

O ZULLIGER E AS CONSTELAÇÕES DO RORSCHACH NO SISTEMA COMPREENSIVO¹

Renata da Rocha Campos Franco – Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil
Anna Elisa de Villemor-Amaral² – Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil

RESUMO

Este trabalho atende a uma necessidade atual que é contribuir com o avanço das técnicas projetivas. Os estudos de validade são indispensáveis, pois tratam dos fundamentos que dão legitimidade às interpretações. No que diz respeito à validade do Zulliger, de acordo com o Sistema Compreensivo na saúde mental, os estudos ainda são escassos e por este motivo o objetivo deste artigo é verificar se as Constelações, conjuntos de variáveis que informam sobre possíveis distúrbios e disfunções psíquicas, utilizadas no método de Rorschach, segundo o Sistema Compreensivo, se aplicam ao Zulliger. Participaram do estudo 141 pessoas, sendo 46 pacientes psiquiátricos e 95 não-pacientes. No grupo dos pacientes foi aplicado o Zulliger e a SCDI-I. Já no grupo dos não-pacientes foi aplicado somente o Zulliger. A comparação entre a média dos grupos foi realizada pela prova estatística *t student* e os resultados foram parcialmente positivos para as psicopatologias da esquizofrenia e depressão.

Palavras-chave: técnicas projetivas; sistema compreensivo; estudo de validade; Zulliger; Constelações do Rorschach.

ZULLIGER AND CONSTELLATIONS OF THE RORSCHACH APPLIED IN SYSTEM-COMPREHENSIVE

ABSTRACT

This paper aims to contribute on the discussion about the scientific status of projective techniques. Validity studies are indispensable, since they are the foundations that give legitimacy to the interpretations. Although the validity investigations are very important, the literature brings very few studies considering the Zulliger according to the Comprehensive System. The objective of this research is to verify if the Constellations of the Rorschach - Comprehensive System can be useful and applied to the Zulliger. The study included 46 psychiatric patients and ninety-five non-patients. The comparison between the means of the indicators that compose the Constellations in each group was carried out by Student t statistics test in order to verify whether they can contribute to a diagnosis through the Zulliger. The results were partly positive for schizophrenia and depression, but not for obsessive compulsive disorder, which showed no significant differences when compared with the group of non-patients.

Keywords: projective techniques; comprehensive system; validity study; Zulliger; Constellations of the Rorschach.

EL ZULLIGER Y LAS CONSTELACIONES DEL RORSCHACH EN EL SISTEMA COMPRENSIVO

RESUMEN

Este trabajo atiende a una necesidad actual que es contribuir con el avance de las técnicas proyectivas. Los estudios de validez son indispensables, pues tratan de los fundamentos que legitiman las interpretaciones. Respecto a la validez del Zulliger, de acuerdo con el Sistema Compreensivo en la salud mental, los estudios aún son escasos y por esto el objetivo de este artículo es verificar si las Constelaciones, conjuntos de variables que informan sobre posibles distúrbios y disfunciones psíquicas, utilizadas en el método de Rorschach, segundo el Sistema Compreensivo, se aplican al Zulliger. Participaron del estudio 141 personas, siendo 46 pacientes psiquiátricos y 95 no-pacientes. En el grupo de los pacientes fue aplicado el Zulliger y la SCDI-I. En el grupo de los no-pacientes fue aplicado solamente el Zulliger. La comparación entre el promedio de los grupos fue realizada por la prueba estadística *t student* y los resultados fueron parcialmente positivos para las psicopatologías de la esquizofrenia y depresión.

Palabras-clave: técnicas proyectivas; sistema comprensivo; estudio de validez; Zulliger; Constelaciones del Rorschach.

¹ Os autores agradecem à CAPES pelo apoio à pesquisa.

² Endereço para correspondência:
Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 – Itatiba-SP
CEP: 13251-040
E-mail: anna.villemor@saofrancisco.edu.br

A técnica de Zulliger se enquadra no conjunto dos instrumentos projetivos para avaliação psicológica e foi desenvolvido por Hans Zulliger (1948) na década de 1940, com base no Método de Rorschach. Hans Zulliger percebeu a necessidade de criar um instrumento que oferecesse as mesmas vantagens do Rorschach, mas que pudesse ser usado num tempo mais curto e num contingente maior de pessoas. Sua técnica, então, reduziu o número de pranchas para três, mas os princípios de codificação de respostas e interpretação dos resultados se mantiveram os mesmos. Ao longo do tempo, foi possível perceber que essa redução de estímulos, e também seu caráter menos complexo do ponto de vista gestáltico (Peralta, 2002), eliciava respostas e atitudes diferentes por parte das pessoas que a ele se submetiam, o que tornava a transposição simples da análise do Rorschach para o Zulliger pouco confiável. Isso levou à necessidade de realização de pesquisas normativas e de validade para essa nova técnica projetiva, o que não aconteceu dentro dos níveis desejáveis conforme os parâmetros de pesquisa em avaliação psicológica atuais.

Testemunha disso é a escassez de pesquisas encontradas no contexto internacional e nacional que visassem a sua validação. Numa ampla revisão de literatura foram obtidos poucos estudos sobre o Zulliger. Entre as pesquisas mais significativas se encontram os antigos estudos de Battaglia e Cruciani (1956); Eble, Fernald, e Graziano (1963); Simon, (1973) e, mais tarde, na década de noventa, a coletânea feita pelo *British Journal of Projective Psychology* (Boris, 1990; Liz, Magro & Rossi, 1990; Mahmood, 1990; Mattlar, Birgerson & Sandahl, 1990; Mattlar e cols. 1990; Ruth e cols., 1990). Fora isso, outros poucos pesquisadores como Freitas (1996); Vaz (1998); Zdunic (1999), Rosa e Vaz (2000); Peralta (2002); Primi, Alchieri e Guntert (2002); Montes e Vaz (2003); Ferreira e Villemor-Amaral (2005); Villemor-Amaral e Machado (2007); Franco e Villemor-Amaral (2009) se empenharam em pesquisas psicométricas sobre o Zulliger.

Ao lado do fraco investimento em pesquisa com o Zulliger, o Rorschach continuou em expansão (Exner, 1993; Green, 1995; Nascimento, 2010; Nascimento & Guntert, 2000; Villemor-Amaral e cols., 2007; Viglione, 1999; Weiner, 1966). Um dos marcos na história dos desenvolvimentos dessa técnica se encontra na criação do Sistema Compreensivo, idealizado pelo psicólogo norte-americano John

Ernest Exner Jr. em 1974/1993 com o nome original “*The Rorschach: A Comprehensive System*”, considerado um excelente método para compreender a personalidade.

Segundo Castro (2006), a linguagem psicométrica, tão enfatizada no Sistema Compreensivo, está cada vez mais incorporada às práticas de pesquisa e poucos pesquisadores optam por procedimentos puramente qualitativos, embora todos os sistemas em vigor também reconheçam o valor complementar das análises simbólicas e metafóricas. As preocupações de Exner com relação às qualidades psicométricas do Método de Rorschach foram importantes para conferir maior *status* científico à técnica. Suas conquistas, nesse sentido, continuam em desenvolvimento de forma bastante dinâmica até os dias de hoje (Nascimento, 2010; Nascimento & Guntert, 2000; Villemor-Amaral & cols., 2007).

Apesar de o método de Rorschach, segundo o Sistema Compreensivo (Rorschach/SC), ser considerado um método bastante utilizado e confiável, pois tem bastante investimento de pesquisas psicométricas, ainda há registros de estratégias qualitativas para interpretar alguns dados, principalmente quando se trata de investigações complexas como são os casos de psicopatologias. Por exemplo, no Sistema Compreensivo (Exner & Sendín, 1999), existem sete índices que devem ser conferidos antes de se dar início à interpretação de um protocolo. Eles alertam o avaliador quanto à possibilidade de distúrbios psicológicos mais graves e devem ser examinados e compreendidos de modo integrado com as outras variáveis do protocolo.

Até o momento, existem as Constelações da SCZI (índice de esquizofrenia), PTI (índice de transtorno de percepção e pensamento, que é decorrente de uma recente revisão da SCZI), DEPI (índice de depressão), CDI (índice de déficit relacional) e S-CON (constelação de suicídio), OBS (índice de estilo obsessivo); HVI (índice de hipervigilância). E todos os índices que compõem as Constelações foram desenvolvidos a partir de aspectos conceituais e pesquisas empíricas (Exner & Sendín, 1999; Nascimento 2006; 2010), mas mesmo assim, elas não têm capacidade de discriminar com perfeita segurança, pelo menos para a amostra brasileira devido à diferença metodológica realizada no Brasil, casos de populações de risco.

Nascimento (2010), que realizou uma extensa pesquisa de normatização do método de

Rorschach/SC para a população brasileira, afirma que é preciso ter muito cuidado diante dos critérios propostos pelas constelações, pois alguns indicadores que contemplam os agrupamentos de disfunções psíquicas mais graves caem dentro da média da amostra normativa, como é o caso, por exemplo, da constelação de suicídio (S-CON). Entre onze indicadores dessa constelação, três deles ($XA\% < 0,70$; $CF + C < FC$; número de respostas < 17) são muito frequentes na amostra dos não pacientes. Segundo Nascimento (2010), “todos os sujeitos obtiveram algum escore na constelação de suicídio. Contudo, apenas uma minoria atinge os valores significativos” (p. 79). No caso da S-CON, para ela ser considerada positiva, os quatro primeiros indicadores devem estar presentes e, pelo menos, oito indicadores de onze devem estar preenchidos. Mas, se somente os quatro primeiros indicadores estiverem presentes deve-se desconfiar de presença de sofrimento psíquico, que pode ser proveniente de perturbação afetiva.

Portanto, as Constelações, conjuntos de variáveis que informam o avaliador sobre possíveis distúrbios e disfunções psíquicas, são válidas do ponto de vista da técnica psicométrica e muito úteis para auxiliar o psicólogo. No entanto, se as inferências psicológicas não se apoiarem numa compreensão integrada com as outras variáveis do protocolo e nem nas teorias da personalidade ou do desenvolvimento, que ajudam a traduzir os símbolos e metáforas apreendidos durante os exames, pouca importância terão as inferências psicométricas sobre o universo psíquico individual (Villemor-Amaral, 2008).

No que se refere aos estudos que buscam dados empíricos sobre a utilidade do Zulliger, segundo o Sistema Compreensivo, destacam-se os estudos realizados por Villemor-Amaral e Primi (2009), que buscaram a validade preditiva para alguns quadros psicopatológicos. A ideia principal desse estudo era investigar quais variáveis do Zulliger poderiam ajudar a identificar características psicológicas mais disfuncionais. Para tanto, esses pesquisadores compararam os protocolos de 14 pessoas com alcoolismo, 18 pessoas com esquizofrenia, 18 pessoas com depressão, 12 pessoas com transtorno de pânico, 10 pessoas com transtorno obsessivo compulsivo e 13 pessoas com somatoforme com 220 não-pacientes, que foram pareados de acordo com as características sociodemográficas do grupo clínico. Os resultados evidenciaram

diferenças significativas para todos os grupos, porém somente os grupos das pessoas com esquizofrenia e com transtorno compulsivo revelaram evidências bastante coerentes com os pressupostos teóricos de cada patologia. No caso das pessoas com esquizofrenia, foi observado aumento dos indicadores de alterações nos processos ideativos e perceptivos, indicados por respostas vagas, códigos especiais, imagens de humanos parciais (Hd) e a expressão da afetividade sem modulação cognitiva (C). Já para o grupo dos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo as variáveis associadas aos afetos disfóricos, especialmente a ansiedade, foram as que mais diferenciaram os grupos ($dqv + ma + Cl + YF + CAF + Fi + Na + CA + Y$). Outra análise interessante desse mesmo estudo (Villemor-Amaral & Primi, 2009) foi a comparação entre os grupos dos não-pacientes com a soma de todos os grupos patológicos. Os indicadores relacionados com a qualidade do processamento cognitivo diferenciaram os grupos, revelando que os pacientes psiquiátricos, independentemente de sua categoria nosográfica, apresentavam um processamento cognitivo mais simples, convencional, prático e econômico quando comparados aos não-pacientes, que foram cuidadosamente pareados por idade, sexo, escolaridade e níveis de escolaridade. Essa característica pode ser um indicador mais genérico sobre a predição de transtornos da saúde mental, refletindo uma tendência ao empobrecimento cognitivo nos grupos clínicos.

De forma geral, os resultados descritos por Villemor-Amaral e Primi (2009) mostraram que o ZSC apresenta evidências de validade que podem auxiliar o psicólogo a compreender, de modo mais geral, os diferentes modos de funcionamento da personalidade. Para investigações com maior profundidade diagnóstica, o método de Rorschach ainda continua sendo mais adequado.

Os autores ainda alertaram que, para afirmar com mais segurança as reais contribuições do ZSC diante de avaliações nosográficas, ainda é preciso investir em novas pesquisas. De fato, ainda há muito trabalho a ser feito nesse sentido e é por isto que o presente estudo pretendeu explorar, do ponto de vista psicométrico, os índices e as constelações propostas pelo Sistema Compreensivo.

É sabido, e já foi discutido, que a presença positiva de uma constelação só será interpretada com sucesso se o avaliador associá-la às outras variáveis do protocolo, de forma integrada e complementar.

Isso porque, além dos comportamentos, sentimentos e preocupações, a personalidade também deve ser avaliada pela qualidade das forças psicológicas que estruturam e regem o dinamismo individual, o que possibilita compreensões multivariadas de acordo com a subjetividade de cada um.

Entretanto, no caso do presente artigo, os protocolos dos pacientes psiquiátricos que estavam internados e sendo tratados em instituições especializadas, com pelo menos um mês de tratamento medicamentoso contínuo, foram analisados levando-se em conta as variáveis que integram as constelações. Buscou-se encontrar um padrão similar entre indivíduos da mesma categoria nosográfica quanto à frequência desses indicadores.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 141 indivíduos com escolaridade média de nove anos e desvio padrão de 4,34. A faixa etária mínima foi de 21 anos e a máxima de 60 anos, tendo como média 38 anos e desvio padrão de 11,98. A definição em torno dessa faixa etária deveu-se ao fato de que acima de 60 anos a possibilidade de déficits cognitivos aumenta e isto poderia induzir a predição de sinais de alterações no pensamento em função da idade e não da personalidade. Assim, a variável idade foi controlada e considerada critério de exclusão, em alguns casos.

Os participantes foram divididos em dois grupos. O primeiro foi composto por 46 pacientes psiquiátricos e o segundo por 95 não-pacientes. O critério de inclusão para o grupo dos pacientes foi o fato de eles estarem, a pelo menos um mês, internados e fazendo uso de medicamentos. Como a coleta de dados foi feita em diferentes instituições de saúde mental do interior de São Paulo, houve a necessidade de controlar possíveis interferências, mais subjetivas, dos diferentes psiquiatras na hora de sugerir o diagnóstico. Assim, para uniformizar os critérios que determinam a presença de um tipo de patologia, os pesquisadores, também psicólogos, utilizaram um roteiro de Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (1996), a SCID-I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2000).

Após a definição nosológica, estipulada pela SCID-I (2000), todos os pacientes foram subdivididos em três categorias psicopatológicas. Entre eles, dezoito eram pacientes depressivos, sendo doze do

sexo feminino e seis do sexo masculino, com escolaridade média de dez anos e desvio padrão de 3,6. A idade média foi de 48 anos e desvio padrão de 9,7. Outros dezoito pacientes receberam o diagnóstico de esquizofrênicos, sendo que seis eram do sexo feminino e 18 do sexo masculino. A média de escolaridade foi de sete anos e desvio padrão de 6,3. A idade média foi de 37 anos e desvio padrão de 8,4. Por fim, dez pacientes receberam o diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), sendo que cinco eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A escolaridade média foi de nove anos com desvio padrão de 4,07 e a idade média foi de 44 anos com desvio padrão de 17,5.

Para comparar a diferença do funcionamento psíquico dos pacientes psiquiátricos, 95 indivíduos sem histórico conhecido de transtorno mental grave também participaram da presente pesquisa. O critério de inclusão adotado foi, principalmente, o pareamento dos dados de identificação em relação ao grupo clínico e o histórico desconhecido de episódios de transtornos mentais graves. Associado a esses dois critérios, os participantes que compuseram o grupo dos não-pacientes também demonstravam ter uma vida bem produtiva, isto é, eles relatavam, no momento da coleta de dados, que estavam trabalhando; que não faziam uso de medicamentos psiquiátricos e que não sentiam a necessidade de procurar ajuda psiquiátrica ou psicológica.

Instrumentos

A SCID-I (First e cols., 2000) é o roteiro para uma entrevista semiestruturada, que pode ser administrada por um psiquiatra ou por um profissional da área da saúde mental, treinado e familiarizado com a classificação e critérios do DSM-IV (1996). A aplicação da SCID-I (First e cols., 2000) tem a duração de aproximadamente 1 hora e possibilita a avaliação de aspectos ligados à identificação; à vida escolar e profissional; ao início, evolução e história do tratamento da enfermidade; ao contexto ambiental; aos problemas atuais e ao funcionamento social atual. A escala é composta de módulos que avaliam patologias do Eixo I - transtornos clínicos como depressão maior, transtorno somatoforme, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de pânico e transtorno do uso do álcool. Cada módulo pode ser aplicado de forma isolada, conforme o diagnóstico indicado nos prontuários de cada paciente.

O ZSC (Villemor-Amaral & Primi, 2009) gera informações sobre a dinâmica psíquica de uma

pessoa, envolvendo investigações detalhadas sobre os aspectos cognitivos, afetivos e interpessoais. O ZSC pode ser aplicado de forma coletiva ou, como foi nesse estudo, de forma individual. O material de aplicação consiste em três manchas impressas em cartões, sendo a primeira (Pr. I) toda em preto e branco, a segunda (Pr. II) composta pelas cores vermelha verde e marrom e a terceira (Pr. III) contendo as cores preta, branca e vermelha.

A aplicação ocorre em duas etapas: a primeira, chamada de associação livre, na qual a pessoa deve ser totalmente espontânea na realização da tarefa, sem a interferência do aplicador. Depois, na fase do inquérito, o aplicador deve verificar onde a pessoa enxergou o que diz e o que na mancha fez com que parecesse aquilo que foi dito. Essas questões permitirão codificar e interpretar adequadamente as respostas, envolvendo tanto conceitos quantitativos da psicometria quanto conceitos mais qualitativos.

Procedimento de coleta de dados

Participaram da coleta de dados cinco estudantes de psicologia, e uma de doutorado, que participavam do grupo de pesquisa do Laboratório de Avaliação Psicologia em Saúde Mental (LAP-SaM) da Universidade São Francisco. Todas as aplicadoras já tinham familiaridade com diversas técnicas projetivas e receberam extenso treinamento para a realização da coleta de dados.

O primeiro passo foi definir as instituições de saúde mental nas quais se coletariam os dados e entrar em contato com os respectivos diretores e coordenadores. Autorizado o estudo, tanto pelo comitê de ética da Universidade São Francisco, quanto pelos responsáveis de cada instituição de saúde mental, os pacientes eram convidados a participar da pesquisa e em seguida agendavam-se as aplicações com os mesmos.

A cada participante eram esclarecidos os objetivos e procedimentos da pesquisa e ele era convidado, então, a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo após, o paciente respondia às questões da SCID-I (First e cols., 2000) e, depois disto, realizava-se a aplicação individual do Zulliger. O tempo de aplicação durou aproximadamente 1 hora e meia, sendo cerca de 1 hora para a SCID-I e trinta minutos para o Zulliger.

Para o grupo dos não-pacientes, algumas empresas da região, que aceitaram colaborar com a pesquisa, liberaram os funcionários, que

apresentavam as mesmas características sócio-demográficas dos pacientes psiquiátricos, e a coleta dos dados foi feita de forma individual, em uma única sessão, e se iniciava com a assinatura do TCLE. Os participantes respondiam a perguntas de identificação geral e, em seguida, a técnica de Zulliger era aplicada.

As instruções de aplicação da tarefa ZSC seguiram a padronização recomendada pelo manual de Villemor-Amaral e Primi (2009) e todos os protocolos foram comparados com a tabela normativa deste manual. Para verificar a precisão dos dados, 25% dos protocolos foram reclassificados por mais dois juízes independentes. Todos os indicadores foram interpretados a partir de três categorias: acima da média, na média e abaixo da média. Tais atribuições tiveram o respaldo das tabelas normativas de (Villemor-Amaral & Primi, 2009), respeitando idade, sexo, grau de escolaridade e diagnóstico psicopatológico. O programa estatístico utilizado para analisar os dados foi o SPSS 11.5.

Definição dos critérios para cada constelação

As constelações, quando foram criadas por Exner e Sendín (1999), passaram por diversos procedimentos estatísticos, que resultaram em notas de corte mínimas, definindo os critérios para a atribuição positiva das Constelações. No Zulliger, esse tipo de estudo ainda não foi feito, então a alternativa que usamos para verificar se as constelações diferenciavam quadros psiquiátricos, foi por meio da comparação dos valores médios dos indicadores, tanto no grupo de pacientes psiquiátricos quanto no grupo de não-pacientes.

Escolhemos também as Constelações DEPI, PTI e OBS, pelo fato de que a psicodinâmica dos pacientes com depressão (DEPI) e dos pacientes com esquizofrenia (PTI) mantém um padrão de funcionamento mais definido, o que permite afirmar com maior segurança as similitudes entre respostas da técnica nestas patologias. Em relação à Constelação OBS, apesar de ela não ter como intuito diagnosticar pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), resolvemos fazer uma primeira sondagem dessa Constelação quando aplicadas no ZSC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme demonstrado nas tabelas a seguir, poucas variáveis que compõem as Constelações diferenciaram os grupos.

Tabela 1. Indicadores que compõem a constelação DEPI.

1	Fv + vF + v e/ou FD para verificar as tendências à introspecção
2	COP e/ou índice de isolamento (Bt + 2x Cl + Ge + Ls + 2x Na/R) para avaliar maior ou menor grau de dificuldade nas relações interpessoais
3	S para apreender sinais de hostilidade
4	Soma de C' para avaliar a internalização dos afetos
5	Determinantes de sombreados (FV+ VF + V+ FY + YF + Y+ FT+ TF+T > FM+m) sinalizando afetos perturbadores e sofrimento psíquico
6	MOR e/ou (2xAB+ART+AY) para verificar a tendência a pensamentos pessimistas e tentativas ideacionais para neutralizar o impacto das emoções
7	Coeficiente de afetividade (Afr) para sinalizar o desinteresse por situações afetivas
8	Determinantes Mistos de Cor e Sombreado para sinalizar ambivalências de sentimentos positivos e negativos na mesma situação
9	índice de Egocentrismo (3r + (2)/R) para verificar preocupação com o seu próprio self e nível de interesse pelo mundo exterior
10	Determinantes mistos para verificar o menor envolvimento emocional

Tabela 2. Indicadores que compõem a constelação PTI.

1	XA% e do WDA% para verificar o nível de adequação da realidade
2	X-% para verificar problemas de acuidade perceptiva e distorção da realidade
3	Códigos Especiais para verificar a presença de verbalizações incomuns e deslizes no curso do pensamento
4	Movimento Humano negativo (M-) ou Movimento Humano sem qualidade formal (Mnone) para verificar a perda do contato com a realidade, devido a processos ideacionais desajustados

Os antigos indicadores da SCZI também foram checados no Zulliger-SC, com exceção dos dois últimos indicadores, que foram acrescentados pela autora da Tese

5	Espaço em Branco negativo (S-) para verificar distorções da realidade em função da raiva
6	Qualidade Formal negativa para verificar distorções perceptivas
7	Atividade Organizativa para verificar se há integrações entre as imagens
8	Cor Pura (FC: CF+C) para verificar se há descontrole sobre os impulsos afetivos

Tabela 3. Indicadores que compõem a constelação OBS.

1	Dd para avaliar a tendência à meticulosidade e ao perfeccionismo
2	Respostas Populares para avaliar a preocupação em não falhar
3	Atividade Organizativa (Zf) para avaliar o temor da desorganização
4	Qualidade Formal positiva (FQ+) para avaliar a diminuição da capacidade para a originalidade. Os estilos obsessivos tendem a ser menos criativos devido à preocupação em agir corretamente

No que se refere aos pacientes com depressão, somente o indicador AB, que compõe o índice de intelectualização (2xAB+ART+AY), mostrou-se significativo ($p=0,015$) e teve a média aumentada para os depressivos, evidenciando tentativas ideacionais

para neutralizar o impacto das emoções. Do ponto de vista qualitativo, o grupo dos não-pacientes apresentou médias relativamente altas, quando comparadas com as dos pacientes depressivos, nos indicadores que sinalizam sofrimento, o que sugere que o grupo

Tabela 4. *T student* do Grupo Controle e depressão.

Variáveis	Grupos	N	Média	DP	T	P
FV+V+VF	Controle	95	0,04	0,20	0,88	0,38
	Dep	18	0,00	0,00		
FD	Controle	95	0,11	0,42	-0,05	0,95
	Dep	18	0,11	0,32		
FC'+C'F+C'	Controle	95	0,38	0,62	-0,36	0,71
	Dep	18	0,44	0,98		
C'F	Controle	95	0,08	0,27	0,40	0,68
	Dep	18	0,06	0,23		
C'	Controle	95	0,01	0,10	0,43	0,66
	Dep	18	0,00	0,00		
FY+YF+Y	Controle	95	0,20	0,45	0,79	0,42
	Dep	18	0,11	0,32		
YF	Controle	95	0,13	0,33	0,17	0,85
	Dep	18	0,11	0,32		
Y	Controle	95	0,01	0,10	0,43	0,66
	Dep	18	0,00	0,00		
FT+TF+T	Controle	95	0,04	0,24	0,71	0,47
	Dep	18	0,00	0,000		
S	Controle	95	10,36	10,30	-0,25	0,79
	Dep	18	10,44	10,29		
COP	Controle	95	0,28	0,55	0,44	0,65
	Dep	18	0,22	0,42		
MOR	Controle	95	0,23	0,53	0,47	0,63
	Dep	18	0,17	0,51		
AFR	Controle	95	0,5330	0,26	-10,16	0,24
	Dep	18	0,6148	0,26		
(2)	Controle	95	10,39	10,49	-0,84	0,40
	Dep	18	10,72	10,74		
FR	Controle	95	0,06	0,28	0,93	0,35
	Dep	18	0,00	0,00		
GEO	Controle	95	0,02	0,14	0,61	0,53
	Dep	18	0,00	0,00		
NA	Controle	95	0,07	0,26	-0,53	0,59
	Dep	18	0,11	0,32		
LS	Controle	95	0,14	0,34	0,95	0,34
	Dep	18	0,06	0,23		
CL	Controle	95	0,05	0,22	0,99	0,32
	Dep	18	0,00	0,00		
BT	Controle	95	0,79	0,93	0,75	0,45
	Dep	18	0,61	0,85		
ART	Controle	95	0,11	0,34	0,59	0,55
	Dep	18	0,06	0,23		
AB	Controle	95	0,04	0,20	-20,46	0,01
	Dep	18	0,22	0,54		

Tabela 5. *T student* do Grupo Controle e esquizofrenia.

Variáveis	Grupos	N	Média	DP	T	P
WDA%	Controle	95	68,17	21,69	0,88	0,51
	Esquizo	18	64,33	26,98		
MH-	Controle	95	0,09	0,29	-0,05	0,40
	Esquizo	18	0,17	0,51		
DV_NEOLO	Controle	95	0,06	0,24	-0,36	0,27
	Esquizo	18	0,00	0,00		
DV_RDUND	Controle	95	0,02	0,14	0,40	0,05
	Esquizo	18	0,11	0,32		
DR_FRSIN	Controle	95	0,02	0,14	0,43	0,53
	Esquizo	18	0,00	0,00		
DR_CRCUN	Controle	95	0,04	0,20	0,79	0,38
	Esquizo	18	0,00	0,00		
INCOM	Controle	95	0,11	0,39	0,17	0,28
	Esquizo	18	0,22	0,54		
FABCOM	Controle	95	0,03	0,17	0,43	0,61
	Esquizo	18	0,06	0,23		
CONTAM	Controle	95	0,00	0,00	0,71	0,00
	Esquizo	18	0,11	0,32		
ALOG	Controle	95	0,01	0,10	-0,25	0,01
	Esquizo	18	0,11	0,32		
PSV_MSM	Controle	95	0,02	0,20	0,44	0,66
	Esquizo	18	0,00	0,00		
PSV_CONT	Controle	95	0,03	0,17	0,47	0,61
	Esquizo	18	0,06	0,23		
PSV_MEC	Controle	95	0,02	0,20	-1,16	0,66
	Esquizo	18	0,00	0,00		
CONFAB	Controle	95	0,00	0,00	*	*
	Esquizo	18	0,00	0,00		
FQX_	Controle	95	1,61	1,31	-,84	0,99
	Esquizo	18	1,61	1,72		
FQX+	Controle	95	0,00	0,00	*	*
	Esquizo	18	0,00	0,00		
FQXO	Controle	95	3,63	1,92	0,93	0,01
	Esquizo	18	2,44	1,58		
FQXU	Controle	95	1,67	1,33	0,61	0,11
	Esquizo	18	1,11	1,56		
S-	Controle	95	1,36	10,3	-0,53	0,80
	Esquizo	18	1,28	0,89		
FC: CF+ C	Controle	95	0,99	0,34	0,95	0,66
	Esquizo	18	0,95	0,17		
FC: CF+C	Controle	95	-0,02	0,96	0,99	0,51
	Esquizo	18	-0,50	1,0		
SUMC	Controle	95	1,40	1,7	0,75	0,40
	Esquizo	18	1,94	2,1		
XA%	Controle	95	5,30	2,3	0,59	0,27
	Esquizo	18	3,55	1,8		

* Ausência de variabilidade: nenhum participante apresentou PSV e FQX+.

Tabela 6. *T student* do grupo controle e TOC.

Variáveis	Grupos	N	Média	DP	T	P
Dd	Controle	95	1,14	1,52	1,31	0,19
	T.O.C.	10	0,50	,52		
Popular	Controle	95	1,61	1,31	1,20	0,23
	T.O.C.	10	1,10	,73		
Zf	Controle	95	1,11	1,23	1,52	0,13
	T.O.C.	10	0,50	0,70		
FQX+	Controle	95	0,00	0,00	*	,*
	T.O.C.	10	0,00	0,00		

* Ausência de variabilidade: nenhum participante apresentou FQX+.

controle também apresenta características inusitadas que podem ter interferido num melhor resultado estatístico.

A presença significativa de um único indicador, além de não ser suficiente para predição da depressão, foi uma surpresa, pois Villemor-Amaral e Machado (2007), em um estudo bastante semelhante a este, encontraram diferenças substanciais entre grupos de depressivos e não-pacientes. Segundo as autoras, as variáveis FD+V, Sum-SH, Índice-egocentricidade, CF+C<FC, Determinantes-mistos e Intelectualização da constelação DEPI, alcançaram valores significativos, o que nos traz a hipótese que isto pode ser devido à composição da amostra, já que no trabalho de Villemor-Amaral e Machado (2007) as participantes eram todas do sexo feminino, em tratamento ambulatorial (não internadas). Essa diferença talvez tenha sido resultado do uso assistido do medicamento oferecido aos pacientes internados que compuseram a presente amostra. De certa forma, o uso orientado de medicações pode interferir no comportamento do paciente e como é impossível isolar o comportamento de uma pessoa de sua própria dinâmica de personalidade, pode ser que o uso do medicamento oferecido ao grupo dos pacientes internados pode ter influenciado na estabilidade da dinâmica psíquica e ter favorecido as respostas do ZSC, deixando-as mais adaptadas quando comparadas com pessoas não internadas e sem controle exato sobre o tipo de medicamento utilizado e a intensidade da crise.

Em relação aos pacientes esquizofrênicos, três indicadores se mostraram significativos. Entre eles está o FQXo% ($p=0,015$), indicando que os não-pacientes apresentaram uma melhor percepção da realidade. Os outros dois, CONTAN ($p=0,001$)

e ALOG ($p=0,015$), mostraram-se aumentados nos esquizofrênicos e sinalizaram deslizos no curso do pensamento. A contaminação (CONTAN) envolve a condensação inadequada de impressões ou ideias sobrepostas que violam a realidade. Isso ocorre quando duas imagens distintas, como por exemplo, folha e besouro, se fundem em uma única imagem e resultam em um novo conceito, “um besouro-folha”. Já as respostas de lógica inadequada (ALOG) se referem a imagens adequadas e reais, porém a justificativa utilizada pelo sujeito é produto de um raciocínio forçado e não convencional, representando um estilo de pensamento simplista e concreto. Esses três indicadores atendem a alguns critérios da PTI, mas ainda são insuficientes para assegurar que o ZSC é sensível para predizer a esquizofrenia.

No caso dos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo, nenhuma hipótese previamente selecionada mostrou-se significativa, evidenciando a ausência de diferenças comportamentais entre os pacientes e seu respectivo grupo de controle. Esse resultado pode ter sido influenciado tanto pelos aspectos subjetivos da dinâmica psíquica dos examinados quanto pela ausência de variabilidade de algumas variáveis, como foi o caso da qualidade formal positiva (FQ+) na constelação OBS, que ao reduzir uma hipótese também restringiu as comparações.

Os resultados do presente artigo não confirmaram as expectativas preditivas das Constelações, mostrando que o ZSC ainda não pode ser utilizado diretamente para auxiliar no diagnóstico das psicopatologias da depressão, esquizofrenia e transtorno obsessivo compulsivo.

Assim como as autoras do presente estudo, Mattlar e cols. (1990), Brinkmann (1998), Zdunic

(1999), Villemor-Amaral e Primi (2009) também se propuseram a analisar a semelhança estrutural entre o Método de Rorschach e o Zulliger, segundo o Sistema Compreensivo. Os resultados de todos esses estudos mostraram que o Sistema Compreensivo aplicado ao Zulliger tende a ser bastante eficiente para investigar e compreender aspectos da personalidade. Entretanto, a atribuição de valores numéricos, porcentagens e cálculos recomendados por Exner não podem ser transpostos de um método para o outro, pois, apesar das semelhanças já descritas, o número de pranchas é reduzido e as figuras são diferentes, constituindo um conjunto de estímulos distinto que requer estudos específicos antes que sejam repassadas as regras do Sistema Compreensivo para a técnica de Zulliger.

No entanto, também houve convergências, no caso dos esquizofrênicos, o grande fenômeno encontrado nos dois estudos se refere ao funcionamento psíquico dos esquizofrênicos que é pouco sofisticado, indicando um modo de organização simplista, sem tantas exigências cognitivas. Já os não-pacientes conseguiram manter um encadeamento de pensamentos continuamente coeso, contribuindo para a solução de problemas, tomada de decisões e comunicação clara com as outras pessoas.

Para o grupo clínico da depressão, observou-se, qualitativamente, a presença de sinais de índice de depressão do Sistema Compreensivo (DEPI), indicando a presença de sentimentos incômodos no grupo controle. Tal resultado, embora não tenha sido significativo do ponto de vista estatístico, convergiu com os achados de Nascimento (2006), que verificou sinais do DEPI em uma amostra de não-pacientes da capital de São Paulo, após serem submetidos ao exame do Rorschach. O fato de Villemor-Amaral e Machado (2007) terem encontrado resultados favoráveis à validação da Constelação DEPI aponta para o fato de que são necessários mais estudos com esse grupo de pacientes.

CONCLUSÃO

Normalmente, as avaliações que visam à predição de diagnósticos diferenciais se apóiam na observação de comportamentos extremados e que podem ser categorizados em termos nosográficos. Isso só acontece quando os comportamentos dos indivíduos de determinado grupo mantêm um padrão

previsível e generalizável, como, por exemplo, o humor deprimido, que é um sinal típico em pessoas diagnosticadas com depressão, ou alterações nos processos ideativos e perceptivos, que são típicos nos diagnósticos de esquizofrenia. Quando certos dinamismos ou estruturas são similares é provável que a manifestação sintomática na realidade ocorra de forma parecida e, por isto, torna-se possível realizar um diagnóstico com base no comportamento sintomático. Nesses casos, os indicadores que compõem as constelações do Sistema Compreensivo tendem a ser úteis para sugerir um determinado quadro nosográfico. No entanto, identificar a presença de sintomas e ordená-los em níveis de intensidade não é suficiente para compreender uma personalidade, pois além dos sintomas é preciso compreender o contexto da avaliação psicológica e a intensidade das forças psicológicas que operam no sistema individual de cada um durante o momento da coleta de dados.

Assim, o desafio de validar o ZSC é uma tarefa bastante complexa e que parece, até o momento, ser pouco eficiente para propiciar diagnósticos nosográficos. Ao contrário, parece que o ZSC é mais eficaz para compreender dinâmicas que independem de determinados quadros – ou que não correspondem propriamente a um quadro específico – ajudando a conhecer melhor o funcionamento psíquico de uma pessoa. Entretanto, ainda é precipitado desencorajar o uso do ZSC na saúde mental, pois o presente estudo contou com amostras pequenas de pacientes com cada patologia.

Por hora, os resultados foram insuficientes para validação das Constelações, mas podem ser considerados promissores à medida que novos estudos são feitos e encontram resultados parecidos aos anteriores. Outro aspecto que incentiva a continuidade de pesquisas com o ZSC é que os resultados da presente pesquisa não contradizem os resultados empíricos encontrados por Villemor-Amaral e Primi (2009) e que o processo para se validar uma técnica vai se consolidando ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

- Battaglia, V., & Cruciani, G. (1956). *Costanza del test di Zulliger in un esperimento di test-retest*. Roma. Rorschachiana V: Internationaler Rorschach Kongress, 394-396.

- Boris, S. (1990). The Zulliger Test in a selection context. *British Journal of Projective Psychology*, 35(2), 28-34.
- Brinkmann, H. (1998). Proposição de Parâmetros para El Test de Zulliger (Z). *Revista Chilena de Psicología*, 19(2), 43-48.
- Castro, P. F. (2006). Histórico da produção científica do Sistema Compreensivo no Brasil a partir dos eventos da ASBRO. Em N. A. Silva Neto & D. M. Amparo (Orgs.), *IV Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e métodos projetivos: Métodos projetivos instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura* (pp. 114-123). Brasília: ASBRO.
- Eble, S. J., Fernand, L. D., & Graziano, A. M. (1963). The comparability of quantitative Rorschach and Z-Test Data. *Journal of Projective techniques and Personalits Assessment*, 27, 166-170.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System*. v. 1. Basic foundations (3rd ed.). New York: Wiley. (Original publicado em 1974).
- Exner, J. E., & Sendin, C. (1999). *Manual de Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, M. E. A., & Villemor-Amaral, A. E. (2005). O Teste de Zulliger e a Avaliação de Desempenho. *Paidéia: cadernos de psicologia e educação*, 15(32), 367-386.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2000). *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV Transtornos do Eixo I - SCID-I* (C. M. Del Ben, W. Zuardi, J. A. A. Vilela, & J. A. S. Ceippa, Tradutores) New York: New York State Psychiatric Institute.
- Franco, R. R. C., & Villemor-Amaral, A. E. (2009). *Ensaio de convergência entre provas de personalidade: Zulliger-SC e Pfister*. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Freitas, A. M. L. (1996). *Teste Zulliger: aplicação e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Green, E. E. (1995). *A validation study of Rorschach indicators of impulse control and affect modulation*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego.
- Liz, A., Magro, T., & Rossi, G. (1990). A Comparison Between the Zulliger test (individually administered) and the Rorschach test in children age 6-11. *British Journal of Projective Psychology*, 35(2), 35-48.
- Mahmood, Z. (1990) The Zulliger Test: Its Past and future. *British Journal of Projective Psychology*, 35(2), 2-16.
- Mattlar, C. E., Sandahl, C., Lindberg, S., Lehtinen, V., Carlsson, A., Vesala, P. et al. (1990). Methodological issues associated with the application of the comprehensive system when analyzing the Zulliger, and the structural resemblance between the Zulliger and the Rorschach. *British Journal of Projective Psychology*, 35(2), 17-27.
- Mattlar, C. E., Birgerson, E., & Sandahl, C. (1990). Creating contours: the face response “Wp, Fq-Hd and Zw”. Resumo. Em *Anais XVI International Congress of Rorschach and Projective Method*, 217, Amsterdam.
- Montes, R. M., & Vaz, C. E. (2003). Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstruais através do Z-Teste e do Idate. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 261-267.
- Nascimento, R. S. G. F. (2006). Estudo normativo do Sistema Compreensivo do Rorschach para São Paulo: resultados dos índices PTI, SCZI, DEPI, CDI, HVI, OBS e S-CON. *Avaliação Psicológica*, 5, 87-97.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, R. S. G. F., & Güntert, A. E. V. A. (2000). Novas tendências: introdução ao Sistema Compreensivo de Exner. Em J. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico* (5. ed.) (pp. 368-377). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peralta, A. A. (2002). Papel capital de la técnica Zulliger en el futuro progreso Rorschach. *Perspectiva Psicológica*. *Perspectivas Psicológicas*, 2(3), 24-37.

- Primi, R., Alchieri, J. C., & Guntert, A. E. V. A. (2002). Um estudo correlacional entre a Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5), R1 e o teste TNRV com o Teste de Zulliger. *Psico*, 33, 53-76.
- Rosa, J. M., & Vaz, E. C. (2000). Ansiedade e depressão, avaliadas através do Z-teste, em adolescentes praticantes de atividades físicas e adolescentes sedentários. Em C. E. Vaz (Org.), *Anais, II Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e outros métodos projetivos* (pp. 177-182). Porto Alegre, RS: ASBRo.
- Ruth, J. E., Obergi, P., Mattlar, C. E., Sandahl, C., Oist, A. S., Carlsson, A., et al. (1990). Old age and loneliness illustrated by the Zulliger. *British Journal of Projective Psychology*, 35(2), 61-73.
- Simon, H. M. (1973). Sobre un fenómeno particular en el Z-test: El choc al verd. *Revista Rorschachiana*, 10, 398-405.
- Vaz, C. E. (1998). *Zulliger: A técnica de Zulliger forma coletiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Villemor-Amaral, A. E., Yazigi, L., Nascimento, R. S. G. F., Primi, R., & Semer, N. L. (2007). Localização, Qualidade Formal e Respostas Populares do Rorschach no SC em uma amostra Brasileira. Resumos. Em III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (Org.), *Anais, III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*. Itatiba, SP: IBAP.
- Villemor-Amaral, A. E. (2008). A Validade Teórica em Avaliação Psicológica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28, 98-109.
- Villemor-Amaral, A. E., & Machado, M. A. S. (2007). O DEPI e demais indicadores de depressão no Zulliger no Sistema Compreensivo. Resumos. Em V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (Org.), *Anais V Encontro da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos* (p. 61). Ribeirão Preto, SP: ASBRo.
- Villemor-Amaral, A. E., & Primi, R. (2009). *O Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC): forma individual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Viglione, D. J. (1999). A review of recent research addressing the utility of the Rorschach. *Psychological Assessment*, 11, 251-265.
- Zdunic, A. L. (1999). *El Teste de Zulliger en La Evaluación de Personal: Aportes Del Sistema Compreensivo de Exner*. Buenos Aires: Paidós.
- Zulliger, H. (1948). *Der Diapositiv: Z-test*. Berna: Hans Huber.
- Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in schizophrenia*. New York: Wile.

Recebido em dezembro de 2010
Reformulado em maio de 2011
Aceito em julho de 2011

SOBRE AS AUTORAS:

Renata da Rocha Campos Franco, Psicóloga. Doutora em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco. Professora da Universidade São Francisco.

Anna Elisa de Villemor-Amaral, Psicóloga. Doutora pela Universidade Federal de São Paulo. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC-SP e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade São Francisco.