores números de respostas em seus protocolos tendem a ter esse grupo sintomas. Essa variável denuncia a pobreza de associações, de fantasias e ausência de elaboração de imagens.

H 8. Existe correlação entre os critérios 8 na CID-10 e as variáveis *Coartação*, $VIII+IX+X/R\downarrow$, *Cpuro*, $FC<CF+C$, $\Sigma C'$, Σ *Sombreado*, *Cn*, $\Sigma H\downarrow$, *Cor-Somb*, *MOR*, *ChA* e *ChC* e *SI* no Rorschach.

As variáveis do Rorschach *Coartação*, *Baixo Índice de afetividade*, $\Sigma C'$, Σ *Somb*, *Cor-Somb*, *MOR* e *SI* revelaram-se altamente correlacionadas ao grupo de pacientes que apresentaram esses critérios da CID-10 – *sintomas “negativos”*: *apatia marcante*, *pobreza de discurso* e *embotamento ou incongruência de respostas emocionais* (Ver Tabela 11).

Na *apatia* registra-se a falta de vivência de qualquer tipo de afeto – alegria, tristeza ou raiva. O indivíduo não se interessa por nada em sua vida. No *embotamento* há uma perda profunda de todo tipo de vivência afetiva observável e constatável pela postura do paciente (Dalgarrondo, 2000). Tanto a *apatia* quanto o *embotamento* e a *pobreza de discurso* parecem estar correlacionadas no Rorschach através do tipo de vivência *Coartado*. A *Coartação*, observada por Portuondo (1972) e Chabert (1993) no Rorschach de pacientes com esquizofrenia, ratifica a paralisia afetiva ($\Sigma C=0$) e ideativa ($M=0$), expressando a maneira tensa, rígida e fria de como eles lidam com os outros e com o mundo ao seu redor. Observa-se nesses pacientes o predomínio do distanciamento das ingerências de fantasias, desejos, pulsões e afetos. Esse fato demonstra o esforço de leitura objetivante do material, uma tentativa de agarrar-se de maneira extrema à realidade, impedindo assim qualquer deslocamento metafórico ou incidência delirante. Dessa forma, esses pacientes mantêm um equilíbrio precário, que é mantido devido a uma vida restrita e de esquiwa: evita circunstâncias novas e desafiadoras que possam impor pressões psicológicas. Este tipo de proteção é frágil e a estabilidade precária. Quando as circunstâncias mudam repentinamente, essas pessoas sobrecarregam-se e estressam ou desestruturam facilmente (Exner, 2003; Ilonen et al., 2004; Kaser-Boyd, 2006).

Tabela 11. Correlação entre os critérios 8 da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Variáveis do Rorschach	Critérios 8 CID-10
Coartação	0,228(*)
Baixo Índice de afetividade: (VIII+IX+X/R)↓	-0,245*
Cor pura (Cpuro)	0,183
FC<CF+C	0,089
Somatório de Cor Acromática ($\Sigma C'$)	0,409**
Somatório de Sombreados ($\Sigma Somb$)	0,270**
Cor Nomeada (Cn)	0,168
(ΣH)↓	0,118
Cor e sombreado (Cor-Somb)	0,372**
Conteúdos Mórbidos (MOR)	0,399**
Choque Acromático (ChA)	0,155
Choque Cromático (ChC)	0,041
Sentimento de Incapacidade (SI)	0,217*

* p< 0.05; ** p< 0.01.

Outra variável no Rorschach que sugere esses sintomas de *embotamento e incongruência de respostas emocionais* é a *Diminuição do número de Respostas nos Cartões VIII, IX e X (Índice de afetividade < 0,30)*. Essa variável é comum em pessoas que têm aversão a situações que envolvam expressões de sentimentos, pois se sentem constrangidas e, como consequência, há uma retração emocional que prejudica a adaptação interpessoal e social. Preferem não estar envolvidas em situações emocionalmente intensas (Exner, 2003; Ilonen et al, 2004; Kaser-Boyd, 2006; Vaz, 1997).

Esse grupo de sintomas da CID-10 manifestou-se de várias outras formas no teste:

- com o aumento do $\Sigma Somb$ e do $\Sigma C'$, o que caracteriza a desolação afetiva profunda típica desses pacientes;
- com o aumento de *Cor-Somb*, que revela ambivalência afetiva; sentimentos opostos, como amor e ódio, prazer e desprazer, expressos ao mesmo tempo, direcionados às pessoas e situações. Essa ambivalência afetiva marca uma tendência a se sentir confuso e inseguro quanto ao que sente. Prazer e dor associados ao mesmo evento, dificultando a pessoa discriminar seus sentimentos e limitando suas possibilidades de bem-estar. São pessoas que mesmo felizes sofrem com preocupações e tristezas (Amparo, 2002)
- *Conteúdos Mórbidos (MOR)*: o aumento desses conteúdos, segundo Exner (2003), ocorre em pessoas com ideias pessimistas, que temem e desconfiam de toda ajuda e oportunidade. Acreditam que tudo continuará mal independente do que possam fazer. Essas respostas têm relação com as percepções internas de elementos disfóricos que a pessoa atribui aos objetos externos;

- Aumento do *SI*: esse *Sentimento de Incapacidade* é observado com mais frequência em pessoas com transtornos afetivos (Vaz, 1997) e, provavelmente, em pessoas que apresentam cronicidade de seus sintomas no distúrbio esquizofrênico com predomínio dos sintomas negativos, que é o caso dos pacientes avaliados.

As Tabelas 4 a 11 demonstram que correlações entre a técnica de Rorschach e a CID-10 são possíveis, embora o Rorschach não seja um instrumento construído especificamente para aferição diagnóstica de acordo com os critérios da CID-10 (OMS, 1993), e por esse motivo, também não existe uma relação direta entre todos os critérios da CID-10 e as informações derivadas do Rorschach. Contudo, essas correlações apontam que as variáveis do Rorschach, de fato, identificam e descrevem muitos padrões de comportamentos e experiências internas não adaptativas característicos dos critérios observáveis da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia.

Para terminar essa discussão dos dados, é importante enfatizar que essas correlações não consideraram as variáveis mais apontadas pelos autores que investigaram a esquizofrenia no Rorschach (*F-%*, *Pop↓*, *Contaminação* e *Confabulação*), uma vez que seriam muito frequentes e não revelariam diferenças significativas entre os critérios da CID-10. A Tabela 12 expõe as correlações encontradas entre essas variáveis e os critérios da CID-10 e a Tabela 13 apresenta a estatística descritiva dessas variáveis do Rorschach em porcentagens consideradas típicas de um distúrbio psicótico.

Tabela 12. Correlação entre os 8 critérios da CID-10 e as variáveis do Rorschach para esquizofrenia

Critérios da CID-10	Variáveis do Rorschach			
	F-%	Contam	Confab	Pop
Grupo 1	0,180	-0,044	0,061	-0,185
Grupo 2	0,121	0,170	0,027	-0,173
Grupo 3	0,202	0,174	0,102	-0,183
Grupo 4	-0,098	-0,035	-0,158	0,153
Grupo 5	-0,028	-0,004	-0,071	0,106
Grupo 6	0,182	0,315**	0,265*	-0,200
Grupo 7	0,019	-0,266**	0,023	-0,023

* p< 0.05; ** p< 0.01.

Tabela 13. Estatística descritiva das variáveis mais características da esquizofrenia na técnica de Rorschach (n= 80)

Rorschach	Média	DP	sujeitos da pesquisa que estão dentro dos valores normativos (Vaz, 2006)
F-%	52%	29,3	17,5% (14)
Contaminação	1,53	2,0	40% (32)
Confabulação	1,39	1,6	50% (40)
Popular	0,98	1,1	1,3% (1)

Como pode ser observado nas Tabelas 12 e 13, a distribuição dessas variáveis entre os pacientes e a elevada frequência com que surgem nos protocolos, especialmente *F-% elevado* e *Pop baixo*, as tornam características do paciente esquizofrênico independente do grupo de critérios da CID-10 F20. As *Contaminações* e *Confabulações* mostram-se estatisticamente significativas para os pacientes que revelam em seu diagnóstico os critérios de número 6, conforme foi discutido durante a exposição dos resultados para a hipótese 6.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De uma forma geral, as correlações observadas entre a CID-10 e o instrumento psicológico de compreensão do funcionamento da personalidade, o Rorschach, integram dois tipos de conhecimentos que propiciam intervenções clínicas e planejamentos de tratamento psicoterapêutico mais circunstanciados, permitem reunir grupos de pacientes mais homogêneos, que viabilizam avaliar a efetividade e a eficácia para os diferentes protocolos de psicoterapia, bem como facilitam um trabalho integrado entre essas duas categorias de profissionais da saúde.

As informações adquiridas por meio desse estudo correlacional poderão ser usadas em empreendimentos científicos de *follow-up* que visem o uso das variáveis do Rorschach fortemente associadas aos critérios da CID-10 no diagnóstico da esquizofrenia para detectar com antecedência a predisposição para esse transtorno, uma vez que a técnica de Rorschach tem um alto valor preditivo de distúrbios psicopatológicos.

É importante observar, também, que esse estudo apresenta algumas limitações, como por exemplo, todos os pacientes apresentam mais de um grupo de sinais e sintomas da CID-10, alguns deles preenchem quase todos os critérios para o diagnóstico da esquizofrenia, como também os grupos de sinais e sintomas são bastante amplos, incluindo

características diversas, como no grupo 5 (Tabela 1) – alucinações persistentes em qualquer modalidade, acompanhadas por delírios “superficiais”. Esses aspectos tornam o estudo correlacional confuso, já que de um lado têm-se vários critérios para ser correlacionados com diversas variáveis do outro. Embora a quantidade de participantes tenha sido considerada adequada para a população de Goiânia – considerando a incidência de 1% da população relativamente constante em todos os países – para um estudo correlacional entre esses dois instrumentos que trabalham com muitas variáveis, o ideal seria que os pacientes apresentassem um ou dois grupos de sinais e sintomas da CID-10.

Além disso, não foi possível assegurar a confiabilidade da classificação dos 8 critérios diagnósticos da CID-10 para a esquizofrenia, uma vez que, apenas o médico, responsável pelo paciente, que definia quais eram os grupos de sintomas que o paciente manifestava. Assim, não foi realizado o coeficiente de concordância entre juízes na definição dos grupos de sintomas.

Outro aspecto que merece ser salientado é o fato deste estudo ter sido baseado na no Sistema Klopfer de aplicação, correção e interpretação do Rorschach e, ao mesmo tempo, agregar variáveis do Sistema Compreensivo. Esta é uma prática que deve ser evitada, pois se corre o risco de utilizar variáveis que possuem pressupostos diferentes quando são codificadas nos diversos sistemas de Rorschach. Como consequência desse contrassenso, mesclam-se informações que não se coadunam para se chegar a conclusões que serão, no mínimo, bastante equivocadas e enganosas. Ressalta-se que, para este estudo, as variáveis selecionadas do segundo sistema não possuíam incompatibilidades com o sistema de correção de Rorschach adotado. Tratava-se de dados qualitativos que podem ser levantados nas verbalizações dos examinandos, durante a aplicação da técnica, sem entrar em choque com as duas formas de correção do Rorschach.

Concluindo, considera-se que este estudo, apesar de suas limitações, traz contribuições importantes para o diagnóstico e prognóstico da esquizofrenia através a técnica de Rorschach. Muito mais do que isso, essa pesquisa aponta temas diversos a ser minuciosamente investigados posteriormente.

Seção III

AS DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS NA ESQUIZOFRENIA ATRAVÉS DA TÉCNICA DE RORSCHACH

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, muitas vezes crônico, caracterizado por sintomas que podem ser divididos em três sub síndromes: sintomas positivos (delírios e alucinações), que são os sintomas ausentes em indivíduos saudáveis e presentes em esquizofrênicos; sintomas negativos ou ausentes em indivíduos saudáveis (empobrecimento afetivo e volitivo); e os sintomas de desorganização que podem estar presentes em pessoas normais, porém são mais caóticos em pessoas com esquizofrenia (comportamento pueril, fala desorganizada, déficits cognitivos e de atenção e afeto lábil). A maior parte das evidências sugere que esse transtorno envolve uma predisposição genética que requer ativação intrapsíquica e interpessoal. Assim, fatores metabólicos e influências ambientais podem proteger ou desencadear os sintomas inerentes a essa doença em pessoas predispostas (APA, 2002; Sadock & Sadock, 2007; Lara, Gama, & Abreu, 2004).

Dados epidemiológicos apontam que a esquizofrenia é um problema mundial de saúde pública de primeira grandeza. Em média, esses pacientes ocupam 50% de todos os leitos dos hospitais psiquiátricos. Atinge aproximadamente 1% da população adulta, independentemente de sexo e condições socioculturais. No entanto, há diferenças entre os gêneros quanto ao início e curso da doença. O início é mais precoce nos homens, geralmente entre os 15 e 25 anos. Eles têm maior probabilidade de sofrer sintomas negativos, permanecer solteiros, cometer suicídios, ter menor qualidade de vida, apresentar problemas ligados ao uso de drogas e com a polícia, como também de ter maiores prejuízos no funcionamento social e de serem mais resistentes ao tratamento da doença. Diferentemente, nas mulheres o início da esquizofrenia é mais tardio, muitas vezes após os 25 anos de idade, sendo que, em mais ou menos 7% dessas pacientes, a doença se manifesta após os 40 anos. Além disso, as mulheres, em geral, são casadas ou separadas e têm de cuidar dos filhos, tendem a revelar uma forma mais benigna da esquizofrenia com funcionamento social mais adequado e resultados mais favoráveis em seus tratamentos (Aleman, Kahn, & Selten, 2003; APA, 2002; Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu, & Fonseca, 2006; Chaves, 2000; Grossman, Harrow, Rosen, Faull & Strauss, 2008;

Sadock, & Sadock, 2007; Kelly, 2006; Ran et al., 2009; Räsänen, Pakaslahti, Syvälahti, Jones, & Isohanni, 2000).

Johann, Vaz e Derivi (2004), ao descreverem os dados do Rorschach (Sistema Klopfer), uma técnica de avaliação da personalidade, que se desvelaram em pacientes com esquizofrenia na cidade de Porto Alegre, observaram algumas diferenças entre os sexos. As mulheres revelaram maior esforço para ser formais, controladas e disciplinadas, mas fracassavam à medida que não conseguiam pensar com coerência e juízo crítico ($F= 42,0\%$ e $F-= 46,5\%$). Apresentavam maior capacidade de expressar os seus afetos e sentimentos ($\Sigma C= 16,8\%$), mas suas descargas afetivas eram muito mais agressivas e intempestivas ($FC < CF+C$), bem como evidenciavam relacionamentos mais receosos e tensos ($M-= 68,8\%$ e $M+= 18,8\%$) do que os homens. Por sua vez, os homens manifestavam pouco controle geral de seus impulsos e instintos, mostrando-se mais indisciplinados, porém, demonstravam mais capacidade de raciocínio lógico ($F= 26,4\%$ e $F-= 20,6\%$), mais controle de suas descargas afetivas ($FC=CF+C$), embora eram raras as vezes em que expressavam os seus sentimentos ($\Sigma C= 4,6\%$). No que diz respeito aos relacionamentos, os homens davam indícios de serem menos tensos e um pouco mais empáticos do que as mulheres ($M+= 58,3\%$ e $M-= 38,9\%$).

Na literatura científica destacam-se dois estudos em que o Rorschach (Sistema Compreensivo) foi usado para examinar especialmente as diferenças entre gêneros na esquizofrenia. Ambos têm demonstrado que o instrumento é sensível para captar diferenças sutis nos distúrbios cognitivos entre homens e mulheres. No primeiro estudo, Perry e Braff (1995), nos Estados Unidos, evidenciaram por meio do *Ego Impairment Index (EII)*, que pacientes esquizofrênicos do sexo masculino apresentavam prejuízos do pensamento maior do que pacientes do sexo feminino, que por sua vez eram caracterizadas por uma melhor competência social. O *EII* é essencialmente uma medida de características negativas e, portanto, uma pontuação mais alta, como foi encontrada no grupo masculino, implica em maiores prejuízos psicológicos, perturbações do pensamento (déficit no teste de realidade, no raciocínio e na qualidade das relações objetivas), bem como comportamentos disfuncionais e falhas de adaptação.

No segundo estudo, Danielsson, Flyckt e Edman (2001), na Suécia, focando as diferenças entre os gêneros no que tange aos aspectos cognitivos na esquizofrenia, encontraram uma pontuação média do *EII* maior para as mulheres. Esse resultado implica maiores perturbações do pensamento no grupo feminino do que no grupo masculino, mas

essa diferença não foi estatisticamente significativa. Os autores justificaram essa divergência com os resultados de Perry e Braff (1995) em função dos dois estudos terem utilizado amostras bastante diversas. Os participantes do primeiro estudo eram pacientes crônicos, mais velhos e recebiam doses bem maiores de neurolépticos, enquanto no estudo de Danielsson et al. (2001) os participantes eram bem mais jovens, sendo que 50% deles tiveram apenas o primeiro episódio da doença. Desse modo, a comparação dos resultados entre os estudos seria impraticável.

De uma forma geral, na investigação de Danielsson et al. (2001), as mulheres com esquizofrenia mostraram maiores prejuízos de conceitualização, associações mais dispersas, marcadas por fabulações e delírios (*FAB e DR*), do que os homens. Por outro lado, o que parece contraditório, as mulheres pareciam ter mais acesso aos recursos internos psicologicamente complexos (*DQ+* e *Blends*), demonstrando níveis de desenvolvimento cognitivo e capacidade de manejo de situações afetivas maiores do que os homens. Os homens demonstraram menor capacidade para elaborar pensamentos e organizar conceitos do que as mulheres. Os autores inferiram que esses resultados podem ser um sinal de que os homens são mais afetados pelos sintomas negativos da doença.

Vários estudos comprovam que as diferenças entre os sexos são um importante fator preditivo no curso e na evolução da esquizofrenia, como também podem contribuir para a elaboração de estratégias de tratamento e planejamentos de serviços de saúde mais apropriados para esses pacientes (Aleman et al., 2003; Cardoso et al., 2006; Chaves, 2000; Kelly, 2006; Räsänen et al., 2000). Além desses aspectos, o Rorschach tem demonstrado sua validade para descrever as diferenças entre os gêneros na esquizofrenia. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de dar uma visão global das diferenças entre os gêneros nesse transtorno, que sejam mais pertinentes à nossa população, no que diz respeito ao predomínio de algum grupo de sintomas avaliados pelos critérios da CID-10, como também no que se relaciona às características de personalidade, particularmente nos aspectos cognitivos, afetivos e de integração interpessoal avaliadas por meio da técnica de Rorschach.

MÉTODOS

Amostra

Participaram desse estudo 80 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia (F20) pela CID-10 (OMS, 1993), 40 do sexo feminino e 40 do sexo masculino, com recidiva da

doença, idade entre 20 e 55 anos, que se encontravam internados em hospitais psiquiátricos de Goiânia e faziam uso de neurolépticos, sendo 70% deles (n=56) medicados com antipsicóticos típicos incisivos, do tipo Haloperidol. Foram excluídos aqueles pacientes em que houve uma manifestação de episódio maníaco (F30), ou de episódio depressivo (F32), anteriores aos sintomas característicos de esquizofrenia, bem como aqueles pacientes em que se detectou a presença de doença cerebral orgânica, estado de intoxicação, dependência, abstinência de álcool ou drogas. O tamanho da amostra (n= 80) foi estatisticamente determinado em função da prevalência da enfermidade na população de Goiânia, ou seja, 1%, considerando que, em média, 50% dos pacientes possuem comorbidade com abuso de substâncias alcoólicas e outras drogas (Volkow, 2009) e, portanto, não poderiam participar do estudo. Para calcular o tamanho mínimo da amostra foi aplicada a seguinte fórmula sugerida por Barbetta (2004): $n_0 = 1/e^2$ and $n = N.n_0/N + n_0$. O N consiste no tamanho da população (aproximadamente 6.000 pacientes esquizofrênico sem comorbidade com abuso de substâncias), o n constitui o tamanho da amostra, o n_0 equivale a uma primeira aproximação para o tamanho da amostra e o e trata-se do erro amostral tolerável (determinado pelo pesquisador, 11%).

Instrumentos para coleta de dados

- **Entrevista psiquiátrica contendo os oito grupos de sinais e sintomas da CID-10 para o diagnóstico de esquizofrenia** (ver Tabela 1, Seção II, p. 34). A CID-10 trata-se de um instrumento de classificação oficial dos transtornos mentais e do comportamento, destinado ao uso clínico, educacional, assistencial em geral e pesquisa, de reconhecido valor científico pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além desse motivo, os médicos psiquiatras, da cidade de Goiânia, onde foi efetuado o projeto, e que de uma forma ou de outra colaboraram com a pesquisa, adotavam sistematicamente a CID-10.

- **Técnica de Rorschach.** Técnica de avaliação da personalidade composta por 10 cartões com manchas de tinta. Por um lado, esse instrumento funciona como um processo de quantificação das características da percepção, que permite uma exploração objetiva da estruturação cognitiva, afetiva, relacionamento interpessoal e contingente de conflitos. A forma como o sujeito percebe e estrutura a mancha de tinta reflete a forma como percebe e estrutura a sua vida. Nesse sentido, as características atribuídas às manchas são o enfoque primordial (por exemplo: G, D, Dd, F, C, K). Por outro lado, a técnica é uma tarefa que, muito além de estimular a imaginação e a fantasia, permite a exploração subjetiva de

imagens temáticas que muitas vezes envolve a projeção por meio das associações livres, fornecendo uma visão profunda do inconsciente. Os comentários verbais, os conteúdos pessoais e as imagens simbólicas tornam-se pontos centrais na interpretação dos protocolos (por exemplo, as abstrações e os comentários de deterioração dos objetos). Na teoria e na prática deve prevalecer a atenção à complementaridade dos processos perceptivo e associativo nas respostas do Rorschach. A atenção adequada a ambos os aspectos das respostas do sujeito ajudará os profissionais que utilizam a técnica a entender ao máximo a riqueza e a utilidade das interpretações que vierem a formular. Nesse estudo adotou-se o sistema de classificação e interpretação de Klopfer, adaptado e validado por Vaz (1997, 2006). As variáveis do Rorschach analisadas para esse estudo, agrupadas em termos de aspectos cognitivos, afetivos e integração interpessoal são descritas na Tabela 14 abaixo:

Tabela 14. Variáveis do Rorschach distribuídas por grupos referentes aos aspectos cognitivos, afetivos e integração interpessoal

Aspectos	Variáveis do Rorschach
Cognitivos	R, G%, D%, Dd%, F%, F-%, M, M-, Pop, Abstrações, Σ Fenômenos Especiais*, Tipo de Vivência
Afetivos	Σ C, FC<CF+C, Cn, Σ Sombreados, Σ C', Índice de Afetividade, S, Tipo de Vivência
Integração interpessoal	M, M-, FM, Σ H, H+A: Hd+Ad, H<(H)+(Hd)+Hd, Sexo, At, Σ c e Comentários de deterioração

* Esse somatório inclui os fenômenos especiais que estavam presentes nos pacientes e que indicam prejuízos cognitivos ou tendência a raciocinar de modo infundado ou arbitrário: contaminação, confabulação, rejeição, auto-referência, resposta de posição, neologismos e perseveração.

- **Prontuários dos pacientes:** usados para coletar dados complementares que descreviam os participantes do estudo mediante informações gerais tais como profissão, idade, escolaridade, sintomas pregressos do tratamento e medicação utilizada antes da avaliação por meio da técnica de Rorschach.

Procedimentos para coleta de dados

A diretoria de três hospitais psiquiátricos foi contatada para a obtenção do consentimento para realização do estudo. Após a autorização do diretor de cada hospital, fez-se a triagem dos participantes junto aos médicos psiquiatras, considerando os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Antes da administração da técnica de Rorschach, a pesquisadora tomava nota de algumas informações no prontuário do paciente e conferia se realmente o paciente não tinha histórico de abuso de substâncias ou de qualquer outro critério de exclusão da amostra. Ainda previamente à testagem, foi mantido um contato

com cada paciente a fim de convidá-lo e motivá-lo a participar da pesquisa, como também para a obtenção do seu consentimento livre e esclarecido e de seu responsável (Anexo C), de acordo com as atuais normas éticas para pesquisa com seres humanos.

A administração do Rorschach, em 75% dos casos (n=60), foi realizada imediatamente após o psiquiatra do paciente responder o questionário contendo os critérios da CID-10 para esquizofrenia. Os demais casos foram avaliados no período máximo de uma semana após o levantamento dos critérios da CID-10. A aplicação desse teste foi realizada de forma padronizada seguindo as orientações de Vaz (1997), em salas e condições adequadas para essa finalidade, no próprio hospital em que os pacientes encontravam-se internados. Porém, por ser uma tarefa mais complexa e envolver fatores totalmente diversos daqueles previstos na técnica habitual para pessoas isentas de transtornos do tipo psicótico, foram permitidas, em alguns casos, breves interrupções para sanar dúvidas, para descanso ou narrar fatos diversos, e continuá-la, em seguida, se estivessem motivados. Os testes não concluídos após esse intervalo, ao total 14, foram descartados.

Procedimentos para análise de dados

A primeira autora desse artigo codificou todos os protocolos. Outra psicóloga que desconhecia o objetivo desse estudo, treinadas na correção da técnica de Rorschach, no Sistema Klopfer (Vaz, 1997), codificou 25% dos protocolos (20 ao total), selecionados aleatoriamente, para que o estudo de concordância entre dois juízes, por meio do coeficiente Kappa, fosse realizado. O Kappa é uma medida de concordância interobservador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso. O passo seguinte consistiu em resolver as discordâncias entre os juízes por meio de uma discussão entre as duas psicólogas para se decidir pela codificação mais apropriada.

Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com esquizofrenia do sexo masculino e feminino, as diferenças entre as médias foram comparadas por meio da Prova *t Student* para os dados paramétricos – como para as variáveis demográficas idade e grau de escolaridade e para as variáveis do Rorschach F%, G% e D% – e por meio da Prova de Mann Whitney para aqueles dados não paramétricos medidos pelo menos em uma escala ordinal como, por exemplo, para a comparação de fenômenos especiais em que a distribuição não é normal. Para aquelas variáveis não

paramétricas medidas com uma escala nominal utilizou-se o Qui-quadrado com duas amostras independentes (por exemplo, os Tipos de vivência no Rorschach e a presença de grupos de sintomas da CID-10 para a esquizofrenia). O nível de significância utilizado foi de no mínimo 5% ($p \leq 0,05$). Todos os dados foram computados no programa SPSS, versão 12.0.

Resultados e Discussão

- Nível de concordância entre juízes

O coeficiente Kappa entre os dois avaliadores da técnica de Rorschach variou entre 0,86 e 0,94 ($p < 0,001$), indicando que houve uma concordância alta entre os juízes e que a correção da técnica de Rorschach para esse estudo é considerada confiável (Tabela 3, p.42).

- Avaliações clínicas e dados demográficos

Participaram do estudo 80 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia pela CID-10, sendo 50% homens e 50% mulheres. Entre os homens, 17,5% ($n = 7$) eram casados, 82,5% ($n = 33$) eram solteiros, divorciados ou separados. Entre as mulheres, 30% eram casadas ($n = 12$), 70% solteiras, divorciadas, separadas ou viúvas. Algumas comparações das avaliações clínicas e demográficas são apresentadas na Tabela 15. Foram encontradas diferenças significativas entre os gêneros nas variáveis: idade e grupo de sintomas 2 para esquizofrenia (F20). As outras variáveis (anos de estudo, dosagem da medicação do tipo Haloperidol e os demais grupos de sintomas – 1, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) não apontaram diferenças significativas entre homens e mulheres.

Tabela 15. Diferenças entre os gêneros nos dados clínicos e demográficos de pacientes com esquizofrenia ($n = 80$)

Variáveis Clínicas e Demográficas	Homens ($n = 40$)		Mulheres ($n = 40$)		Sig bilateral
	Média	DP	Média	DP	
Idade	36,43	10,76	40,73	7,98	,041*
Educação (anos)	7,42	3,23	6,41	2,34	,087
Dosagem de Haldol mg/dia ¹	10,12	4,91	9,30	4,06	,885
F20 Grupo de sintomas 1	0,30	0,46	0,30	0,46	1,00
F20 Grupo de sintomas 2	0,38	0,49	0,65	0,48	,016*
F20 Grupo de sintomas 3	0,35	0,48	0,43	0,50	,500
F20 Grupo de sintomas 4	0,38	0,51	0,28	0,45	,069
F20 Grupo de sintomas 5	0,43	0,50	0,35	0,48	,489
F20 Grupo de sintomas 6	0,08	0,27	0,15	0,36	,293
F20 Grupo de sintomas 7	0,13	0,34	0,10	0,30	,732
F20 Grupo de sintomas 8	0,63	0,49	0,45	0,54	,102

* Diferença significativa $p < 0,05$.

¹ Variável observada somente em 70% da amostra ($n = 56$, 22 homens e 24 mulheres), que faziam uso dessa medicação.

De acordo com os dados da Tabela 15, nota-se que os homens eram significativamente mais jovens do que as mulheres. Esse dado mais a questão da falta de um cônjuge, ou seja, de serem em maior proporção solteiros, divorciados ou separados são congruentes com os levantamentos realizados nas últimas duas décadas (Cardoso et al., 2006). Inclusive o fato de ser solteiro foi associado pelos autores como o aspecto mais consistente para uma baixa qualidade de vida, uma vez que predispõe o paciente a viver com pouca participação em atividades diárias.

Quanto à idade de início da doença, sabe-se que quanto mais precoce ocorre pior é o prognóstico. O início mais tardio da esquizofrenia é um fator positivo, ou protetor, pois quando o primeiro surto acontece em uma idade mais avançada favorece o paciente desenvolver melhor suas habilidades e experiências sociais antes da doença, bem como adquirir mais conhecimento e, provavelmente, ter maior capacidade de resiliência interna e resistência à psicopatologia (Grossman et al., 2008). A idade significativamente maior do grupo feminino sugere esse fator protetor nessas pacientes, mas infelizmente esse dado a respeito do início da doença não foi possível ser controlado para esse estudo.

As mulheres também revelaram que sofriam expressivamente mais do que os homens do segundo grupo de sintomas típicos da esquizofrenia – *delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros, ou ações, sensações ou pensamentos específicos; percepção delirante*. Muitas vezes a paciente com esses sintomas se sente como vítima passiva de vozes imperativas ou de cenestesias estranhas. Em mulheres, essas queixas cenestésicas localizam-se principalmente nos órgãos genitais; reclamam de ser vítimas de relações sexuais, de defloração e de masturbação. Tais fenômenos delirantes cenestésicos são frequentemente considerados persecutórios também (Paim, 1991).

É provável que esses sintomas de delírios fossem responsáveis por parte dos prejuízos que as mulheres desse estudo demonstravam na capacidade de se relacionar com as pessoas, tornando-as mais ansiosas, tensas e inadequadas no convívio interpessoal, provocando situações indesejáveis na integração social. Esse tipo de delírio também pode ser considerado como um sistema de relações que negligencia o princípio de realidade e que conduz à criação de uma nova realidade que, no caso das mulheres desse estudo, pode traduzir angústias sexuais intensas que são expressadas de modo caótico.

Os homens, por sua vez, parecem ser mais acometidos pelo grupo de sintomas 8 – *sintomas “negativos”*: *apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou*

incongruência de respostas emocionais – embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Esse grupo de sintomas, que se manifesta pelo empobrecimento global da vida psíquica e social do paciente, não responde bem aos neurolépticos e dificultam o diagnóstico inicial como sendo um distúrbio esquizofrênico. Esses sintomas exigem um diagnóstico diferencial bem mais acurado, pois são típicos de outros distúrbios, especialmente a depressão, ou podem se confundir com efeito que algumas medicações provocam no paciente.

Diferentemente, o grupo de sintomas 2, melhor administrado pelos neurolépticos, que acomete significativamente as mulheres, faz parte dos sintomas positivos da doença, que são manifestações floridas e produtivas do processo esquizofrênico. Esses sintomas consistem no aumento das funções psíquicas, são mais facilmente reconhecidos como típicos da doença e favorecem a sua identificação e tratamento mais precoce do que quando há um maior predomínio dos sintomas negativos. Nesse sentido, o grupo de mulheres desse estudo, levam certa vantagem em relação aos homens, pois tendem a revelar uma forma mais benigna da esquizofrenia.

Na Tabela 16 são indicadas quais as variáveis do Rorschach, referentes aos aspectos cognitivos, que se diferenciam entre homens e mulheres com esquizofrenia que participaram desse estudo. Na Tabela 17 estão os dados referentes aos tipos de vivência nessa técnica distribuídos entre os mesmos sujeitos.

Tabela 16. Variáveis do Rorschach distribuídas por gênero referentes aos aspectos cognitivos

Variáveis Cognitivas do Rorschach	Homens (n= 40)		Mulheres (n= 40)		Sig Bilateral
	Média	DP	Média	DP	
R	13,63	8,14	13,93	5,47	,847
G%	50,98	29,42	64,30	26,36	,036*
D%	33,00	14,94	32,09	18,06	,899
Dd%	36,17	24,5	21,96	18,19	,004**
F%	66,75	14,80	58,63	15,30	,018*
F-%	50,28	30,49	54,08	28,24	,565
M	0,88	1,37	1,30	1,92	,147
M-	0,90	1,24	1,03	1,59	,227
FM	1,02	1,10	1,15	1,42	,661
Abstração	0,78	1,38	0,78	1,40	1,00
ΣFenômenos Especiais	11,33	7,98	7,93	4,66	,048*

* Diferença significativa $p < 0.05$.

** Diferença significativa $p < 0.01$

Tabela 17. A frequência e a Prova do Qui-quadrado dos Tipos de vivência no Rorschach distribuídas por gênero

Tipos de Vivência	Masculino	Feminino	Sig Bilateral
Coartado	26	16	,043*
Introversivo	6	14	,069
Extratensivo	8	10	,790
Total	40	40	

* Diferença significativa $p < 0.05$.

As Tabelas 16 e 17 mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com esquizofrenia do sexo masculino e feminino nas variáveis $Dd\%$, $F\%$, *Tipo de vivência coartado* e Σ *Fenômenos especiais*, todas elas com maior frequência entre os homens, e na variável $G\%$ que se destacou entre as mulheres. Esses dados indicam que tanto os pacientes do sexo masculino, quanto os do feminino, apresentavam atenção dispersa ($Dd\%$ elevados) e faziam generalizações inoportunas ($G\%$ elevados), sendo esta a forma como pacientes com esquizofrenia, de uma forma geral, captam e processam as informações. Todavia, foram os homens quem revelaram preocupação maior com aspectos mais insignificantes ($Dd\%$ 36,17, $p < 0.01$) quando direcionavam sua atenção para o ambiente, bem como tinham menos capacidade de inibir estímulos distrativos, revelando-se mais incoerentes e inseguros do que as mulheres.

Observou-se, também, nos homens uma tendência maior ao hipercontrole da razão, à simplificação excessiva da complexidade das situações, buscando soluções mais simples e superficiais para os seus problemas ($F\% = 66,75$, $p < 0.01$). Ao mesmo tempo, manifestaram com maior frequência o *Tipo de vivência coartado* ($p < 0.05$), que é próprio de pessoas com pouca imaginação, poucas condições de se decidir ante a situação de tensão, e, portanto, revelaram menos capacidade de adaptação do que as mulheres. Além disso, a soma mais elevada de *Fenômenos especiais* entre os homens aponta que eram eles quem possuía os maiores prejuízos na capacidade de pensar de modo lógico e coerente, tendendo a raciocinar de modo infundado e arbitrário, bem como são mais inclinados às divagações irrelevantes que comprometem o esforço da pessoa em se fazer entender.

No que tange aos aspectos cognitivos, de uma forma geral, os pacientes com esquizofrenia do sexo masculino apresentaram indícios de distúrbios mais graves do que o sexo feminino: raciocinavam de modo mais superficial, rígido e incoerente (índices de $Dd\%$, $F\%$, *Tipo de vivência coartado* e Σ *Fenômenos especiais mais elevados*) do que as mulheres com esse mesmo transtorno. As pacientes do sexo feminino demonstravam

maior capacidade de visão de conjunto, embora tendendo mais ao refúgio em generalidades, bem como maior habilidade de pensar e elaborar mentalmente com mais flexibilidade, como também eram mais capazes de dar vazão às suas fantasias e desejos ($G\%$ elevado, $F\%$ mais baixo, M e *Tipo de vivência introversivo* levemente mais frequentes do que nos homens). Com isso, pode-se inferir que essas pacientes tinham mais acesso aos recursos psicológicos mais complexos, demonstrando menos prejuízos cognitivos do que os homens.

Em relação aos aspectos afetivos, a Tabela 18 evidencia que a variável ΣC foi significativamente maior entre as mulheres, enquanto nos homens a variável *Espaço Branco (S)* se destacou como mais frequente e as variáveis $\Sigma C'$ e Cn foram sutilmente mais comuns. Esses dados sugerem que as mulheres com esquizofrenia apresentavam melhor capacidade de vivenciar e expressar afetos com menos prejuízo da adaptação do que os homens ($\Sigma C_{homens}=1,21$, $\Sigma C_{mulheres}=1,45$, $p < 0.05$).

Por outro lado, os pacientes do sexo masculino se sobressaíram por apresentar mais ansiedade situacional ($S_{homens}= 1,35$ e $S_{mulheres}= 0,65$, $p < 0,05$), de acordo com Vaz (1997). Segundo Exner (1999), o aumento dessa variável S revela tendências oposicionistas, que extrapola a autonomia adaptativa e que se associa aos sentimentos subjacentes de raiva e ressentimento contra as pessoas e eventos de sua vida. Neste caso o grupo masculino, mais do que o feminino, tende a achar injusto não atenderem suas necessidades ou colocarem obstáculos para a realização de suas metas. Isto interfere na experiência prazerosa e de afeto, bem como gera comportamentos problemáticos e hostis que não solucionam os problemas. Nesse sentido, pode-se inferir que há uma predisposição maior no grupo masculino para reagir de modo mais agressivos às situações – esse aspecto também foi apontado no estudo de Weiss, Marksteiner, Hinterhuber e Nolan (2006). Além disso, os afetos nos participantes do sexo masculino são levemente mais embotados e carregados de tristeza ($\Sigma C'_{homens}= 1,40$ e $\Sigma C'_{mulheres}= 0,95$), como também eles expressam desordens afetivas mais intensas, típicas de deterioração psicótica ou orgânica ($Cn_{homens}= 0,70$ e $Cn_{mulheres}= 0,18$).

Tabela 18. Variáveis do Rorschach distribuídas por gênero referentes aos aspectos afetivos

Variáveis Cognitivas do Rorschach	Homens (n= 40)		Mulheres (n= 40)		Sig Bilateral
	Média	DP	Média	DP	
ΣC	1,21	2,54	1,45	1,28	,029*
FC<CF+C		-		-	,081
Cn	0,70	1,71	0,18	0,50	,132
Σ Sombreados	1,71	1,04	1,45	0,85	,141
$\Sigma C'$	1,40	1,94	0,95	1,19	,217
Índice de Afetividade	0,29	0,08	0,28	0,10	,898
S	1,35	1,92	0,65	0,94	,043*

* Diferença significativa $p < 0.05$.

Nesse sentido, os dados sugerem que as mulheres com esquizofrenia, que participaram desse estudo, possuem um mecanismo de adaptação afetiva mais eficiente, bem como um processamento mais prazeroso dos sentimentos do que os homens que foram diagnosticados com essa mesma doença.

No que se refere à capacidade de integração interpessoal, a Tabela 19 destaca as variáveis *Sexo* e Σc como significativamente mais comuns entre as mulheres do que entre os homens com esquizofrenia.

Tabela 19. Variáveis do Rorschach distribuídas por gênero referentes aos aspectos de integração interpessoal

Variáveis de integração Interpessoal	Homens (n= 40)		Mulheres (n= 40)		Sig Bilateral
	Média	DP	Média	DP	
ΣH (H+(H)+(Hd)+Hd)	3,00	3,11	2,93	2,77	,910
H<(H)+(Hd)+Hd	29 frequências		26 frequências		,753
Sexo	0,40	1,00	1,45	1,52	,005**
Comentários de deterioração	2,30	1,88	3,10	2,93	,433
Σc	0,15	0,42	0,40	0,59	,036*

* Diferença significativa $p < 0.05$.

** Diferença significativa $p < 0.01$.

O aumento da variável *Sexo* no Rorschach indica que as mulheres apresentaram um grau de preocupação somática, particularmente relacionada à sexualidade, significativamente maior do que os homens ($Sexo_{homens} = 0,40$ e $Sexo_{mulheres} = 1,52$, $p < 0,01$). Essas preocupações podem ser baseadas em acontecimentos reais – como serem vítimas de abusos sexuais e de serem mais suscetíveis a comportamentos sexuais de risco, como por exemplo ter relações sexuais sem camisinha (Kim, Kasper, Noh, & Nam, 2006; Otto-Salaj, & Stevenson, 2001) – ou não, como conteúdos fantasiosos típicos de seus

sintomas de delírios e alucinações, como foi anteriormente observado no início da discussão dos resultados desse estudo. No entanto, pelo simples fato de ser uma preocupação mais exacerbada nessas pacientes, o tratamento deveria integrar não só um espaço para que suas angústias sexuais sejam acolhidas, como também considerar a educação sexual como parte importante das intervenções nessa doença.

Ainda relacionada à corporalidade, as mulheres parecem estar levemente mais insatisfeitas do que os homens (Comentários de deterioração – Deterioração_{homens} = 2,3 e Deterioração_{mulheres} = 3,1), embora essa diferença não seja estatisticamente significativa. Esses comentários carregados de morbidez e depreciação dos objetos percebidos nas manchas do teste consistem em percepções internas de elementos disfóricos e deteriorados que a pessoa atribui aos objetos externos. Esses tipos de comentários são classificados por Exner (2003) como Contéudos Móbidos e, dessa forma, eles sugerem, segundo o autor, que nas mulheres houve uma tendência maior às atitudes de autocríticas ruins, de auto-desqualificação, especialmente voltadas para o seu corpo e funções corporais.

Além dessas preocupações corporais, essas pacientes demonstraram mais necessidades afetivas e de contatos sociais do que os homens ($\Sigma C_{homens} = 0,15$ e $\Sigma C_{mulheres} = 0,40$, $p < 0,05$). Provavelmente, seja esse o aspecto que as tornam mais propensas a estabelecer relações mais próximas, íntimas e de apoio mútuo do que os pacientes do sexo masculino. Contudo, considerando os demais aspectos avaliados pelas outras variáveis, observa-se que, no geral, os dois grupos tendem a direcionar sua atenção para si mesmos e para o outro com a mesma frequência (ΣH sem diferença signitiva entre os grupos), como também ambos se caracterizam por capacidade limitada de se perceber e perceber o outro ($H < (H) + (Hd) + Hd$), com uma auto-imagem e percepção do outro distorcidas e baseadas em fantasias. Essa percepção distorcida provoca mal-estar e desconforto na integração interpessoal e dificulta as relações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que estudos voltados para as diferenças entre os gêneros na esquizofrenia, enfocando o estudo da personalidade com a técnica de Rorschach, não têm sido realizado no Brasil. Os achados dessa investigação nos pacientes com esquizofrenia sustentam que os pacientes do sexo masculino demonstram distúrbios cognitivos mais graves, maior predisposição para déficits afetivos, maior predisposição para os sintomas negativos da doença e que tudo isso interfere de modo mais nocivo nas suas interações

interpessoais e sociais do que em pacientes do sexo feminino. Para uma melhor confirmação desses aspectos seria interessante que estudos longitudinais fossem empregados para se verificar esses dados em diferentes fases do processo da doença e do tratamento do paciente. Pode ser interessante o desenvolvimento de uma pesquisa futura considerando a idade e variáveis de Rorschach na esquizofrenia e compará-la com o presente estudo cujo enfoque é o gênero.

É claro que as possíveis razões para essas diferenças entre os gêneros não se resumem às características de personalidade que foram abordadas nesse artigo. Prováveis motivos para as diversidades entre homens e mulheres na esquizofrenia incluem fatores tais como os genéticos, as diferenças na estrutura cerebral, as maiores expectativas sociais em relação ao homem, as diferenças hormonais, eventos prejudiciais no período pré-natal, os diferentes sistemas de suporte social, dentre outros fatores, que são aspectos que também têm sido abordados na literatura sobre a esquizofrenia (Andersen, Gade, Fagerlund, Orange & Glenthøj, 2009; Goldstein et al., 2009; Grossman et al., 2008; Mancini-Marie et al., 2009; Mendrek et al., 2009; Werf, Boydell, van Os, Murray, & Allardyce, 2009).

Salienta-se também que as diversidades entre os gêneros na esquizofrenia não são observadas na técnica de Rorschach quando administrada na população em geral. Os dados normativos do Rorschach não sustentam diferenças significativas entre homens e mulheres (Nascimento, 2007; Vaz, 1997, 2006). Portanto, as diferenças encontradas entre os gêneros podem ser efeitos provocados, em parte, pela própria doença.

Destacam-se nessa investigação alguns aspectos referentes aos gêneros. Os homens eram significativamente mais jovens do que as mulheres e tendiam a raciocinar de modo mais simplista, superficial e incoerente. Expressavam menos seus sentimentos e revelavam um pouco mais de ansiedade situacional, predisposição para comportamentos mais hostis, tristeza e constrição afetiva.

As mulheres com esquizofrenia, além de aparentemente manifestar a doença mais tardiamente, apresentavam as maiores taxas de casamento e revelaram significativa predisposição para sintomas delirantes, particularmente para os *delírios de controle, influência ou passividade*, bem como preocupações relacionadas à sua corporalidade, especialmente em relação à sua sexualidade. Eram pessoas que se sentiam mais livres para expressar os seus sentimentos e pensamentos, como também para buscar relacionamentos mais próximos. É importante enfatizar que os sintomas de delírios, considerados sintomas

positivos da doença, comparados com os sintomas negativos da doença, são mais fáceis de serem identificados e tratados com medicação neuroléptica. Dessa forma, parece que todos esses aspectos em conjunto tornam a esquizofrenia no sexo feminino uma forma mais benigna dessa doença do que nos homens.

Nota-se que o Rorschach pode ser uma técnica útil para o estudo dessas diferenças entre os gêneros no que diz respeito aos aspectos cognitivos, afetivos e de integração interpessoal. Os tipos de informações levantadas pelo Rorschach de déficits cognitivos, afetivos e interpessoais não são facilmente avaliados por entrevistas psicológicas com esses pacientes. As informações são bastante sutis e parecem avaliar aspectos mais estáveis desses distúrbios, bem como alcançar níveis diferenciados de prejuízos. Diante do foi revelado por este estudo, entende-se que as diferenças entre os gêneros na esquizofrenia devem ser consideradas não somente durante as investigações psicológicas, como também deve constituir uma parte integrante do programa de tratamento de pessoas acometidas por essa doença. Estratégias de tratamento e planejamentos de serviços de saúde mais apropriados para esses pacientes podem, no mínimo, aumentar a adesão desses pacientes ao tratamento e prevenir recaídas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A esquizofrenia é reconhecida como uma doença mental que pode perturbar profundamente o funcionamento autônomo da pessoa, bem como pode impedir a realização de objetivos pessoais, acadêmicos e profissionais. O desenvolvimento contínuo de medicamentos antipsicóticos detém a promessa de melhorias das mais complexas sintomatologias associadas à doença, incluindo aqueles sintomas categorizados como negativos. Contudo, mesmo que o tratamento farmacológico trate com sucesso a doença, vários fatores desencadeadores continuarão a existir, especialmente os ativadores intrapsíquico e interpessoais. Trata-se de déficits que as pessoas adquirem ao longo de suas vivências e de seus relacionamentos e que são amplamente susceptíveis de persistir. Desse modo, a avaliação psicológica acurada dos pacientes para estabelecer tratamentos e abordagens mais adequados ao caso ainda serão necessários.

Atualmente, como já se descreveu anteriormente, um dos grandes desafios dessa enfermidade é fazer com que as pessoas em risco ou com sintomas prodrômicos sejam reconhecidas para que se inicie a farmacoterapia e a psicoterapia específica o mais cedo possível, pois precocemente esses dois tratamentos conjugados podem, no mínimo, retardar o início e evitar a cronificação da doença. Outro grande desafio, particularmente na área do atendimento psicológico, é oferecer tratamentos mais pertinentes às necessidades desses pacientes, não só para que aumente a adesão a esses tratamentos, como também para que haja melhorias efetivas nas condições de vida das pessoas que já se encontram incapacitadas devido a essa enfermidade.

Considerando que, no campo da psicologia, o diagnóstico psicológico, no sentido de refletir sobre a problemática apresentada, é o primeiro passo a ser tomado para que se identifique a doença precocemente, e dele dependem as demais condutas terapêuticas a serem adotadas, torna-se essencial o seu aperfeiçoamento. Além disso, é por meio do processo de diagnóstico que se tornar possível reunir grupos de pacientes mais homogêneos, permitindo avaliar a efetividade e a eficácia para os diferentes protocolos de psicoterapia.

Nesse sentido, acredita-se que esta tese de doutorado, composta por três estudos, tenha contribuído de alguma forma para avançar nas questões abordadas acima. Paralelamente ao desenvolvimento do estudo empírico que investiga a correlação entre os critérios diagnósticos da CID-10 e as variáveis do Rorschach para a

esquizofrenia foram realizados os outros dois estudos: o estudo teórico a respeito da esquizofrenia e a criatividade artística, e outro que analisa as diferenças entre os gêneros na esquizofrenia. Considera-se que por meio deles foi possível:

1- realçar a importância de se identificar pessoas em risco ou com sintomas prodômicos da esquizofrenia para que a doença não deteriore a capacidade dessas pessoas de terem uma vida digna e, quem sabe, até mesmo desenvolver um possível potencial criativo artístico a que essas pessoas parecem estar mais predispostas do que as demais, como também enfatizar a importância do meio sociocultural propiciar ou limitar a capacidade dessas pessoas de ser criativas ou de obter resultados criativos em seus desempenhos;

2- ampliar a compreensão dos sinais observáveis na CID-10 com suas respectivas significações ou representações psicológicas no Rorschach, como também evidenciar a necessidade de se desenvolver atividades terapêuticas mais pertinentes não só para pacientes que apresentam grupos de sintomas diferenciados, mas também a necessidade de elaboração de estratégias de tratamento mais apropriados para grupos de pacientes do sexo masculino e feminino.

Os dois últimos estudos demonstraram empiricamente que tanto os grupos de sintomas, como também o fato de ser homem ou mulher, exigem planejamentos de serviços de saúde diferenciados, pois são distintos os tipos de tensões subjetivamente sentidas e, portanto, as condutas orientadas para recuperar o equilíbrio dessas pessoas também são diferentes.

Outro aspecto importante a ser considerado é que a utilidade de um instrumento de avaliação refere-se ao valor prático das informações que oferece em relação a seus custos. O Rorschach leva tempo para administrar, pontuar e interpretar. Para compensar esses custos, o Rorschach precisa fornecer informações úteis que não podem ser obtidas nas entrevistas, ou nas observações que estão prontamente disponíveis e são menos morosas. Os dois estudos empíricos, ao verificar a correspondência entre as informações dos dois instrumentos, demonstraram que o Rorschach fornece informações únicas ao ser correlacionado com o CID-10, uma fonte de informação mais simples, rápida e direta. Dessa forma, os estudos empíricos viabilizam a tarefa específica de tomar decisões a respeito do tratamento psicológico de pacientes que foram diagnosticados com transtorno esquizofrênico por meio dos grupos de sinais e sintomas da CID-10, como também torna evidente a validade incremental do Rorschach.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A., Windmann, S., McKenna, P., & Gunturkun, O. (2007). Creative thinking in schizophrenia: the role of executive dysfunction and symptom severity. *Cognit-Neuropsychiatry*, 12(3), 235-58.
- Abraham, A., Windmann, S., McKenna, P., Daum, I., & Gunturkun, O. (2005). Conceptual expansion and creative imagery as a function of psychoticism. *Consciousness and Cognition*, 14, 520-534.
- Adad, M. A., & Castro, R., Mattos, P. (2000). Aspectos neuropsicológicos da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1): 31-34.
- Adrados, I. (1991). *Teoria e prática do teste de Rorschach* (11ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Adrados, I. (2004). *A intuição do psicólogo: técnicas de abordagem com uso do Rorschach*. São Paulo: Vetor.
- Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J. P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60, 565-571.
- Alencar, E. M. L. S. de. (1995). *Criatividade*. Brasília: Editora UnB.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Editora Artemed.
- Amparo, D. M. (2002). A simbolização na esquizofrenia: um estudo fenômeno-estrutural com o método de Rorschach. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Anastasi, A.; Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. (7ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Andersen, R., Gade, A., Fagerlund, B., Orange, B., & Glenthøj, B. Y. (2009). Cognitive effects of 6-month quetiapine treatment in antipsychotic-naive first-episode schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (Suppl 1), 269.
- Andreasen, N. C. (1987). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1650-1656.
- Andreasen, N. C., & Canter, A. (1974). The creative writer: Psychiatric symptoms and family history. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 207-217.

- Andreasen, N. C., & Powers, P. S. (1975). Creativity and psychosis: An examination of conceptual style. *Archives of General Psychiatry*, 32, 70-73.
- Barbetta, P. A. (2004). *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Barrantes-Vidal, N. (2004). Creativity & Madness revisited from current psychological perspectives. *Journal of Consciousness Studies*, 11(3-4), 58-78.
- Beizmann, C. (1968). *El Rorschach em el niño de tres a diez años*. Madrid: Aguilar, S. A. Ediciones.
- Bodoin, N. J., & Pikunas, J. (1983). A Rorschach form-color percentage and reality testing in adult patients and nonpatients. *Journal of personality assessment*, 47(6), 583-87.
- Bohm, E. (1979). *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Ediciones Morata.
- Brüne, M. (2004). Schizophrenia an evolutionary enigma? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(1), 41-53.
- Burch, G. S. J., Pavelis, C., Hemsley, D. R., & Corr, P. J. (2006). Schizotypy and creativity in visual artists. *British Journal of Psychology*, 97(2), 177-190.
- Burch, G. St. J., Hemsley, D. R., Pavelis, C., & Corr, P. J. (2006). Personality, creativity and latent inhibition. *European Journal of Personality*, 20, 107-120.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6), 1303-1314.
- Carson, S. H., Peterson, J. B. & Higgins, D. (2003). Decreased latent inhibition is associated with increased creative achievement in high-functioning individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 499-506.
- Carson, S. H., Peterson, J. B., & Higgins, D. M. (2005). Reliability, validity, and factor structure of the creative achievement questionnaire. *Creativity Research Journal*, 17 (1), 37-50.
- Castelo Filho, C. (2004). *O processo criativo: transformação e ruptura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ceccarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 471-477.
- Chabert, C. (1993). *A psicopatologia no exame de Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Chaves, A. C. (2000). Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl I), 21-21.
- Colombo, M. A., Alonso, H. L., Barreira, R. B., Cordarini, M. S., Gravenhorst, M. C., Herrera, M. T., Menestrina, M. B., & Passalacqua, A. M. (1993). *El psicodiagnóstico de Rorschach: interpretación*. Buenos Aires: Editorial Klex.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução nº 007/2003*. Disponível em http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/resolucao/resolucao_2003_007.html Acessado em 11 de julho, 2009.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Danielsson, K., Flyckt, L., & Edman, G. (2001). Sex differences in schizophrenia as seen in the Rorschach. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (2), 137-42.
- Dollinger, S. J., Urban, K. K., & James, T. A. (2004). Creativity and openness: further validation of two creative product measures. *Creativity Research Journal*, 16 (1), 35–47.
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system. Vol. 1: Basic foundations and principles of interpretation*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Exner, J.E., & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fisher, J. E., Mohanty, A., Herrington, J. D., Koven, N. S., Gregory, A., & Heller, W. (2004). Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: Implications for creativity and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 38(1), 24-31.
- Folley, B. S. (2006). *The cognitive neuroscience of creative thinking in the schizophrenia spectrum: individual differences, functional laterality and white matter connectivity*. PhD. Thesis, Vanderbilt University, Tennessee.
- Foucault, M. (1984). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Gesomino, R. O. (2008). *Conceito e imagem na produção do Imaginário Periférico: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola de Belas Artes, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Goldstein, J. M., Buka, S. L., Cherkerzian, S., Abbs, B., Makris, N., Donatelli, J., Tsuang, M. T., & Seidman, L. J. (2009). Sex-specific transmission of psychosis suggests x-linkage: implications for sex differences in memory dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (Suppl 1), 121.

- Grossman, L. S., Harrow, M., Rosen, C., Faull, R., & Strauss, G. P. (2008). Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 523-529.
- Helling, I., Ohman, A., & Hultman, C. M. (2003). School achievements and schizophrenia: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(5), 381-6.
- Hoyt, S. M. (2003). A cognitive style: A relationship between creativity and schizophrenia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *64*(6-B), 2950.
- Ilonen, T., Taiminen, T., Karlsson, H., Lauerma, H., Leinonen, K. M., Wallenius, E., & Salokangas, R. K. R. (2004). Neuropsychological subtyping of schizophrenia. *Psychiatry Research*, *129*, 191-199.
- Jakobsen, K. D., Frederiksen, J. N., Hansen, T., Jansson, L. B., Parnas, J., & Werge, T. (2005). Reliability of clinical ICD-10 schizophrenia diagnoses. *Nordic Journal of Psychiatry* *59* (3), 209-12.
- Jamison, K. R. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, *52*, 125-134.
- Johann, R. V. O., Vaz, C. E., & Derivi, L. F. C. N. (2004). Dados do Rorschach que se destacam em pacientes com esquizofrenia. In C. E. Vaz & R. L. Graeff (Orgs.), *Técnicas projetivas: produtividade em pesquisa* (pp. 253-259). Porto Alegre: SBRO.
- Kaplan, R. M. (2008). Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australasian Psychiatry – Bulletin of Royal Australian and New Zealand of Psychiatrists*, *16* (5), 305-311.
- Karlsson, J. (1970). Genetic association of giftedness and criativity with schizophrenia. *Hereditas*, *66*, 177-182.
- Karlsson, J. (1983). Academic achievement of psychotic or alcoholic patients. *Hereditas*, *99*, 69-72.
- Karlsson, J. (2001). Mental abilities of male relatives of psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 466-468.
- Kaser-Boyd, N. (2006). Rorschach assessment of paranoid personality disorder. In S. K. Huprich (Ed.). *Rorschach assessment of the personality disorders* (pp. 57-84). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kelly, D. L. (2006). Treatment considerations in women with schizophrenia. *Journal of Women Health*, *15* (10), 1132-1140.

- Kim, D., Kasper, V., Noh, S., & Nam, J. H. (2006). Sexual and physical abuse among Korean female inpatients with schizophrenia. *Journal of Trauma Stress* 19, 279.
- Kleiger, J. H. (1999). *Disordered thinking and the Rorschach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Klinger, E., & Roth, I. (1965). Diagnosis of schizophrenia by Rorschach patterns. *Journal of projective techniques & personality assessment*, 29 (3), 323-35.
- Klopfer, B., & Kelly, D. (1952). *Técnica del psicodiagnostico de Rorschach*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Knapp, M., Simon, J., Percudani, M., & Almond, S. (2005). A economia da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj e N. Sartorius. *Esquizofrenia* (pp. 333-373). Porto Alegre: Artmed.
- Koide, R., Chien, C. P., Iizuka, S., & Morita, N. (2002). A mass of flesh: schizophrenic Rorschach percepts. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (6), 474-477.
- Lara, D. R., Gama, C. S., & Abreu, P. S. B. de (2004). Esquizofrenia. In F. Kapezinski, J. Quevedo e I. Izquierdo e col. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos* (2ª ed.), (pp. 285-297). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Lenzenweger, M. F. (2005). Esquizotipia: considerações teóricas, estrutura latente e o fenótipo expandido. In M. Maj e N. Sartorius. *Esquizofrenia* (pp. 307-308). Porto Alegre: Artmed.
- Liddle, P. F., & Barnes, T. R. (1990). Syndromes of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 558-561.
- Ludwig, A. M. (1992). Creative achievement and psychopathology: Comparison among professions. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 330-356.
- Ludwig, A. M. (1994) Mental illness and creative activity in female writers. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1650–1656.
- Mancini-Marie, A., Cohen-Adad, J., Jimenez, J., Corcoran, C., Rainville, P., Stip, E., Potvin, S., & Mendrek, A. (2009). Sex differences in corpus callosum fractional anisotropy in schizophrenia patients: a pilot tractography study using diffusion tensor imaging. *Schizophrenia Bulletin*, 35(Suppl 1), 210-211.
- May, R. (1992). *Minha busca da beleza*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda.
- Mendrek, A., Mancini-Mari, A., Jimenez, J., Rinaldi, M., Germain, M., Stip, E., Lalonde, P., Guillem, F., & Lavoie, M. (2009). Sex differences in the processing of positive and

- negative affect in schizophrenia: an fmri and erp study. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (Suppl 1), 164.
- Miller, G. F., & Tal, I. R. (2007). Schizotypy versus openness and intelligence as predictors of creativity. *Schizophrenic Research*, 93, 317-324.
- Monteiro, L. de C., & Louza, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: conseqüências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 179-183.
- Nascimento, R. S. G. F. do (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 409 adult nonpatients from Brazil. *Journal of Personality Assessment*, 89 (S1), 35-41.
- Nettle, D. (2001). *Strong Imagination: Madness, Creativity and Human Nature*. Oxford: Oxford University Press.
- Nettle, D. (2006). Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 876-890.
- Nettle, D., & Clegg, H. (2006). Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings Biological Sciences*, 273, 611-615.
- O'Reilly, T., Dunbar, R., & Bentall, R., (2001). Schizotypy and creativity: an evolutionary connection? *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1067–1078.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento – CID-10*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Otsuka, K., & Sakai, A. (2004). Haizmann's madness: the concept of bizarreness and the diagnosis of schizophrenia. *History of psychiatry*, 15(57), 73-8.
- Otto-Salaj, L. L., & Stevenson, L. Y. (2001). Influence of psychiatric diagnoses and symptoms on HIV risk behavior in adults with serious mental illness. *AIDS Read*, 11, 197-198.
- Paim, I. (1990). *Esquizofrenia*. São Paulo: EPU.
- Paim, I. (1991). *Curso de psicopatologia*. São Paulo: EPU.
- Paim, I. (1993). *História da Psicopatologia*. São Paulo: EPU.
- Pasquali, L. (2005). A sociedade não aceita mais qualquer coisa. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos*, 2 (3), p. 6-10.
- Passalacqua, M. A., & Gravenhorst, M. C. (2005). *Os fenômenos especiais no Rorschach*. São Paulo: Editora Vetor.

- Pelbart, P. P. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo: Brasiliense.
- Perry, W., Moore, D., & Braff, D. (1995). Gender differences on thought disturbance measures among schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1298–1301.
- Pessotti, I. (1995). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pheula, G. F., & Reisdorfer, S. (2004). Transtornos psicóticos. In J. C. Souza, L. A. M. Guimarães, e G. J. Ballone (Orgs). *Psicopatologia e psiquiatria básica* (pp. 239-258) São Paulo: Editora Vetor.
- Porter, R. (1990). *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Portuondo, J. A. (1972). *El psicodiagnostico de Rorschach y la esquizofrenia*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pull, C. B. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj e N. Sartorius. *Esquizofrenia* (pp. 13-40). Porto Alegre: Artmed.
- Ran, M. S., Mao, W. J., Tang, C. P., Lin, F. R., Li, L., Hu, S. H., Chan, C. L., Chen, E. Y., & Conwell, Y. (2009). Gender differences of persons with schizophrenia in rural China. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (Suppl 1), 78.
- Rapaport, D. (1971). *Test de psicodiagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Räsänen, S., Pakaslahti A., Syvälahti E., Jones, P. B., & Isohanni, M. (2000). Sex differences in schizophrenia: a review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 37-45.
- Rave, J. (2002). Implication of the case of creative people for psychometric. *American Psychologist*, 57, 374-375.
- Resende, A. C. (2001). Os processos primários, secundários e terciários no Rorschach: uma compreensão fenomenológica e uma proposta de valoração. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Resende, A. C., & Argimon, I. I. L. (2008). Estudo Preliminar sobre as Variáveis do Rorschach e os Critérios da CID-10 para o Diagnóstico de Esquizofrenia. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins e V. Ramalho (Coord.). *Actas da XIII Conf. Avaliação Psicológica: Formas e Contexto*. Braga: Psiquilibrios.
- Richards, R. (2001). Creativity and the schizophrenia spectrum: More and more interesting. *Creativity Research Journal*, 13, 111-132.
- Rorschach, H. (1978). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou.

- Ross, S. R., Lutz, C. J., & Bailey, S. E. (2002). Positive and negative symptoms of schizotypy and the five factor model: A domain and facet level analysis. *Journal of Personality Assessment, 79*, 53-72.
- Rubinstein, G. (2008). Are schizophrenic patients necessarily creative? A comparative study between three groups of psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences, 45*, 806-810.
- Rybakowski, J., Klonowska, P., Patrzala, A. and Jaracz, J. (2006). Psychopatologia a kreatywnosc. *Psychiatria Polska, 40*(6), 1033-49. English abstract acessado em abril de 2007 da base de dados Medline.
- Sadock, B. J., & Sadock, B. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria* (9 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, M. A. (1996). A representação de si e do outro na esquizofrenia: Um estudo através do exame de Rorschach. Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sass, L.A. (2000-2001). Schizophrenia, modernism, and the ‘creative imagination’: on creativity and psychopathology. *Creativity Research Journal, 13*, 55–74.
- Shereshevski-Shere, E., Lasser, L. M., & Gottsfeld, B. H. (1953). An evaluation for anatomy content and F+ percentage in the Rorschach of alcoholics, schizophrenics and normals. *Journal of projective techniques, 17* (2), 229-233.
- Silva, M. D. V. (1987). *Rorschach: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU.
- Sousa, C. C. de (1982). *O método de Rorschach*. São Paulo: Editorial da Universidade de São Paulo.
- Terzian, A. C. C., Andreoli, S. B., Razzouk, D., Chaves, A. C. e Mari, J. J. (2006). Fertility and fecundity of an outpatient sample with schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*, 305-307.
- Trautenberg, N. R. (1998). *A prática do Rorschach*. São Paulo: Vetor.
- Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: teoria e desempenho* (3 ed.). Porto Alegre: Editora Manole.
- Vaz, C. E. (2006). *O Rorschach: teoria e desempenho II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vieira, C., Fay, E. S. M., & Nieiva-Silva, L. (2007). Avaliação psicológica, neuropsicológica e recursos em neuroimagem: novas perspectivas em saúde mental. *Aletheia, 26*, 181-195.

- Volkow, N. D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia – Clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (3):469-472.
- Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in Schizophrenia*. New York: Wiley.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weiss, E. M., Marksteiner, J., Hinterhuber, H., & Nolan, K. A. (2006). Gender differences in aggression in schizophrenia patients. *Neuropsychiatrie*, 20, 186-191.
- Werf, M. van der, Boydell, J., Os, J. van, Murray, R. M., & Allardyce, J. (2009). A further exploration of the gender differences in the age of onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (Suppl 1), 78.

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética da PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 0305/07-CEP

Porto Alegre, 02 de abril de 2007.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/03641, intitulado: **“Estudo sobre os critérios da CID-10 e as variáveis do Rorschach para o diagnóstico de esquizofrenia”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Prof Cícero Emidio Vaz e Acad Ana Cristina Resende
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000
Fone/Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Anexo B – Aprovação no Exame de Qualificação



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul


Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ata 8ª / 2007

Aos treze dias do mês de julho de dois mil e sete, no Auditório do Prédio 11 – 9º andar, do Campus Universitário da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, após sessão de apresentação e defesa das 9 h e 00 min às 10 h e 30 min, reuniu-se a **Oitava** Comissão de Avaliação, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, para arguir e avaliar os trabalhos apresentados pela doutoranda **Ana Cristina Resende** com o objetivo de satisfazer os requisitos do **Exame de Qualificação de Doutorado**. A Comissão esteve constituída pelos professores **Dra. Irani Iracema de Lima Argimon (PUCRS)**, **Dra. Maria Lucia Tiellet Nunes (PUCRS)** e a **Dra. Denise Ruschel Bandeira (UFRGS)**. A Comissão deliberou pela () **AROVAÇÃO** / () **NÃO APROVAÇÃO** do Projeto de Tese intitulado **"ESTUDO SOBRE OS CRITÉRIOS DA CID-10 E AS VARIÁVEIS DO RORSCHACH PARA O DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA"**, e seu Ensaio Temático **"LOUCURA, CRIATIVIDADE E A TÉCNICA DE RORSCHACH"**. Nada mais a constar, lavrei a presente ata, que vai assinada pela Comissão de Avaliação, Coordenadora e Secretária.

Obs.: _____

Porto Alegre, 13 de julho de 2007.


Dra. Irani Iracema de Lima Argimon
(Orientadora-Presidente)


Dra. Maria Lucia Tiellet Nunes
(PUCRS)


Dra. Denise Ruschel Bandeira
(UFRGS)


Prof.ª Dra. Maria Lucia Tiellet Nunes
Coordenadora


Inês Vergínia Giasson
Secretária

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 – P. 11– 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Estudo sobre os critérios da CID-10 e as variáveis do Rorschach para o diagnóstico de Esquizofrenia

Pesquisadora Responsável: Psicóloga Ana Cristina Resende, doutoranda em psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, sob a supervisão da Prof^a. Dr^a. Irani I. de L. Argimon. Telefones: (51) 9316-0840 ou (62) 9244-2850

Assinando esse Termo de Consentimento eu, responsável pelo paciente e/ou o próprio paciente estou ciente de que:

- o objetivo da pesquisa é investigar as descrições psicológicas da Técnica de Rorschach que se correlacionam aos sinais e sintomas da CID-10 para o diagnóstico dessa enfermidade visando com isso integrar informações psicológicas e psiquiátricas no que tange a diagnóstico;
- o(a) paciente será submetido (a) a um teste psicológico (Rorschach), que será realizado individualmente em uma sala reservada na própria clínica, em uma única sessão de cerca de 60 minutos, conforme a disponibilidade de cada paciente;
- a identificação do (a) paciente será mantida no mais rigoroso sigilo. Será omitida toda informação que permita identificá-lo(a) e os resultados gerais obtidos, mediante a pesquisa, serão utilizados para alcançar o objetivo do trabalho, exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- esta pesquisa não oferece risco nem prejuízo às pessoas envolvidas, inclusive o participante estará livre para interromper, a qualquer momento, sua participação sem que isso acarrete qualquer dano na continuidade dos cuidados e tratamentos que vinha recendo da equipe de saúde na clínica;
- quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo Prof^a. Dr^a. Irani I. de L. Argimon, fone: (51) 9962-8880, ou pela responsável pelo estudo nos telefones disponibilizados acima, como também poderá contatar a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS para apresentar recursos ou reclamações em relação a este estudo por meio do telefone (51)3320-3345;
- obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do(a) paciente pelo (a) qual sou responsável (ou sobre a minha participação) na referida pesquisa e que este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder (ou no poder da pessoa responsável) e outra com a pesquisadora.

Atenciosamente,

Nome e assinatura da pesquisadora
Matricula:

Local e data

Nome e assinatura da orientadora
Matricula:

Local e data

Nome e assinatura do paciente ou responsável legal

Local e data