

MARIA CRISTINA PETROUCIC ROSENTHAL

“ASSIM É SE LHE PARECE”

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:

ESTUDO DE VARIÁVEIS COGNITIVO-AFETIVAS DE PERSONALIDADE

POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2007

MARIA CRISTINA PETROUCIC ROSENTHAL

“ASSIM É SE LHE PARECE”

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:

ESTUDO DE VARIÁVEIS COGNITIVO-AFETIVAS DE PERSONALIDADE

POR MEIO DO MÉTODO DE RORSCHACH

Tese apresentada à Faculdade de Psicologia,
da Pontifícia Universidade Católica,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia Clínica,

Orientadora: Profa. Dra. Mathilde Neder

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

I

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Matilde Neder (Orientadora)

Instituição: PUC-SP Assinatura: _____

Professor Dr. Marcio Antonio Bernick

Instituição: Assinatura: _____

Professor Dr. Andrés E. Antunes Aguirre

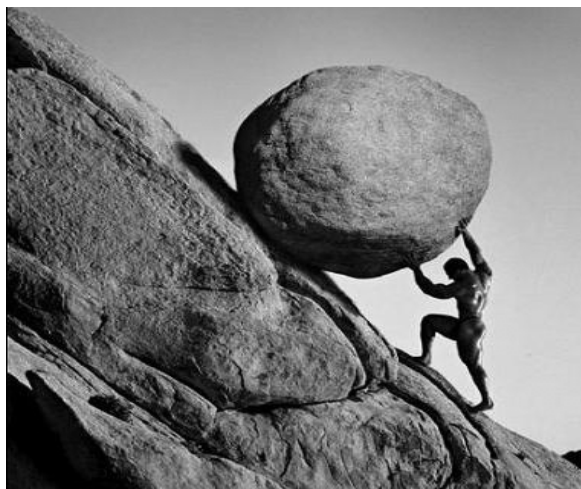
Instituição: IP-USP Assinatura: _____

Professora Dra. Maria Elizabeth Montagna

Instituição : PUC-SP Assinatura: _____

Professora Dra. Regina Sônia G. Nascimento

Instituição: PUC-SP Assinatura: _____



O MITO DE SÍSIFO

Os deuses tinham condenado Sísifo a empurrar sem descanso um rochedo até ao cume de uma montanha, de onde a pedra caía de novo, em consequência do seu peso. Tíham pensado, com alguma razão, que não há castigo mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança: um suplício indizível em que o seu ser se emprega em nada terminar.

Sísifo é o herói do absurdo. É-o tanto pelas suas paixões como pelo seu tormento.

No termo desse longo esforço, medido pelo espaço sem céu e pelo tempo sem profundidade, a finalidade é atingida. Sísifo vê então a pedra resvalar em poucos instantes para esse mundo inferior de onde será preciso trazê-la de novo para os cimos. E desce outra vez à planície.

Se este mito é trágico, é porque o seu herói é consciente. Onde estaria, com efeito, a sua tortura se a cada passo a esperança de conseguir o ajudasse? O operário de hoje trabalha todos os dias da sua vida nas mesmas tarefas, e esse destino não é menos absurdo.

Mas só é trágico nos raros momentos em que ele se torna consciente...

(CAMUS, 2004. Adaptado por esta autora)

DEDICATÓRIA

A meus pais,

A meus filhos, Sissi e Gui

E meus quase-filhos: Del e Bia

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Ensino e Pesquisa da (CEPE) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pela concessão de bolsa de capacitação docente, com a qual foram parcialmente financiados o projeto e a elaboração desta tese.

Para a minha orientadora de mestrado e doutorado, a Dra. Mathilde, especiais. Pessoa guerreira, lutadora, lado a lado comigo em momentos em que estive e estivemos frágeis de saúde, e sempre mostrando confiança no meu trabalho, guiado por ela e seu exemplo de vida.

Aos professores participantes da banca de qualificação: Dra. Latife Yazig, Dr. Francisco Lotufo Neto e Dra. Ceres Araújo, por terem me encaminhado para uma análise qualitativa – conselho que segui com muito prazer e produtividade. À Dra. Regina Sônia Gattaz Nascimento, que vem me acompanhando desde o mestrado com sugestões pontuais sobre o Rorschach e auxílio logístico, imprescindíveis para que eu realizasse a pesquisa. E Dra. Miriam Debieux Rosa, que aceitou ser convocada para me ajudar a melhor compreender e aproveitar o potencial heurístico das sugestões dadas pela banca.

Ao Ambulatório de Ansiedade do HCFMUSP, na pessoa do Dr. Marcio Bernik, que participou das bancas de meu mestrado muito ativamente: um auxílio imprescindível.

À Cica Vilhena Moraes, colega e amiga querida, que foi solidária a ponto de re-ver todas as classificações das respostas uma por uma e de me dar horas e horas de seu RIA, do computador e de sua companhia naquela deliciosa cobertura onde mora.

Fani, colega de faculdade e assessora de AAIM (assuntos ansiógenos e incompreensíveis para mim), muito disponível para me apoiar emocional e estatisticamente.

Tatiana Sato Mitie, ex-aluna, monitora e orientanda de iniciação científica sobre TOC, agora colega de profissão e companhia nos lanches vespertinos com pães e sucos naturais integrais.

Rita Motooka e Thais C. Infante, excelentes pesquisadoras de Rorschach que reviram resposta por resposta as classificações dos protocolos de TOC – e com quem tive conversas ótimas nos nossos encontros de revisão.

Betinha Montagna, chefe do meu departamento, cuja tese atuou como modelo de ousadia para que eu me permitisse fazer um trabalho com vertente clínica e qualitativa.

Lucy, ou MIP (minha irmã preferida) e Roberto, ou MIF (meu irmão favorito), sempre presentes comigo. A Lu foi meu co-ego para “desambigüizar” várias das situações que para mim eram tão definidas quanto um borrão de tinta, assim como para corrigir obsessivamente todas as minhas distrações (erros, na verdade...) no português e dar um “upgrade” na forma das idéias que pus no papel.

Regina Kato, objetiva e me ajudando em diversas partes do caminho que percorri na pesquisa.

À minha prima, doutora Miriam Debieux Rosa, alinhando os pensamentos que me prendiam na organização geral dos tópicos.

Aos pesquisadores e amigos solidários Ygor Ferrão e Andrés Antunes, contemporâneos no desenvolvimento de suas teses de doutorado sobre TOC, ambas e ambos pontos de apoio importante em meio às reverberações temáticas e de dúvida que me acometeram nos processos de tomada de decisão no meu trabalho.

À Vera Soares, da secretaria do pós em Psicologia Clínica, que me salvou em momentos burocráticos importantes.

À Edna Gonçalves, que com seus conselhos ajudou-me nas coisas da vida, de modo que eu pudesse desenvolver este trabalho com maior tranqüilidade.

Ao Partido Verde, na pessoa de Luiz França Penna, Marco Antonio Mroz e Lavíni M. Ayres, por tentarem (re)-construir um mundo ecologicamente mais viável – e, no que se refere especificamente à minha pessoa, cedendo um espaço físico e emocional para eu desenvolver meu trabalho com sustentabilidade afetiva.

Por último, mas não menos importante e com muito carinho, agradeço a todos os pacientes que colaboraram neste trabalho, dedicando com muito boa vontade seu tempo para as nossas sessões; em particular, àqueles que acompanhei em psicoterapia e com quem participei mais diretamente na batalha contra idéias, imagens e impulsos que insistiam em vir à sua mente só para atrapalhar e causar enorme sofrimento.

SUMÁRIO

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xi
LISTA DE CÓDIGOS DO SISTEMA COMPREENSIVO DE EXNER	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xiv
LISTA DE TABELAS	xv
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	5
OBJETIVO 1	5
OBJETIVO 2	5
3 CONCEITOS BÁSICOS E REVISÃO DA LITERATURA.....	6
PRIMEIRA PARTE: TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E ASPECTOS COGNITIVO-AFETIVOS DE PERSONALIDADE.....	6
3.1. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E A CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS DOENÇAS MENTAIS	6
3.2. DESCREVENDO AS OBSESSÕES E COMPULSÕES	8
3.3 DA IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DA QUESTÃO DIAGNÓSTICA	13
3.4 HISTÓRIA DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DAS CONTRIBUIÇÕES INICIAIS À PSICANÁLISE E PERSPECTIVAS ATUAIS	16
3.4.1 Neurose (transtorno), personalidade (caráter) e transtorno de personalidade obsessivos-compulsivos.....	20
3.5 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E CO-MORBIDADES	23
SEGUNDA PARTE: O FENÔMENO OBSESSIVO-COMPULSIVO POR MEIO DO MÉTODO DAS MANCHAS DE TINTA DE RORSCHACH.....	27
3.6. A CRIAÇÃO DO PSICODIAGNÓSTICO E A EXPANSÃO DO MÉTODO: OS CINCO SISTEMAS E O SISTEMA COMPREENSIVO	27
3.7 O PROCESSO DE RESPOSTA NA PROVA DAS MANCHAS DE TINTA DE RORSCHACH.....	32
3.7.1 A polêmica nomotético-ideográfica	32
3.7.2 As manchas de tinta vistas com prova de resolução de problemas	36
3.7.3 O processo de resposta nas fases de associação e de inquérito	39
3.7.4. As etapas da fase de associação, segundo Exner.	43
3.8 OS ESTADOS PSICOLÓGICOS E PSICOPATOLÓGICOS: INFLUÊNCIA NO ESTILO DE RESPOSTA.....	46

3.9. O FENÔMENO OBSESSIVO-COMPULSIVO E O RORCHACH: A LITERATURA	48
4 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	59
4.1 CASUÍSTICA.....	62
4.1.1 Seleção inicial dos pacientes.....	62
4.1.2 Composição da amostra.....	64
4.1.3 Caracterização da Amostra	67
4.1.4 DADOS DE ANAMNESE, SINTOMATOLOGIA, EVOLUÇÃO E TRATAMENTO DOS CASOS GRAVES	72
4.2 INSTRUMENTOS	78
4.2.1 O Método das Manchas de Tinta de Rorschach.....	79
4.2.1.1 Variáveis selecionadas para este trabalho: Códigos Especiais	81
4.3. PROCEDIMENTO E ÉTICA.....	86
5 RESULTADOS	88
5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	88
5.1.1 ESTUDO EXPLORATÓRIO.....	91
5.2. ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA RESPOSTA DOS CASOS SELECIONADOS PARA ILUSTRAÇÃO	93
5.2.1 Quatro casos de TOC grave com índices acima da média grupal	95
5.2.2 Dois casos de TOC grave com índices abaixo da média grupal	136
5.2.3 Um caso de TOC grave com índices mais próximos da média grupal	155
5.2.4 Caso de TOC leve com índices acima da média grupal	163
5.2.5 Síntese dos aspectos qualitativos.....	173
6 DISCUSSÃO	178
6.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	178
6.2 OS CÓDIGOS CRÍTICOS: ASPECTOS QUANTITATIVOS	179
6.3 ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO DE RESPOSTA.....	182
6.3.1 O processo de elaboração da resposta e aspectos psicopatológicos	182
6.3.2 Relação entre sujeito e examinador nas fases de associação e de inquérito.....	188
6.3.3 Limitações do estudo.....	190
6.3.4 Sugestões para estudos futuros	194
7 CONCLUSÃO.....	196
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199
ANEXO.....	211

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMBAN	Ambulatório de Ansiedade
APA	American Psychiatric Association
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (4.ed)
DSM-III-R	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (3.ed, revista)
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (3.ed)
DSM-II	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (2.ed)
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de USP
IPQ	Instituto de Psiquiatria
O-C	Obsessivo-Compulsivo
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
TPOC	Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo
TP	Transtorno de personalidade

LISTA DE CÓDIGOS DO SISTEMA COMPREENSIVO DE EXNER

R	Número de respostas
F	Resposta de forma pura
F+, Fo, Fu, F-	Resposta de qualidade formal: elaborada, ordinária, única, menos
P	Resposta popular
W	Resposta global
D	Resposta de detalhe usual
Dd	Resposta de detalhe inusual
S	Resposta de espaço branco
M, FM e m	Respostas de movimento: humano, animal e inanimado
FC e FC'	Respostas de forma-cor: cromática e acromática
CF e C'F	Respostas cor-forma: cromática e acromática
C e C'	Resposta de cor pura: cromática e acromática
FT, TF e T	Respostas de textura: diferenciada, indiferenciada e sem forma
FV, VF e V	Respostas de vista: diferenciada, indiferenciada e sem forma
FY, YF e Y	Respostas de sombreado: diferenciado, indiferenciado e sem forma
Fr e rF	Respostas de reflexo: diferenciado e indiferenciado
FD	Resposta de dimensão baseada na forma
OBS	Índice de estilo obsessivo, ou constelação obsessiva
Sum6	Códigos Especiais: somatória
WSum6	Códigos Especiais: soma ponderada
DV	Verbalização Desviante
DR	Resposta Desviante
INCOM	Combinação Incongruente
FABCOM	Combinação Fabulada
CONTAM	Contaminação
ALOG	Lógica Inadequada
PSV	Perseveração
CONFAB	Confabulação
AB	Conteúdo Abstrato
MOR	Conteúdo Mórbido
AG	Movimento Agressivo
COP	Movimento cooperativo
CP	Projeção de cor

RESUMO

Os objetivos desta pesquisa foram: estudar variáveis cognitivo-afetivas em pacientes com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), em nível severo e incapacitante, e estudá-las comparativamente em pacientes com TOC leve. A seleção inicial da casuística foi baseada em entrevistas, prontuários médicos e escalas objetivas: YBOCS, AGF e ICG. A partir desses dados se compôs dois grupos de pacientes: graves (G1) e leves (G2). O método de Rorschach, avaliado de acordo com o Sistema Compreensivo de Exner, foi o principal instrumento para aferição das variáveis cognitivo-afetivas de personalidade, com foco nos denominados Códigos Críticos Especiais. Os resultados quantitativos mostraram diferenças significativas entre os grupos quanto aos índices: WSum 6, DR2 e Nível 2, sugerindo presença maior dessas alterações cognitivas no grupo G1. O estudo exploratório evidenciou um índice MOR mais elevado em pacientes do grupo G1. Uma análise da distribuição amostral dos valores referentes às variáveis foco demonstrou uma variabilidade ampla nos valores do grupo G1. Os casos mais discrepantes foram estudados do ponto de vista qualitativo, visando a melhor entendimento das alterações cognitivas tal e qual estas se expressam nos indivíduos com TOC. A análise do processo de elaboração das respostas mostrou, como ponto em comum em todos os pacientes do grupo grave, a presença de uma diminuição ou perda da capacidade de flexibilidade mental que assumiu formas e intensidades variadas. Observou-se a presença de rituais obsessivo-compulsivos durante a fase de associação ou de inquérito, durante os quais o paciente se desviava completamente da instrução em curso; em todos os casos, verificava-se uma repetitividade temática de conteúdos de resposta ou de partes desta inter e intra-pranchas; em diversos indivíduos, se evidenciava a presença de respostas repetitivas potenciais, que se traduziam por comentários do tipo “em todas as pranchas eu veria..”; finalmente, rigidez e perfeccionismo extremos prejudicavam ou lentificavam a elaboração do processo de resposta. Também na análise qualitativa mereceram atenção especial aspectos da dinâmica paciente-examinador. Bastante peculiar no caso desses indivíduos prolixos, muitas vezes com dificuldade de exprimir o limite entre uma unidade de resposta e outra, o examinador deve cuidar para não interferir no processo de resposta tal e qual a formulou o paciente. A discussão abordou os resultados quantitativos e qualitativos tendo em vista os aspectos psicopatológicos do TOC e sua diversidade clínica. Finalmente, são apontados os limites do estudo e sugestões para pesquisas posteriores.

ABSTRACT

This research aimed to study cognitive-affective variables in patients diagnosed with severe and disabling obsessive-compulsive disorder (OCD) and compare them with those in patients with mild OCD. The preliminary selection of sample patients was based on interviews, medical records and the YBOCS, AGF and ICG objective scales. These data allowed detection of two groups: severe (G1) and mild (G2). Focused on the so-called Critical Special Scores, the Rorschach method according to the Exner's scoring system was the main instrument used to examine the cognitive-affective variables of the personality. Quantitative results showed significant differences regarding the response values WSum 6, DR2 and Level 2, suggesting the larger presence of those cognitive alterations in group G1. Further exploration of the variables evidenced elevated MOR score in G1. Next, an inter case analysis of both groups showed a large variability in the response values in G1. The most discrepant cases were further studied under the qualitative aspect, aimed at better understanding cognitive alterations as they appear in individuals with OCD in particular. That allowed verifying a lack of mental flexibility as the common thread among G1 cases that took different forms and intensities. In some cases obsessive-compulsive rituals were observed during association and inquire phases; on these moments, the patient completely lost the instructions and was driven away from them. Thematic repetition of the content of the responses or of part of them was observed in all the patients of the severe group. Besides, some of them showed potential repetitive responses through comments like "in all of the plates I could see..." Finally, signs of rigidity and perfectionism were present in some cases, so that the response time increased highly. The analysis of the response process also allowed to note particularities in the dynamics of the patient-examiner relationship which deserved attention; very prolix, sometimes the patient himself was not able to define a response unit, so that the examiner had to be careful to not interfere on the patient's own process of response. The discussion approached the quantitative and qualitative results vis-à-vis the OCD's psychopathological aspects and their diversity. Finally, some limitations of the research are noted and suggestions for further research are made.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES COM TOC GRAVE (G1) DIAGNOSTICADOS PELO DSM IV ...	68
Tabela 2 - ESCORES PRÉ-E PÓS-TRATAMENTO EM PACIENTES COM TOC GRAVE (G1) NAS ESCALAS YBOCS, AGF E ICG.....	69
Tabela 3 - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES COM TOC LEVE (G2) DIAGNOSTICADOS PELO DSM-IV.....	70
Tabela 4 - ESCORES PRÉ- E PÓS-TRATAMENTO DE PACIENTES COM TOC LEVE (G2) NAS ESCALAS YBOCS, AGF E ICG.....	71
Tabela 5 - COMPARAÇÃO ENTRE MÉDIAS NA VARIÁVEIS WSUM6, RESPOSTAS DE NÍVEL 2 E DR ENTRE PACIENTES COM TOC GRAVE (G1) E LEVE (G2)	89
Tabela 6 - DISTRIBUIÇÃO NA AMOSTRA DO NÚMERO TOTAL DE RESPOSTAS (R) , WSUM6, RESPOSTAS DE NÍVEL 2 E DR 2 EM PACIENTES COM TOC GRAVE (G1).....	89
Tabela 7 - DISTRIBUIÇÃO NA AMOSTRA DO NÚMERO TOTAL DE RESPOSTAS (R), WSUM6, RESPOSTAS DE NÍVEL 2 E DR2 EM PACIENTES COM TOC LEVE (G2)	91
Tabela 8 - COMPARAÇÃO ENTRE PACIENTES COM TOC GRAVE (G1) E LEVE (G2) QUANTO À VARIÁVEL MOR	91
Tabela 9 – DISTRIBUIÇÃO NA AMOSTRA DO ÍNDICE MOR EM PACIENTES COM TOC GRAVE E LEVE	92
Tabela 10 - VARIÁVEIS ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS E NÃO-SIGNIFICATIVAS NA COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS DE PACIENTES COM TOC GRAVE (G1) E LEVE (G2)	92

1 INTRODUÇÃO

Ocupava o cargo de psicóloga clínica na Divisão de Neurocirurgia Funcional do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-FMUSP) em 1995, quando o Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) dessa entidade solicitou um estudo neuropsicológico e de características de personalidade sobre pacientes com diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo (TOC) que não apresentavam resposta favorável aos tratamentos farmacológico e psicoterápico sistemático a que se submeteram.

Essa foi a oportunidade para desenvolver também a nível acadêmico um estudo mais sistemático desse grupo de pacientes, que levou à dissertação de mestrado desta autora em 2001. Nele, focalizara-se a presença da chamada constelação obsessiva, (OBS) definida e aferida por meio do método das manchas de tintas de Rorschach segundo a proposta de Exner (EXNER, 1996) – o qual aborda a tarefa como um processo de resolução de problemas. Fora verificada a ausência do índice OBS – associado a traços de perfeccionismo, minuciosidade, superincorporação de informações, esforço conativo elevado e apego a comportamentos convencionais - naquele grupo de pacientes gravemente comprometidos. Fora discutido se esse achado em função de problemas conceituais e metodológicos relativos à contraposição dos termos transtorno obsessivo-compulsivo e personalidade obsessivo-compulsiva (ROSENTHAL, 2000).

Adicionalmente, na abordagem exploratória dos protocolos fora possível levantar, dentre outros dados positivos, alterações no funcionamento cognitivo-afetivo observadas por meio da elevação do número de respostas contendo os chamados “Códigos Especiais Críticos”. A presença dos Códigos Especiais Críticos envolve, segundo Weiner (2000), a perda temporária ou mais prolongada da capacidade de pensar logicamente, de modo que os indivíduos tendem a raciocinar de modo arbitrário, formulando suas idéias de maneira pouco coesa e provocando divagações irrelevantes que prejudicam o processo de resolução de problemas tal como é proposto na instrução da prova. Historicamente, algumas dessas alterações mencionadas já haviam sido observadas por rorschachistas eminentes, que se dedicaram a estudar patologias neuropsiquiátricas – como é o caso de Rapaport (1976), ou Piotrowski (1965) por exemplo - mas que também se evidenciaram em trabalhos mais recentes, pautados por critérios nosológicos atualizados e procedimentos metodológicos mais estritos, um deles realizado com casuística brasileira (ANTUNES, 2004).

A necessidade de maior aprofundamento nessa área conduziu ao desenvolvimento deste trabalho em nível de doutorado, inspirado nas questões e lacunas suscitadas no decorrer da primeira pesquisa e atentando às suas falhas e limitações de ordem metodológica. A proposta de dois grupos de pacientes com transtorno obsessivo grave e leve, voltada para o estudo de possíveis diferenças de padrão cognitivo-afetivo frente à severidade da patologia, surgiu da necessidade de ampliar a casuística – restrita, na dissertação de mestrado, a pacientes severamente comprometidos. O procedimento de se realizar, ao lado da computação dos dados, uma análise qualitativa do processo de elaboração da resposta do indivíduo à prova,

atendeu ao objetivo de se detectar aspectos mais sutis do modo de funcionamento dos pacientes.

As instruções e processos mentais recrutados por meio da prova de manchas de tintas, vista como tarefa envolvendo resolução de problemas (EXNER, 1996), permitem não somente uma leitura nomotética e quantitativa, mas também processual e qualitativa das respostas do indivíduo, portanto trazendo a vantagem da flexibilidade sobre outros instrumentos ao se contemplar essas duas modalidades metodológicas.

A importância de se estudar os aspectos diagnósticos do TOC se releva particularmente quando se observa que, a despeito da maior precisão no diagnóstico e, por conseguinte, no direcionamento do enfoque do tratamento advindo dos progressos científicos e tecnológicos ocorridos, muitos são ainda os casos de pacientes que não obtêm resposta adequada às intervenções terapêuticas, mostrando-se severamente comprometidos e inabilitados para atividades da vida diária e interpessoal. Novas aberturas diagnósticas tendem a gerar ou substanciar novas nuances, vertentes ou mesmo abordagens para o tratamento, provendo meios para se minimizar o sofrimento daqueles que ainda não foram atingidos pelo arsenal terapêutico tradicionalmente proposto.

A atividade de estudar o TOC, tanto na teoria quanto por meio do contato clínico direto com cada paciente, pode ser descrita como o olhar através de um caleidoscópio: cada mirada provoca um arranjo diferente e infinitamente variável dos múltiplos elementos constituintes, que vão constelando desenhos e formas que se multiplicam a cada movimento do observador.

Temos que congelar instantaneamente cada imagem e nos deter em cada padrão formado para tentar captar esse todo mutável, a fim de, a partir dos elementos vistos, procurar abstrair, construir, formar um significado e, se possível, nomear esse global transitoriamente apreendido.

Ciente do desafio que é organizar essa entidade quase inapreensível, singular e plural, constituinte de dores e sofrimentos bem reais, concretos e evidentes para quem vivencia essa doença, este trabalho se propôs a colaborar com o desvelamento e aprofundamento desse complexo campo de estudo, numa tentativa de acessar a diversidade e a singularidade dos fenômenos psicológicos e psicopatológicos expressos no TOC.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

OBJETIVO 1

Estudar variáveis cognitivo-afetivas em pacientes com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), em nível severo e incapacitante. Especificamente, estudar a presença de *Códigos Críticos Especiais*, definidos segundo o Sistema Compreensivo de Exner.

OBJETIVO 2

Estudar comparativamente as variáveis cognitivo-afetivas entre pacientes com TOC grave e com TOC leve.

3 CONCEITOS BÁSICOS E REVISÃO DA LITERATURA

PRIMEIRA PARTE: TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E ASPECTOS COGNITIVO-AFETIVOS DE PERSONALIDADE

3.1. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E A CLASSIFICAÇÃO ATUAL DAS DOENÇAS MENTAIS

Tendo em vista minimizar problemas conceituais e diagnósticos e, conseqüentemente, possibilitar maior precisão e objetividade nos critérios utilizados, foram desenvolvidas classificações internacionais de doenças mentais. As mais importantes são a da Associação Psiquiátrica Americana (APA), com suas várias revisões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM), e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), referente a Transtornos Mentais e de Comportamento, em sua décima revisão em 2006.

A classificação da APA, utilizada como principal referência nosológica neste trabalho, foi inicialmente publicada em 1952 (DSM-I), tendo sido revisada em 1968 (DSM-II) e 1980 (DSM-III), esta última novamente revisada em 1986 (DSM-III-R). A quarta edição (ou DSM-IV), de 1994, foi submetida em 2000 a uma quinta revisão apenas do texto entre os critérios (DSM-IV-TR). Este trabalho utilizará a versão DSM-IV, já que os pacientes da amostra foram diagnosticados de acordo com esse referencial.

O DSM-IV propõe-se a ser descritivo e atóxico, de modo que as informações possam ser utilizadas por profissionais de diferentes áreas e orientações (APA, 1995). Além disto, tem a característica de orientar que a classificação de uma doença mental seja pautada em cinco dimensões ou eixos diagnósticos, cada qual referente a uma modalidade de informação. Sua preocupação subjacente é a de que se possa obter uma percepção diagnóstica ampla, não só da doença, mas também do indivíduo doente.

Como efeito direto dessa posição, a orientação de conduta e tratamento proposta pelo profissional deverá levar em conta vários fatores determinantes, além do quadro clínico propriamente dito, que consta do denominado Eixo I, a saber: os principais aspectos e transtornos de personalidade, no Eixo II; as condições físicas consideradas relevantes para o entendimento do paciente, Eixo III; os estressores psicossociais contributivos no desenvolvimento do distúrbio atual, Eixo IV; e, finalmente, o nível de funcionamento adaptativo geral (Eixo V), este último aferido pela Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) ¹.

No DSM-IV o TOC se insere no Eixo I, ao lado das psicopatologias mais clássicas, junto ao grupo dos chamados “transtornos de ansiedade”, por ser essa característica considerada como mais dominante, dentro dessa classificação das doenças mentais.

Nesse contexto nosológico, o quadro clínico do TOC é caracterizado basicamente pela presença de obsessões e compulsões. *Obsessões* são descritas

¹ Esta escala será mencionada posteriormente como parte dos procedimentos de seleção inicial da casuística deste trabalho.

como pensamentos, imagens ou impulsos recorrentes, persistentes e indesejáveis que produzem ansiedade ou desconforto significativo. O paciente vivencia tais pensamentos como sendo de natureza irracional, causando-lhe constrangimento contá-los a outras pessoas (SHAHADY, 1994). *Compulsões* são comportamentos voluntários, porém estereotipados e repetidos numerosas vezes, geralmente de acordo com certas regras, e sem finalidade útil, raramente proporcionando prazer (LOTUFO NETO ET AL, 1994); consomem muito do tempo do indivíduo, interferem em sua rotina de vida, ocupação, atividade ou em seus relacionamentos sociais (SHAHADY, 1994).

3.2. DESCREVENDO AS OBSESSÕES E COMPULSÕES

Este capítulo abordará os fenômenos de obsessão e compulsão, principais sintomas do TOC, descrevendo os diversos padrões encontrados na clínica; as notas de rodapé ilustrarão exemplos retirados de casos clínicos que constituem a casuística deste trabalho.

Segundo Lotufo Neto et al. (1997), *pensamentos obsessivos* são idéias, imagens ou impulsos que surgem repetidamente na consciência de forma estereotipada. Causam sofrimento ou repugnância porque se referem a temas obscenos ou de violência, ou porque são percebidos como irracionais, sem sentido, e contrários à vontade do indivíduo. A pessoa luta em vão para evitar esses pensamentos, embora os reconheça como próprios, diferentemente do que ocorre nos quadros psicóticos.

Do ponto de vista psicopatológico, ainda seguindo esse autor, os *pensamentos obsessivos* podem ser classificados quanto à forma, ao conteúdo e à consequência.

Quanto à forma, podem envolver:

- *dúvida*: dificuldade em acreditar que uma atividade ou tarefa foi realizada de modo adequado, ou indecisão quanto ao caminho a seguir. Por exemplo, um paciente manifestou indecisão durante duas sessões de contato com a psicóloga quanto a assinar ou não um termo de compromisso relativo à sua participação em uma pesquisa².
- *impulsos*: contrários à vontade, para realizar ações que são triviais, agressivas ou socialmente inadequadas. Por exemplo, um paciente com impulsos de introduzir objetos pontiagudos no ânus de pessoas que estão à sua frente³.
- *medo*: de perder o controle e realizar, inadvertidamente, um ato socialmente inadequado.

Quanto ao conteúdo, temos:

- *sujeira e contaminação. Exemplo: medo de contaminar-se por excrementos de rato*⁴.
- *agressividade e prejuízo, verbal ou físico, contra si ou terceiros, suicídio ou morte*⁵.
- *temas impessoais ou inanimados: contas, palavras, números*⁶.

² Vide seção 4.1.4, caso 15

³ Vide seção 4.1.4, caso 5

⁴ Vide seção 4.1.4, caso 6

⁵ Vide seção 4.1.4, caso 10

⁶ Vide seção 4.1.4, caso 1 e 11

- *bem-estar familiar, trabalho, etc.*⁷.

Quanto à consequência, as obsessões podem ser (op.cit.131 et seq.):

- *eliciadoras* de ansiedade, desconforto, repugnância ou culpa.
- *corretivas*, ou rituais cognitivos, que visam a aliviar ou compensar o desconforto causado por uma obsessão anterior. Por exemplo, repetir um pensamento a respeito de preocupações com o trabalho inúmeras vezes ⁸.
- *disruptivas*: idéias ou imagens que interferem na realização de pensamentos, raciocínios, ou ações que impedem a correção de uma obsessão ou ato compulsivo. Exemplo: uma palavra obscena ou imagem erótica durante uma confissão ou reza.

Já as *compulsões* consistem no comportamento repetitivo e intencional executado em uma ordem pré-estabelecida. A ação em geral não tem um fim em si mesma e visa a prevenir a ocorrência de uma situação com conotação ameaçadora para o indivíduo; todavia, essa relação lógica entre os dois eventos nem sempre existe. O ato compulsivo é precedido de uma sensação de urgência e de uma resistência que em geral é vencida e seguida por alívio temporário com a realização do ato. A pessoa em geral tem consciência de que tais atos são irracionais e não auferem prazer em sua execução, apesar de o ritual diminuir sua ansiedade (LOTUFO NETO ET AL. 1997).

Os autores (Op.cit, p 132 et seq.) classificam as compulsões, quanto à forma, em:

⁷ Vide seção 4.1.4, caso 14

⁸ Vide seção 4.1.4, caso 14

- *limpeza / descontaminação*: a pessoa lava repetidamente as mãos, roupas e objetos que tenham sido de alguma forma “contaminados”; ou toma banhos muito prolongados, seguindo determinada seqüência, com uso abundante de sabonetes, álcool ou desinfetante⁹.
- *verificação*: o indivíduo testa ou examina rapidamente, para estar seguro de sua correção, determinados atos ou circunstâncias¹⁰. Esse tipo de ritual visa a assegurar que nenhuma catástrofe irá ocorrer, sendo, portanto, de natureza preventiva.
- *repetir ou tocar*: este aspecto de repetição é particularmente acentuado em alguns casos, embora seja caracteristicamente inerente às compulsões¹¹.
- *rituais*: envolvem a repetição, de maneira precisa e seguindo regras arbitrárias, de um conjunto específico de comportamentos. Isso pode ser ilustrado com o caso de uma paciente que, ao fazer o trajeto do quarto em direção à cozinha de sua casa, tinha que se deter e dar três passos para frente e três para trás toda vez que passava pelo corredor de acesso¹². Esses atos constroem e dificultam enormemente a vida da pessoa, que se obriga a recorrer a manobras a fim de disfarçar suas idiossincrasias, ou a planejar seu caminho para evitar os rituais.

⁹ Vide seção 4.1.4, caso 7

¹⁰ Vide seção 4.1.4, casos 7, 11

¹¹ Vide seção 4.1.4, caso 2

¹² Vide seção 4.1.4, caso 11

- *simetria e ordem*: a pessoa coloca objetos em uma ordem pré-determinada ou de acordo com um padrão simétrico¹³.
- *coleccionismo*: implica juntar objetos, não jogar nada fora. Um paciente guardava em casa todos os tipos de material gráfico (revistas, jornais), não sendo capaz de se desfazer do mesmo a despeito dos argumentos contrários apresentados pela família ¹⁴.
- *lentificação*: não há rituais propriamente ditos, porém os atos são realizados de forma excessivamente lenta, tomando horas ao dia.

Dentro das compulsões, os autores colocam ainda os *comportamentos de esquiva* e os *comportamentos paradoxais*. Os primeiros surgem quando uma pessoa identifica os estímulos que desencadeiam suas obsessões, e passa a procurar evitá-los ativamente. Isso não sendo possível, desenvolve as compulsões, que visam a aliviar o desconforto eliciado. Os comportamentos paradoxais podem ocorrer em pacientes que apresentam rituais de limpeza, sob a forma de uma exacerbação da esquiva pelo fato de que, por vezes, os indivíduos acabam não permitindo que os objetos sejam tocados por outras pessoas, para evitar contaminações.

Em estudo realizado no Brasil sobre os aspectos transculturais desse quadro, Del Porto (1996) realça a universalidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, ao lado de uma relativa independência entre fatores culturais.

Complementarmente, Insel (1990), estudando a fenomenologia do TOC, afirma que os indivíduos podem variar quanto à apresentação dos sintomas ao longo do

¹³ Vide seção 4.1.4, caso 1 e 11

¹⁴ Vide seção 4.1.4, caso 14

desenvolvimento da doença. Isto é, num determinado ponto os indivíduos têm obsessões de contaminação, as quais podem posteriormente retornar enquanto dúvidas obsessivas e rituais de checagem, ou mesmo como uma síndrome obsessiva pura. Até mesmo o critério de ego-distonicidade – que expressa uma sensação de desconforto e conflito perante os sintomas e a personalidade do indivíduo - vem sendo considerado cada vez menos uma característica necessária no diagnóstico do TOC, (TORRES, 1994), cuja psicopatologia variaria bastante ao longo de um *continuum* de maior e menor *insight* (EISEN; RASMUSSEN, 1992).

3.3 DA IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DA QUESTÃO DIAGNÓSTICA

Nas últimas décadas tem havido um crescimento substancial no número de pesquisas voltadas tanto para um maior entendimento das características clínicas e patofisiológicas, como para a terapêutica do transtorno obsessivo-compulsivo.

Tal interesse provavelmente advém do fato de que, até duas décadas atrás, o TOC era considerado uma doença rara e de difícil prognóstico. Entretanto, essa perspectiva veio a mudar radicalmente com o levantamento *National Epidemiological Catchment Area Survey (ECA)*, um trabalho epidemiológico baseado numa amostra ampla de pessoas dos Estados Unidos, utilizando instrumentos e critérios diagnósticos padronizados. Os resultados desse estudo, surpreendentemente, sugeria que a prevalência populacional encontrada seria de 40 a 60 vezes maior do que a anteriormente estimada a partir de estudos clínicos anteriores (KARNO ET AL., 1988). Dentre as explicações colhidas para esse fenômeno (LOTUFO NETO, 1997)

estão: problemas amostrais (predomínio de pacientes internados e não-provenientes da comunidade) e a baixa especificidade do instrumento diagnóstico utilizado (BERNIK, 1997).

Em sua recente revisão sobre o problema do diagnóstico do TOC, (OKASHA, 2005) explicitamente se coloca a questão: “Por que não diagnosticamos o TOC mais freqüentemente?” Segundo o autor, a resposta a essa pergunta associa-se basicamente à própria natureza dissimulada dessa condição, em que se observa um longo tempo entre o início dos sintomas do TOC e seu efetivo diagnóstico.

Assim, o ocultamento da doença por parte dos pacientes (RAPOPORT, 1990), que acabam por fazer da mesma um tema “tabu“, é um elemento importante a se considerar quando se menciona a questão do diagnóstico, tratamento e prognóstico dessa patologia.

Rothenberg (2005) refere-se explicitamente ao fato de que o segredo mantido pelos pacientes sobre sua condição é um fator importante na subestimação da verdadeira incidência da doença. Complementa ainda que, embora o nível de evolução atual dos estudos teóricos sobre o TOC permita mais facilmente reconhecer esse transtorno, a presença de conflitos relacionados à dissimulação dos sintomas, à vergonha e negação dos problemas, por parte desses indivíduos, continua a influenciar a avaliação, o tratamento e a validade dos resultados das pesquisas.

Mais do que os de qualquer outro transtorno psiquiátrico, segundo Rothenberg (2005), os sintomas do TOC não são espontânea ou voluntariamente relatados pelos

pacientes aos profissionais de saúde, ou mesmo a familiares mais próximos, dado o temor de os pacientes sentirem-se desaprovados ao revelarem a doença. Esse autor considera, inclusive, que o segredo e os conflitos associados ao TOC tenham função própria na formação e perpetuação dos sintomas dessa patologia (Rothenberg, 2005), já que este contribui para um aumento ainda maior do gradiente de ansiedade do quadro.

Por outro lado, embora o advento de novas drogas e tratamentos psicoterápicos venha contribuindo para uma melhor precisão diagnóstica e um prognóstico mais favorável para essa doença, são ainda freqüentes casos com sintomatologia mais grave e resistente, mesmo empregando-se adequadamente os recursos diagnósticos e terapêuticos atuais (JENIKE, 1990b,1991,1994).

Principalmente nesses casos mais severamente comprometidos, além das alterações psicopatológicas envolvendo a freqüência, duração e intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, são observados prejuízos importantes no funcionamento pessoal e social e ocupacional dos pacientes. Na descrição de sua casuística, Rosenthal (2000), em pesquisa sobre TOC e personalidade em pacientes severamente comprometidos, descreve uma média da pontuação obtida por meio do Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown – YBOCS (GOODMAN et al.,1990) de 32 pontos, indicando nível de intensidade sintomatológica grave no que se refere ao tempo ocupado pelos pensamentos e rituais ao grau de sofrimento impingido aos pacientes. Na Escala de Impressão Clínica Global (CGI), inicialmente desenvolvida pelo *National Institute of Mental Health (NIMH)* de Maryland, Estados Unidos, (GUY, 1985), 8 entre 11 casos situaram-se no nível 6, caracterizando o estado corrente da

maior parte dos casos como “gravemente doente”; 2 incluíram-se no grau 5 (marcadamente doente) e um no nível 7 (doença mental extremamente grave). O prejuízo na adaptação psicológica e ocupacional desses pacientes foi representado por uma elevada pontuação (41 pontos) na Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) do eixo V do DSM-IV (APA, 1995). Observou-se também que todos os pacientes da amostra mantinham-se inativos profissionalmente (e/ou aposentados por doença) ou com muitas restrições - apesar de terem uma escolaridade de no mínimo segundo grau incompleto e de alguns já terem profissão definida na história pregressa.

Tais dados apontam para a importância da questão diagnóstica e terapêutica em torno dessa doença e para a necessidade de se continuar promovendo estudos mais sistematizados sobre esses aspectos do TOC. Ressalta-se que as dificuldades de detecção e de diagnóstico mais precoce da própria doença deixam os pacientes por um longo tempo à deriva e à mercê de intenso sofrimento subjetivo, além de mais sujeitos a prejuízos funcionais ligados a sua adaptação em diversas áreas de atuação na vida quotidiana e profissional.

3.4 HISTÓRIA DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DAS CONTRIBUIÇÕES INICIAIS À PSICANÁLISE E PERSPECTIVAS ATUAIS

Dos verbos latinos *obsidiare* (CUNHA, 1982), isto é, cercar, e *compulsare* (CUNHA, 1982), isto é, obrigar, compelir, originam-se os termos obsessivo e compulsivo, que se referem às características que definem essencialmente o quadro clínico dessa doença. O aspecto paradoxal dessa psicopatologia, ou seja, a presença de comportamentos estranhos ou bizarros pareados com a preservação da crítica e

julgamento sobre o próprio funcionamento; os “pontos cegos” levando a lacunas no processo diagnóstico; e, de modo geral, os problemas metodológicos há pouco aqui aludidos na questão epidemiológica, podem ser parcialmente compreendidos quando se observa a variabilidade de denominações nosológicas que o TOC recebeu ao longo de sua história.

Insel (1990) relata que essa doença é bastante antiga, tendo seus sinais e sintomas sido descritos pela primeira vez há pelo menos 300 anos. Analisando sob uma perspectiva histórica os relatos dessa síndrome e a diversidade de termos usados para defini-la, esse autor observa que, de certa forma, cada escola acaba por considerar como essencial e acentuar em sua definição uma ou mais das várias nuances que compõem sua psicopatologia. Considera, assim, que uma revisão dessas contribuições auxilia a visualizar um pouco mais da natureza complexa dessa condição psiquiátrica.

Seguindo, então, Insel (1990), vê-se que os ingleses, no século XVII, se referiam a *escrúpulos* e *melancolia religiosa* para descrever a aflição e culpa como sintomas proeminentes.

Os fenomenologistas franceses, com Esquirol (1837), e mais tarde Pierre Janet (1903), usavam diversos termos como por exemplo, loucura da dúvida, delírio de tocar ou psicastenia, para relacionar essa desordem com a dúvida patológica, e acentuar como aspecto psicopatológico central da doença a esfera da volição.

Dentre os clínicos alemães, Insel (1990) cita o psiquiatra e neurologista Westphal (1878), o qual considerava que a patologia básica era a emergência de pensamentos irracionais, ou tiques mentais. Westphal usou a denominação *insanidade abortiva* para

descrever o fenômeno e fazer uma distinção entre os limites desse tipo de pensamento e uma ideação caracteristicamente psicótica, ou seja, uma insanidade verdadeira. Para Insel (1990), essa é a descrição clínica que mais se aproxima daquilo que atualmente se denomina transtorno obsessivo-compulsivo, ou seja: uma desordem não-psicótica e calcada na ansiedade, cujos elementos sintomatológicos mais básicos são as obsessões e compulsões.

Dentro da psiquiatria alemã é ainda importante citar as contribuições do fenomenologista Jaspers (1979), que acentua nessa doença, além do papel da angústia, a dificuldade e necessidade do eu de resistir aos pensamentos intrusivos e obsessões, assim como o absurdo e a falta de sentido destes. O autor desenvolve essa questão psicopatológica na seguinte direção:

O eu deixa de ser senhor de suas escolhas, perdendo a influência sobre o objeto que pretende tornar conteúdo de sua consciência, de modo que este conteúdo persiste, mesmo contra sua vontade; e é quando o eu luta contra o conteúdo, que não pode afastar embora o queira, que este conteúdo adquire o caráter de obsessão psíquica.(JASPERS, 1979; p.161).

Ainda dentro de uma perspectiva histórica, vale reservar um espaço às contribuições de Freud para o entendimento da entidade clínica que denominou neurose obsessivo-compulsiva, já que essa sua visão persistiu pela maior parte do século XX. Freud retoma o termo “neurose”, proposto pelo médico escocês Cullen (1710-1790) em 1777, definindo esta não como advinda de fraquezas nas vias nervosas, como considerava Cullen, mas oriunda de toda uma dinâmica vivencial. Nesse caso, apoiado em *constructos metapsicológicos*, mais do que na *psicopatologia descritiva*, como o dos autores até agora mencionados, o enfoque principal desse autor repousa inicialmente na existência de um conflito intrapsíquico representado por um

interjogo entre forças provenientes de um *inconsciente dinâmico*, as quais incluem desejos, tendências instintivas e representações de objetos, em oposição a outras forças mentais, que contêm e barram a expressão comportamental daqueles elementos mais primários. (VAUGHAN e SALZMAN, 1996). A neurose, então, seria a via final comum, uma solução de compromisso entre instâncias mentais interditas e reprimidas, que surgiriam de forma disfarçada e simbólica por meio de sintomas. A neurose obsessivo-compulsiva se inscreve, portanto, dentro dessa perspectiva dinâmico-vivencial.

Muito bem descritos numa história clínica de Freud de 1909, conhecida como *Um caso de neurose obsessiva - o Homem dos Ratos* (1909) (FREUD, 1948a, p.214), estão os antagonismos entre desejos amorosos, tentações, proibições, impulsos agressivos e, por outro lado, dúvidas, noções de ordem e proibições. Essa configuração de conflitos assolava um paciente de 29 anos, o personagem principal do relato, e estava, conforme assinala Freud, na origem de suas representações obsessivas. Desvendando esses conteúdos ao longo da análise, Freud relaciona-os com a presença de sentimentos conflitantes em relação ao pai (complexo paterno), e conclui que as obsessões seriam respostas neuróticas de defesa frente a impulsos inaceitáveis dirigidos àquela figura.

Leckman (1997), além de rever historicamente as diversas definições de TOC e as diversas facetas que se vão revelando ao longo dessa análise, refere-se criticamente às classificações nosológicas mais recentes. Compostas a partir de descrições categoriais das doenças, nada mais seriam do que tentativas infrutíferas de simplificar essa rede complexa de fenômenos, de modo que a concepção do TOC como uma unidade conceitual trouxesse como resultado direto a perda da riqueza e diversidade dos elementos psicopatológicos presentes no quadro. Estende essa crítica às escalas

clínicas, como, por exemplo, a YBOCS (GOODMAN; PRICE, 1990), a despeito de considerar positivo seu papel coadjuvante no trabalho clínico de abarcar mais efetivamente a amplitude de sintomas que compreendem o TOC e de caracterizar operacionalmente sua gravidade.

Em função dessa sua tentativa de ampliar os limites impostos pelas atuais nosologias, Leckman (1997) busca, assim, uma definição de TOC que de alguma forma escape à redução sintomatológica presente nessas classificações. Assim, descreve essa doença como *uma patologia que envolve uma ampla gama de fenômenos que representam domínios psicológicos múltiplos, incluindo percepção, cognição, emoção, relacionamento social e diversos comportamentos motores (grifo nosso)*. Do ponto de vista desta pesquisa, essa definição permite a inclusão de fenômenos psicológicos e psicopatológicos não explicitados nas descrições sintomatológicas atuais.

Esse amplo espectro de variações e divergências atesta, portanto, não somente a natureza complexa do problema diagnóstico, e conseqüentemente do tratamento dessa doença, como também faz sentido quando se retoma o problema das questões nosológicas responsáveis pelas imprecisões epidemiológicas mencionadas anteriormente.

3.4.1 Neurose (transtorno), personalidade (caráter) e transtorno de personalidade obsessivos-compulsivos

Até a elaboração do DSM-III (APA, 1980), quando o termo “transtorno obsessivo-compulsivo” passou a ser utilizado nessa classificação de doenças mentais por não ter vínculos com teorias, “neurose obsessivo-compulsiva” era a designação utilizada para

esse distúrbio psiquiátrico. E, no próprio DSM-III, essa terminologia aparece ainda entre parênteses, ao lado da nova proposta. Para o psicanalista Goldstein (1985), os termos *neurose* obsessiva-compulsiva e *transtorno* obsessivo-compulsivo se equivalem.

Por outro lado, esse mesmo autor conceitua diferentemente esse transtorno e a *personalidade* ou *caráter* obsessivo no que tange a aspectos ego-distônicos, presentes no transtorno obsessivo-compulsivo, e ego-sintônicos, na personalidade obsessivo-compulsiva (Goldstein, 1985). Historicamente, num breve artigo intitulado *Caráter e erotismo anal* (1908), Freud descreve uma tríade de traços de personalidade particularmente pronunciados em alguns neuróticos: amor à ordem, que pode evoluir para um formalismo; parcimônia, que se transforma em avareza; e obstinação, que pode se tornar rebeldia. Mais tarde, Abraham (1970) aprofunda esse estudo, e, assim como Freud, assinala a presença de mecanismos comuns entre a neurose e o caráter obsessivo, não obstante enfatizando que estes não são exclusivos desse tipo de neurose.

De um modo geral, em uma perspectiva psicanalítica mais tradicional, diversos trabalhos (INGRAM M; 1961; INGRAM D., 1982) consideram caráter (ou personalidade) e neurose obsessivo-compulsiva como dois pólos dentro de um mesmo *continuum* (VAUGHAN, 1996), os quais podem ser alinhados em um espectro de diferentes severidades (GOLDSTEIN, 1985), porém com idênticos mecanismos subjacentes (SALZMAN, 1981).

No outro polo encontram-se autores, como Pollak (1979), que põem em cheque a idéia de uma relação de continuidade ou contigüidade entre o TOC e a personalidade

obsessivo-compulsiva. Esse autor observa não ser essa uma condição necessária e nem suficiente para o desenvolvimento do TOC, referindo-se à inexistência de evidências empíricas fortes para explicações de ordem etiológica a esse respeito. Rapoport et al (1981) e Insel (1982), na mesma direção teórica, consideram que sintomas e traços de personalidade obsessivo-compulsivos seriam independentes do ponto de vista diagnóstico. Para este último, pacientes com TOC teriam outros estilos de personalidade com maior frequência do que obsessivo.

Ainda é importante retomar o fato de que, com o intuito de dar maior ênfase aos aspectos da singularidade das patologias psiquiátricas, foi criado no DSM-III (APA, 1980) um eixo diagnóstico próprio para os chamados “transtornos” de personalidade, que no DSM-IV (APA, 1995) define dez tipos, dentre os quais o “transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo” (TPOC). Os critérios para o diagnóstico de “transtorno” de personalidade requerem que estes se refiram ao funcionamento corrente e em longo prazo no indivíduo, que não se encontrem restritos a episódios de enfermidade, e que possam causar uma alteração significativa do funcionamento social ou laborativo, ou em termos de mal-estar subjetivo. É importante ressaltar que o termo *transtorno* de personalidade no DSM-IV refere-se a *aspectos de personalidade e mecanismos de defesa proeminentemente não adaptativos* (APA, 1995, grifo nosso) No caso do TPOC, os principais **traços** ali descritos são: capacidade restrita para expressar emoções mais calorosas, perfeccionismo, insistência em que os outros efetuem as atividades como o próprio indivíduo determina e indecisão.

Concluindo, este trabalho considera que os termos *neurose* e *transtorno* obsessivo-compulsivo se equivalem, e que o conceito de *transtorno de personalidade*

implica alteração significativa no funcionamento do indivíduo, atributo que não cabe quando se refere às noções de *personalidade* ou *caráter obsessivo-compulsivo*.

3.5 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E CO-MORBIDADES

Em sua recente revisão sobre o diagnóstico do TOC, Okasha (2005) aporta evidências conclusivas no sentido de que o TOC apresenta alta co-morbidade com transtornos de depressão maior e de ansiedade, bem como de sintomas psicóticos. O autor brasileiro Ferrão (2004), em sua tese de doutorado analisando um grupo de 49 pacientes com TOC, observou que 85% deles apresentaram alguma co-morbidade psiquiátrica ao longo da vida, conforme diagnóstico realizado pelo DSM-IV. Nesse mesmo trabalho, o estudioso comparou os dados obtidos em um grupo de pacientes considerados como refratários a tratamento, a partir de diversas escalas e critérios médicos, com os de pacientes considerados como respondedores. Seu estudo verificou que 90,9% dos pacientes refratários apresentavam alguma co-morbidade, e que 80,8% dos respondedores apresentavam alguma patologia co-mórbida. Ora, sendo essa diferença estatisticamente não-significativa, esse autor supõe que tal condição possa se dever a fatores intrínsecos ao TOC.

Miranda (1999), em sua tese de doutorado sobre co-morbidade em TOC, comparou 42 pacientes com um grupo de controle normal. Verificou que os transtornos psiquiátricos presentes ao longo da vida e mais freqüentes entre os casos eram: depressão maior (57,1%), fobia específica (52,4%), fobia social (40,5%) e tique (19,0%) ao passo que nos controles os mais freqüentes foram fobia específica (33,3%),

depressão maior (19,0%) e tique (9,5%). Ou seja, pacientes obsessivos têm maior chance de apresentar depressão maior e fobia social tanto ao longo da vida como num determinado período do que indivíduos sem TOC.

Há diversos estudos sobre a co-morbidade entre TOC e transtorno de personalidade. No Brasil cita-se Torres (1994), que realizou estudo contrastando portadores de TOC com controles por meio do instrumento denominado Entrevista Estruturada para Distúrbios de Personalidade do DSM-III-R (SIDP-R); (Pfhol,B. et al.,1989). Este verificou como fator mais constante nos pacientes a presença de pelo menos um diagnóstico de transtorno de personalidade no grupo como um todo, sendo que o TPOC foi diagnosticado em apenas 17,5% dos casos. Os demais transtornos observados pelo autor foram: evitador, dependente, histriônico e paranóide. Jenike et al. (1994), estudando 43 pacientes com TOC refratário, refere que 32,6% desses casos preenchem os critérios do DSM-III (APA, 1980) para transtorno de personalidade “esquizotípico”, sugerindo que a presença desse diagnóstico seria elemento prognóstico negativo para diversos tipos de tratamento. Mais recentemente, Ferrão (op.cit, 2004) comparou pacientes refratários com respondedores a tratamento, por meio da SIDP-R, não observando diferenças significativas entre dois grupos com relação às variáveis presença e tipo de transtorno de personalidade.

Em seu capítulo sobre revisão do diagnóstico do TOC, Okasha (2005), sob o subtítulo de áreas abertas à pesquisa, menciona a necessidade de estudos adicionais para uma melhor compreensão da possível relação entre o TOC e variáveis de personalidade.

Vários teóricos, dentre eles Akiskal (1983), propuseram-se a organizar mais sistematicamente esse intrincado e complexo campo teórico, procurando compor um quadro teórico mais amplo a respeito das possíveis relações entre uma patologia psiquiátrica e distúrbios de personalidade.

Este trabalho se alinha com as idéias de Graham Foulds (1976), que apresenta cinco modelos abarcando as possíveis relações entre doença mental e problemas de personalidade. Resumidamente, no primeiro modelo, ambas as entidades são mutuamente exclusivas, isto é, e se o indivíduo é membro de uma classe, não pertence a outra. Esse era o método até algum tempo atrás assumido pela Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID). Nesse raciocínio, o transtorno obsessivo-compulsivo e a personalidade obsessiva obrigatoriamente teriam uma relação de independência entre si. No segundo modelo, a doença psiquiátrica necessariamente implica problemas de personalidade. No campo clínico esse modelo não se sustentou, visto que, sob condições de estresse, um indivíduo normal pode desenvolver um quadro desordens psiquiátricas. Alguns autores, entretanto, dão crédito total a esse modelo, e isso pode ser devido ao fato de estes não re-examinarem o paciente na fase de remissão do quadro – conforme coloca Foulds (1976). Já o terceiro modelo é o inverso do segundo, e propõe que todo indivíduo com problemas de personalidade necessariamente desenvolve doença mental. Esse modelo é o menos convincente na literatura mais específica sobre TOC e personalidade, em que, inclusive, alguns autores defendem o ponto de vista de que a personalidade obsessiva pode até mesmo impedir o aparecimento da neurose ou transtorno obsessivo-compulsivo (FENICHEL, 1997). No quarto modelo, mais nítido quando empregado no caso das neuroses, não se faria mais

uma distinção entre traços de personalidade e sintomas, ambos fazendo parte de uma mesma dimensão e diferindo apenas quanto aos graus de severidade. Esse ponto de vista se ajusta ao modelo psicanalítico mais tradicional, em que neurose e caráter obsessivo seriam parte de um *continuum*, com mecanismos subjacentes em comum (SALZMAN, 1981). Finalmente, o quinto modelo defendido por Foulds como teoricamente mais viável propõe que, embora problemas de personalidade e doença mental existam separadamente, pode haver uma ampla área de sobreposição entre os mesmos, de modo que, em uma parcela de indivíduos, essas entidades clínicas poderiam co-ocorrer, e, portanto, estes poderiam apresentar concomitantemente doença mental e problemas de personalidade.

Diversas formas de relacionar TOC e personalidade foram assinaladas acima, sendo a mais aceita por psicanalistas a idéia da continuidade e contigüidade entre essas duas entidades. De acordo com os dados até agora encontrados na literatura, este trabalho considera que o modelo mais viável parece ser o quinto modelo mencionado, em que as duas entidades existem separadamente, podendo também co-ocorrer.

SEGUNDA PARTE: O FENÔMENO OBSESSIVO-COMPULSIVO POR MEIO DO MÉTODO DAS MANCHAS DE TINTA DE RORSCHACH

3.6. A CRIAÇÃO DO PSICODIAGNÓSTICO E A EXPANSÃO DO MÉTODO: OS CINCO SISTEMAS E O SISTEMA COMPREENSIVO

Métodos e Resultados de uma Experiência Diagnóstica de Percepção (Interpretação de Formas Fortuitas) deveria ser o título original da obra desse médico nascido na Suíça em 8 de novembro de 1884, a qual, por sugestão de seu editor, recebeu o nome por que ficou conhecida até hoje: *Psicodiagnóstico*.

Filho de um professor de artes, Hermann Rorschach estudou Medicina em Zurique, Berlim e Berna, na época em que Freud desenvolvia suas idéias sobre o inconsciente. Em 1912 elaborou sua tese de doutorado sobre o estudo da relação entre alucinações e a percepção, abordando a questão da transposição de informações de uma modalidade sensorial para outra. A idéia de construir uma prova baseada na percepção e interpretação de borrões, no entanto, não é original do criador do *Psicodiagnóstico*. Há referências de que já Leonardo da Vinci (1452-1519) considerava que as manchas estimulavam a estimulação criativa e que, por isso, poderiam ser utilizadas na seleção vocacional daqueles que se candidatavam à carreira artística. De uma forma mais sistemática, Justino Kerner, em seu livro *Klektografien* publicado em 1857, estuda a imaginação das pessoas por meio da percepção de manchas de tinta. Posteriormente, encontramos referências a Alfred Binet e Victor Henri, na França, Rybakof, na Rússia, e Dearbor, nos Estados Unidos os quais, no final do século XIX,

desenvolveram estudos nos quais os borrões de tinta são utilizados como forma de acesso à imaginação.

O que é importante acentuar, todavia, é que o mérito do criador do *Psicodiagnóstico* não esteve na proposta em si da utilização de borrões enquanto instrumento de investigação do comportamento, mas no tipo de método de análise e interpretação das respostas que desenvolveu.

Enquanto seus antecessores se concentravam no estudo do conteúdo das associações às pranchas, Rorschach se mostrava mais interessado em classificar as características formais mais destacadas das respostas. Parece evidente (inclusive pelo tema de sua tese) que esse autor tinha conhecimento da literatura sobre os mecanismos e processos implicados na percepção, inclusive da obra dos gestaltistas – sobretudo de Wertheimer – que lhe permitiram diferenciar e estabelecer parâmetros para classificar os aspectos básicos da resposta.

Ao escrever sua monografia sobre a “interpretação de formas fortuitas” – subtítulo que Rorschach dá aos resultados de seu trabalho sobre o *Psicodiagnóstico* –, o autor adverte claramente que suas descobertas são preliminares, enquanto sublinha a necessidade de se realizarem investigações posteriores. No entanto, seu falecimento precoce o impediu de avançar mais nesse estudo, e, particularmente, no que se refere a determinados elementos dos borrões (sombreados e nuances), que apareceram durante a fase de impressão e edição das pranchas. Esses dois fatos contribuíram para que, no desenvolvimento posterior e expansão dessa prova, no eixo Europa - Estados

Unidos, linhas diferentes de classificação e de interpretação da prova de Rorschach tenham sido elaboradas.

David Levy foi o psiquiatra americano, que, por volta de 1920, levou a obra de Rorschach para os Estados Unidos. Em 1932, Samuel J. Beck supervisionado por Levy e pelo psicólogo experimental Robert Woodworth, propôs-se, como trabalho de tese, à padronização da prova de Rorschach para a população norte-americana. No mesmo ano Marguerite Hertz, com formação psicológica rigorosamente empírica, também trouxe importantes contribuições normativas para o método, particularmente no que tange a respostas de crianças.

A chegada ao poder de Hitler na Alemanha levou a novas direções na história da expansão do método de Rorschach. Bruno Klopfer, submetido a pressões políticas naquele país, e, após passagem por Zurique, onde teve contato direto com Jung, decidiu emigrar para os Estados Unidos em 1934. Com formação dentro dos parâmetros da psicanálise propôs-se a discutir novos rumos na classificação e interpretação das respostas (KLOPFER et al, 1954)

Essas diferenças tenderam a se transformar em um cisma teórico, no qual Hertz, a princípio desempenhando um papel mediador, também acabou por trilhar seu próprio caminho. Configuravam-se assim três sistemas independentes de análise, classificação e interpretação da prova de Rorschach, calcados na orientação teórica e vicissitudes práticas de cada um de seus criadores.

Nessa época, com a invasão da Alemanha à Polônia, Zygmund Piotrowski, investigador polonês associado ao Instituto Neuropsiquiátrico de Nova York, com

formação em psicologia experimental e interesse por pacientes com transtornos neurológicos, decidiu manter-se nos Estados Unidos e estudar como aqueles indivíduos reagiriam à ambiguidade dos estímulos propostos por Rorschach. Publicou seu livro *Perceptanalysis* (1965), no qual integrou seus conhecimentos sobre a interpretação da percepção a um sistema de utilização do teste. Assim apareceu um quarto enfoque, diferente e independente dos anteriores.

Mas antes mesmo de Piotrowski terminar seu trabalho, outra figura, também foragida da Europa em 1938, lança novas bases para a criação de um quinto sistema de interpretação do Rorschach. Trata-se do húngaro David Rapaport (1976), com orientação claramente psicanalítica, e fortemente influenciado pela obra de Henry Murray Jr. (1938) sobre projeção e sua relação com o estudo da personalidade. Mostrava-se particularmente interessado em estudar os processos de pensamento, em especial os patológicos. Incentivado pelo psiquiatra norte-americano Karl Menninger, organizou um amplo projeto para estudar a eficiência diagnóstica de diversos instrumentos de investigação do comportamento, inclusive o teste de Rorschach.

Assim se constata que, no período de 20 anos (1936-57), desenvolveram-se nos Estados Unidos cinco sistemas de Rorschach. Não eram absolutamente díspares entre si, porém, ao mesmo tempo, suas diferenças não podiam ser minimizadas, de modo que, em uma perspectiva mais realista, tinha que se considerar que não havia mais somente um, mas cinco testes de Rorschach.

No Brasil, e apoiando-se nessas diversas vertentes teóricas, Vaz (1986), Aniela Ginsberg, Anibal Silveira e Fernando de Villemor Amaral destacaram-se pela divulgação

do método e elaboração de pesquisas teóricas e normativas sobre o Psicodiagnóstico neste país (NASCIMENTO, 1993).

Assim, apesar da expansão do método e desenvolvimento de pesquisas, o prejuízo nas qualidades de confiabilidade e validade da prova se fez sentir devido à disparidade de procedimentos envolvidos, enquanto que críticas à falta de um sistema consistente, único e bem-fundamentado em termos de normas e padrões amostrais fizeram-se cada vez mais contundentes.

Foi atendendo à necessidade de atingir tais objetivos que, em 1968, a *Rorschach Research Foundation*, dos Estados Unidos, iniciou um primeiro projeto, visando a verificar qual dos cinco sistemas enunciados acima teria características de maior solidez empírica.

A partir de questionários enviados a clínicos filiados à *American Psychological Association (APA)* e à *Society for Personality Assessment (SPA)*, verificou-se que os usuários do Rorschach não se baseavam em um único sistema para codificação e interpretação das respostas, tendendo, em sua maioria, a incorporar características de vários deles, além de idiossincrasias da experiência clínica de cada um. Havia também dúvidas com relação à confiabilidade dos dados normativos e descrições estatísticas dos grupos.

Os esforços então se dirigiram a uma revisão sistemática e ampla de toda literatura experimental sobre o Rorschach. Isso incluiu desde um re-exame da monografia do autor do teste, no sentido de se resgatar seus pressupostos originais, passando por todos os avanços dos anos 60, teóricos e normativos, até se poder

valorizar os pontos de evidência mais sólidos e confiáveis de cada um dos cinco principais sistemas como base para elaborar um sistema compreensivo, amplo, único, psicometricamente seguro e de maior utilidade na clínica.

3.7 O PROCESSO DE RESPOSTA NA PROVA DAS MANCHAS DE TINTA DE RORSCHACH

3.7.1 A polêmica nomotético-ideográfica

A palavra “projeção” já estava presente em ciências como a física e matemática, e coube a Freud o papel de utilizar essa metáfora para se referir a mecanismos psíquicos, sem, todavia, elaborar uma teoria relacionando esse fenômeno a testes psicológicos. Segundo Anzieu (1972), esse termo foi introduzido em 1895, no trabalho *A Neurose de Angústia*, estando presente em sua obra com conotações mais ou menos amplificadas.

O uso do termo *métodos projetivos*, aplicado a uma variedade de provas que têm em comum a presença de estímulos relativamente não-estruturados ou ambíguos e instruções amplas, é atribuído a Frank (1939), que os definiu como métodos de estudo da personalidade em que se confronta o sujeito com uma situação a que ele responderá de acordo com o que esta significa si e como ele se sente quando responde. A prova das manchas de tinta de Rorschach foi incluída nessa categoria, e, por muito tempo, foi considerada representante de uma abordagem *idiográfica* da personalidade, em oposição à abordagem *nomotética*.

Coube a Hermans (1988) definir os métodos de investigação de personalidade de abordagem nomotética, como aqueles que se apoiam em questões objetivas, geralmente com respostas elaboradas sob forma de múltipla escolha, e em aferição dos resultados por meio da comparação com descrições estatísticas de grupos de referência normativos. As descrições de personalidade são construídas a partir de traços ou dimensões que variam em um *continuum*, ou conjunto de atributos básicos, que têm uma expressão mais direta ao nível do comportamento.

Há uma ampla variedade de instrumentos que podem ser incluídos nessa linha de abordagem, desde escalas clínicas com a função específica de aferir objetivamente a presença e o grau de severidade de alterações psicopatológicas particulares a uma determinada doença - como é caso da escala Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (YBOCS; GOODMAN; PRICE, 1990) ¹⁵ - até inventários mais amplos sobre traços, atributos, sintomas ou distúrbios de personalidade.

Em contrapartida, a abordagem idiográfica, identificada com a tradição clínica, baseia-se em métodos intuitivos e preconiza uma apreensão sintética e global do indivíduo, privilegiando os aspectos mais nucleares ou internos, inferidos a partir da avaliação qualitativa do comportamento ou de processos psicológicos. As descrições de personalidade são sindrômicas, visando à compreensão dos aspectos latentes do comportamento.

Entretanto, Weiner (1998) analisa criticamente essa questão de considerar ou não o Rorschach como um método projetivo, exclusivamente de abordagem idiográfica,

¹⁵ Esta escala será utilizada para selecionar a casuística deste trabalho.

e desenvolve esses pontos considerando as idéias do autor da prova e a posição do Sistema Compreensivo a respeito.

Para responder ao primeiro aspecto, Weiner (1998) lembra que, quando Rorschach colocou como subtítulo *Uma prova diagnóstica baseada na percepção* em sua monografia, este já estava estabelecendo um ponto de vista a respeito de como classificava este instrumento. Nessa perspectiva, o argumento é de que as respostas do Rorschach identificam características de personalidade, pois o modo pelo qual os sujeitos impõem características perceptuais à mancha espelha as maneiras pelas quais estes vêem e respondem a outras situações relativamente não-estruturadas em suas vidas. Acrescenta ainda que, apesar de Rorschach ter mencionado algumas vezes a importância do conteúdo de determinadas respostas como revelando aspectos do subconsciente e mais singulares do sujeito, deu ressalva a pesquisas empíricas com grupos clínicos normativos, e nunca chegou a denominar sua prova de *técnica projetiva*, no sentido que a palavra tomou posteriormente: ou seja, com ênfase nos aspectos idiossincráticos, e na natureza não-estruturada da tarefa e dos estímulos.

Seguindo esse raciocínio, o Sistema Compreensivo (EXNER, 1994; WEINER, 1998) propõe, então, que se reserve a conotação de projetivos aos processos do Rorschach que envolvem uma interpretação mais pessoal do estímulo, como é o caso das respostas de forma menos freqüentes ou distorcidas, ou às respostas com determinante de movimento, as quais trazem à tona ou revelam aspectos e elaborações mais particulares a um indivíduo.

Por outro lado, os elaboradores desse sistema não identificam o Rorschach como um instrumento exclusivamente idiossincrático, dando também o devido relevo aos aspectos nomotéticos, que envolvem o apoio da estatística descritiva e de elementos normativos (frequência das categorias de resposta), assim como as demais características e qualidades psicométricas (fidedignidade, precisão) dessa prova.

Weiner (1998) resume essa questão colocando o Rorschach como um instrumento que se apóia tanto na abordagem idiográfica quanto na nomotética. Define como seu objetivo básico a investigação de estilos de personalidade por meio de uma tarefa de solução de problemas, em que o indivíduo elabora respostas a estímulos compostos por aspectos mais e menos estruturados, os quais possibilitam o aparecimento de um componente projetivo, ou mais pessoal.

É importante ainda ressaltar que, para dar conta da instrução *O que isto poderia ser*, um elenco de numerosas operações e recursos cognitivos do indivíduo têm que ser mobilizados. Perry (1996) complementa que, embora haja múltiplas formas com que o indivíduo normal pode abordar o problema implícito na instrução, a amplitude de possibilidades fica reduzida no caso de indivíduos com problemas neuropsiquiátricos, o que torna o Rorschach um método sensível para se detectar a presença de alteração nos processos cognitivos nesses casos.

Esse autor norte-americano é um importante pesquisador do funcionamento mental de indivíduos portadores de patologias neuropsiquiátricas por meio da prova das manchas de tinta; embora considere a importância dos dados quantitativos, defende a idéia de que confiar estritamente na resposta final do indivíduo, sem levar em conta o

processo desenvolvido para se atingir tal resposta, pode levar a vieses ou distorções na interpretação final dos resultados dessa avaliação. Sugere esse pesquisador que um paciente poderia, por exemplo, dar uma resposta final aceitável, mas ao mesmo tempo estar fazendo uso de alguma estratégia de procedimento altamente patológica no desenvolvimento desse processo.

Para Perry (1996), uma orientação enfocada no “processo” tem a característica de ser centrada no sujeito - e não em sua resposta final - e, por essa razão, monitora mais eficientemente o fenômeno de resolução de problemas, já que enfatiza diretamente as estratégias e tipos de erros que o indivíduo pode apresentar. Afirma ainda que tal abordagem captura os elementos mais significativos dos elementos cognitivo-afetivos, analisando-os sob uma perspectiva qualitativa.

Assim, a prova das manchas de tinta de Rorschach pode ser conceitualizada com um desafio perceptual e cognitivo, o qual induz o participante a colocar em ação recursos cognitivos, perceptuais e afetivos, face à tarefa de organizar uma resposta a um problema abstrato, qual seja, a interpretação das manchas de tinta do Rorschach (PERRY, 1996).

3.7.2 As manchas de tinta vistas com prova de resolução de problemas

Rorschach (1942) considerava que a “interpretação das formas fortuitas” era uma atividade da esfera da percepção envolvendo trabalho intrapsíquico:

Ora, se podemos definir a percepção como uma assimilação associativa de engramas disponíveis (imagens recordação) a complexos de sensações recentes, podemos compreender que a interpretação de formas fortuitas surja como uma percepção, na qual o trabalho de assimilação entre o complexo de

sensação e o engrama é tão grande que por esta razão será percebida com trabalho de assimilação intrapsíquico. É esta assimilação intrapsíquica, equivalente imperfeita do complexo de sensações e do engrama, que dá à percepção o caráter da interpretação (RORSCHACH, 1961, p.17).

Ou seja, o autor do teste partia do princípio de que as pessoas sabiam que este se baseava em borrões; e que, por outro lado, só indivíduos muito limitados intelectual ou psicopatologicamente não eram capazes desse discernimento, e, em vez de *interpretar* os estímulos, formulando respostas ou associações, se restringiam a identificá-los simplesmente como manchas. Cattell (1951 *apud* WEINER, 1995), tentando explicar a situação dessa prova, assinalava que quando o sujeito está frente à tarefa pela primeira vez, tem que produzir algo que não está realmente lá, ou seja, deve *perceber erroneamente o estímulo*, e, por meio dessa percepção errônea, projeta algo de si.

Ora, quando se fala em *percepção errônea*, tal como coloca Cattell (1951, *apud* Weiner, 1995), pode ficar implícita a idéia de que o sujeito *não sabe* que se trata de uma mancha – idéia essa com a qual o próprio Rorschach não concordava.

Desenvolvendo esse raciocínio, Exner (1994) analisa o processo de resposta ao teste considerando que a pessoa *sabe* isso, e que, na verdade, a instrução “O que isto poderia ser?” do teste força o sujeito a “desidentificar” o estímulo” – ou seja, *converter a mancha em algo que realmente esta não é – dando origem a uma situação em que se tem que resolver um problema que exige uma certa violação da realidade, e, ao mesmo tempo, manter sua própria coerência pessoal* (grifo do autor). Ora, tais contingências criam uma situação de problema e conflito postos para o sujeito, a qual desencadeia

neste uma série de operações mentais que culminarão em tomada de decisões e emissão de respostas.

É interessante se acrescentar aqui a contribuição de um pesquisador da área da neuropsicologia, ciência que basicamente trata das relações entre cérebro e comportamento (GOLDBERG, 2002), o qual faz uma distinção bastante relevante, no tocante ao processo de resposta às manchas de tintas. O autor parte da idéia de que os denominados *testes tradicionais* – ou seja, aqueles baseados em resposta a questões diretas e objetivas, ou relacionados à *abordagem nomotética* – se apóiam na “*tomada de decisões verídica*” (op.cit. p.106) – isto é, envolvendo a escolha de apenas uma resposta, que é a correta. Em outras palavras, tais provas lidam com encontrar a verdade - como a de que a soma de um mais um só pode ter como resultado correto dois.

Goldberg (2002) conclui que as provas baseadas em um critério externo de certo e errado, como o dos testes tradicionais, seriam ferramentas pouco adequadas para se aferir as sutilezas presentes nas tomadas de decisão que ocorrem na *vida real*. Segundo o autor(2002), os problemas com que nos deparamos no cotidiano (mesmo os aparentemente mais simples, como a escolha de uma roupa para vestir) não têm uma resposta intrinsecamente correta; pelo contrário, implicam toda uma mobilização de recursos e esforços, cognitivos, conativos e afetivos, que por sua vez envolvem uma seqüência bastante longa de passos bastante complexa.

A resolução desses problemas envolve operações mentais como priorizações, valorações e escolhas, num processo que, assim como Exner (1999), Goldberg (2002,

p.107) chama de “desambigüizar a situação”, a qual por natureza é ambígua, fluída, ou mesmo vaga. Segundo esse autor, resolver ambigüidades significa reduzir a situação a uma questão que tenha uma única resposta correta. O procedimento de desambigüizar depende das prioridades do indivíduo num determinado momento, as quais podem mudar dependendo do contexto.

Ainda a esse respeito, Goldberg (2002) acrescenta que a incapacidade de reduzir a ambigüidades leva a um comportamento vacilante, incerto, inconsistente. Finaliza sua colocação alertando sobre os perigos da ambigüidade e lembra dizeres cunhados pelos antigos romanos como *Dura lex sed lex* (A lei é melhor que nenhuma lei)(op.cit. 107).

Goldberg interpreta aquela situação de desambigüizar como envolvendo uma “*tomada de decisão adaptativa*”(op. cit.p.106). Assevera que esse segundo tipo de tomada de decisão, bem como o problema de estabelecer prioridades e hierarquizações, tem sido ignorado nos testes tradicionais. Cita explicitamente a técnica de Rorschach como capaz de aferir os processos cognitivos relativos às tomadas de decisão *adaptativas*.

3.7.3 O processo de resposta nas fases de associação e de inquérito

Discutindo o papel da ambigüidade no Rorschach, Weiner (2000) considera, assim com Goldberg (2002), que há considerável ambigüidade na parte da associação livre do sujeito, uma vez que se pergunta a este: *O que isto poderia ser?* sem que

qualquer outra orientação seja dada sobre com fornecer sua resposta (op.cit, p. 21). Entretanto, defende que, particularmente na fase do inquérito, perguntas não-ambíguas induzem a tipos de resposta específicos.

Assim sendo, torna-se essencial, quando se analisa qualitativamente o processo de resposta às manchas de tinta de Rorschach, que se discriminem os processos mentais do examinando envolvidos na fase de associação e de inquérito.

O procedimento de aplicação do método de Rorschach envolve duas fases diferentes, tanto no que se refere a seus objetivos, como aos processos psicológicos subjacentes. Inicialmente o examinador deve esclarecer ao sujeito do que se trata a tarefa, dando uma explicação breve do tipo: *Eu vou lhe mostrar alguns cartões com manchas de tinta e quero que você me diga com o que se parecem para você* (EXNER, 1999, p.14, grifo do autor). Exner explica que as instruções foram planejadas para serem simples. Quando o examinador entrega ao sujeito o primeiro cartão, deve dizer: *O que isto poderia ser?*(EXNER, 1999, p.15). Tal instrução desencadeia na pessoa que busca atender a essa proposta uma série de operações cognitivas complexas, envolvendo múltiplos passos.

Ressalta-se que o processo de comando executivo dessa atividade, em toda sua seqüência, cabe ao indivíduo avaliado, que deve verificar se a instrução foi seguida e efetivada. A tarefa do examinador é passiva, isto é, restringe-se à apresentação dos cartões ou pranchas e ao registro das resposta. Sua intervenção deve ser a mínima, de modo a permitir a máxima estruturação do campo psicológico, segundo as variáveis

relativas ao testando e seu modo de organização mental face às demandas cognitivas implícitas na instrução.

Na fase do inquérito, o examinador pede que o probando indique onde viu a resposta e o que existe na mancha que faz com que esta pareça o objeto referido. O examinador desempenha um papel mais ativo, relendo as respostas dadas e certificando-se de que o indivíduo explicou e explicitou suficientemente o que lhe foi solicitado. Se necessário, coloca perguntas ou pede maiores esclarecimentos, para posteriormente poder codificar as respostas com maior precisão, ou seja, mais fielmente à forma como cada pessoa concebeu e construiu sua resposta.

Assim, em princípio, durante essa fase de inquérito, a tarefa está mais diretamente sob a responsabilidade do examinador, que então desempenha o papel principal no que concerne à condução da atividade. Cabe a este desenvolver as seguintes operações: 1. Analisar as respostas dadas pelo indivíduo, desenvolvendo ativamente hipóteses sobre os elementos envolvidos (localização, determinante, conteúdo, etc...); 2. Lembrar ao testando que ele deve indicar onde viu as respostas e explicar o que faz com que a mancha se pareça com os objetos referidos; 3. Solicitar maiores esclarecimentos, caso as explicações dadas não sejam suficientes; e 4. Tomar a decisão de terminar o inquérito, ao verificar que os elementos estruturais das respostas foram suficientemente esclarecidos e que estas podem então ser codificadas com segurança.

Entretanto, é necessário assinalar que, mesmo com a presença de metas precisas que orientam o examinador no cumprimento de sua tarefa do inquérito,

também uma constelação de funções está ativada para que o *indivíduo* possa fazer frente àquelas demandas.

Após ter sua resposta repetida pelo examinador, o probando deve dar explicações que satisfaçam as necessidades do examinador de precisar a localização, os determinantes, o conteúdo e os demais componentes da resposta. Esse processo requer que o indivíduo exercite sua capacidade de introspecção para relembrar seu percepto tal como o construiu durante a associação, ou seja, no momento da geração inicial da resposta à prancha.

A manutenção da atenção nesses processos mentais, o esforço introspectivo envolvido e a manutenção do programa de re-visão e re-análise presentes na experiência do inquérito também são frutos de ou põem em jogo habilidades cognitivas importantes.

Dificuldades ou alterações nesse âmbito, por parte do probando, podem ainda se refletir no cumprimento das metas que o próprio examinador se propõe a cumprir no inquérito, ou ainda exigir que este quem tenha que ser muito cuidadoso e criterioso em relação ao seu comportamento, de modo a intervir o mínimo possível na composição da resposta realizada pelo sujeito.

Cabe, então, aprofundar as várias etapas desse processo de resolução de problemas, para se aferir de que forma aspectos e estilos pessoais do indivíduo poderão transparecer a partir do momento em que é dada a consigna da prova.

3.7.4. As etapas da fase de associação, segundo Exner.

Exner (1994) inicia sua análise dessa questão a partir de experimentos em que verifica que, dependendo do tipo de instrução (ver o máximo de coisas, objetos menores, em maior ou menor tempo de exposição dos estímulos), do grau de incentivo e da própria relação com o examinador, a extensão do protocolo varia. Todavia, esta tende a ser maior do que a média de respostas na situação padrão de aplicação do teste (op cit, p. 33). Pergunta-se, então: “O que ocorre com as respostas potenciais, não (necessariamente) fornecidas ou verbalizadas pelo sujeito? O que pode estar influenciando sua seleção final e decisão?”.

Exner (1994) percebe a necessidade de se padronizar com maior rigor a instrução, e, por outro lado, de se entender quais fenômenos permeiam aquelas etapas do processo de seleção e decisão. Descreve, assim, as seguintes cinco etapas na construção da resposta pelo indivíduo:

1. O *processo de admissão (input)*, no qual ocorre a representação interna, na consciência, do campo estimular. Exner (1999) assinala que a decodificação dos estímulos visuais, em si, se dá muito rapidamente. Em contrapartida, ocorre um tempo de demora entre esse passo e a efetiva verbalização da resposta; portanto, que outros processos estariam presentes nesse período de tempo?

2. *Classificação dos estímulos, de suas partes, ou ambos*. Segundo refere Exner (op. cit, p. 36-37), uma vez produzida a entrada dos dados, estes se codificam e se armazenam disparando um processo de memória a curto prazo, tendo início então um processo de classificação. A memória a longo prazo do sujeito é usada como referência

para que este “desidentifique” certas partes do campo estimular (é uma mancha, mas com que pode parecer?), classificando-as como suficientemente semelhantes (ou não) a objetos conhecidos ou imaginados. Exner observa que algumas características das manchas têm maior valência no sentido de poderem pertencer a determinadas classes de objetos.

3. *Eliminação de respostas potenciais por ordenação hierárquica.* Como a instrução do teste deixa em aberto o número de respostas que a pessoa pode dar, estas parecem, em sua maioria, estar regidas por um princípio de economia, não se sabendo se por eficiência (escolher as melhores?) ou por defesa (apreensão? desejo de terminar logo a prova?). Isso significa que a média de respostas dadas sob condições de aplicação padronizada acaba sendo menor do que aquela sob condições experimentais mencionadas anteriormente. Outro aspecto que explicaria esse fenômeno de economia seria a presença de um fator de ordenação classificatória, como quando um indivíduo seleciona respostas dentro de uma determinada categoria de conteúdos: considera, por exemplo, que parece *mais* com um morcego do que com um pássaro ou mariposa.

4. *Eliminação por censura.* Vários estudos são citados por Exner sobre fatores que podem exercer um papel de censura de respostas às respostas potenciais ao teste. Dentre eles estão: o tipo de relação estabelecida entre examinador e sujeito, preconceitos com relação ao fato de estar sob uma situação de teste, ou juízos de valor sobre o grau de aceitação de suas respostas. Embora tais estudos não sejam conclusivos, oferecem certas pistas sobre o papel da censura, de modo que o processo de ordenação hierárquica pode situar certas respostas como altamente selecionáveis, e a censura atuar excluindo-as enquanto tais.

5. *Estilos e traços no processo de seleção e decisão.* As características psicológicas do indivíduo desempenham, segundo Exner (1994, p. 47) papel primordial na determinação de respostas que este vá emitir. Trata-se, explica ele, daquelas características pessoais que fazem com que um indivíduo seja relativamente coerente em muitas de suas operações psicológicas e condutas manifestas. Independentemente dos nomes dados a tais características – traços de caráter, hábitos, estilos, disposições psicológicas – estas representam um conjunto de elementos dominantes na personalidade que dão lugar a preferências condutais e à reiteração das maneiras pessoais de responder na vida.

Tais características individuais influem de forma particular em muitas das operações de decisão relacionadas com a maneira de se abordar situações e resolver problemas. Conquanto se entenda a instrução do Rorschach como uma demanda de resolução de problemas, compreende-se que as decisões finais do sujeito, em termos de qual resposta selecionar e verbalizar, sejam influenciadas por tais características. Exner entende, pois, que nas operações envolvidas no Rorschach, a tendência à reiteração do comportamento se manifesta criando uma maior probabilidade de que se selecione e emita certo tipo de respostas e não outras, que também se encontrariam potencialmente disponíveis.

3.8 OS ESTADOS PSICOLÓGICOS E PSICOPATOLÓGICOS: INFLUÊNCIA NO ESTILO DE RESPOSTA

Exner (1994) situa com clareza a questão da influência de variáveis e estados psicológicos, estáveis ou mais duradouros, sobre os hábitos ou estilos de resposta do indivíduo. Parte da idéia de que:

A estabilidade relativa de muitas características de personalidade e suas conseqüentes condutas depende, de certo modo, da estabilidade das condições de estímulo que as provoca. Em outras palavras, os hábitos ou estilos de respostas de uma pessoa são contingentes (op.cit. p. 51).

Assim, certos tipos de conduta têm maior possibilidade de ocorrer sob determinadas condições de estímulo, que envolvem tanto *os elementos externos quanto os internos*. Ora, mudanças de comportamento podem ser resultados de mudanças no estado psicológico do indivíduo, que variam desde um aumento ou diminuição de necessidades ou emoções, passando uma experiência inesperada de estresse, até o aparecimento de diferentes estados psicopatológicos. Estes podem ter efeito de indução de novas condutas, que se integram às inclinações anteriores, ou as substituem. Em alguns casos, essas novas condutas podem variar ligeiramente, como no caso de um ligeiro aumento de ansiedade em uma pessoa usualmente tranqüila, ou de uma maneira mais marcante, como quando um indivíduo sofre um ataque de pânico intenso.

Se as respostas no Rorschach podem ser consideradas como um conjunto de amostras de condutas de resolução de problemas, por conseguinte, se existe um estado psicológico que altere o funcionamento do sujeito, ou se ache incorporado ao mesmo, tal estado pode também influenciar a seleção de variáveis emitidas durante

a prova. Por exemplo, há pesquisas indicando que determinadas variáveis têm fidedignidade teste-reteste muito baixas, tanto sob intervalos longos como curtos, como é o caso dos determinantes de movimento inanimado, *m*, e o de sombreado difuso, *Y*. A investigação, discute Exner (1994), tem mostrado que ambos se referem a um estresse, ou a características instáveis.

Exner (1994) refere-se ainda a estados psicológicos que podem deixar uma marca mais duradoura na estrutura básica da personalidade. Muitos estados psicopatológicos apresentam tais características, e, da mesma forma que interferem num âmbito variado de comportamentos, também influenciam a seleção de respostas ao Rorschach. Cita o caso das depressões graves ou crônicas, que, dentre outras alterações, levam a um aumento de conteúdos envolvendo morbidez, representados pelo código MOR.

Enfatiza ainda o autor que, à medida que se prolonga o estado de depressão, sua influência aumenta, e quanto mais grave é, maior seu impacto sobre a tomada de decisões. Por outro lado, à medida que o estado se dissipa, também o faz sua influência sobre a seleção de respostas ao Rorschach.

Assim, este trabalho conclui que o estado psicológico da pessoa submetida ao Rorschach contribui para a seleção final das respostas que esta emita, e que sua influência será proporcional tanto à intensidade do seu impacto sobre o indivíduo, como à continuidade e duração do estado ou alteração psicopatológica presentes.

Analisando mais amplamente essa questão, Tyrer et al. (1986) deixam claro que o problema da fidedignidade se torna mais complexo quando se trata de doenças

mentais crônicas ou de início precoce, como é caso do transtorno obsessivo-compulsivo, em que o limite entre a personalidade pré-mórbida e a doença é extremamente sutil.

Nesses casos, as conclusões sobre estudos do tipo transversal são restritas, e os resultados não podem ser aplicados às condições pré-mórbidas de personalidade (TORRES, 1994).

3.9. O FENÔMENO OBSESSIVO-COMPULSIVO E O RORCHACH: A LITERATURA

Em sua maioria, as pesquisas existentes até hoje relacionando as duas variáveis acima mencionadas dificilmente trazem elementos conclusivos, e isto se deve a problemas metodológicos importantes que dificultam a generalização das informações obtidas pelos diversos autores.

O primeiro deles é que a interpretação dos dados remete a sistemas de codificação de interpretação no Rorschach que, conforme visto aqui, são diversos (seção 3.6).

Além disso, alguns trabalhos nem sempre explicitam o tipo de definição de transtorno obsessivo-compulsivo a que se referem, sendo que, em certos casos, esse diagnóstico não é diferenciado do de caráter anal e de transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade (seção 3.4.1).

Este trabalho ainda salienta a importância de um olhar sobre o histórico sobre essa doença, a respeito da qual diferentes estudiosos marcaram aspectos

psicopatológicos diferentes (seção 3.4). O aspecto multifacetado e heterogêneo dessa complexa patologia e a presença elevada de problemas co-mórbidos (seção 3.5) são outros aspectos implicados que devem ser levados em conta na realização e análise de pesquisas sobre TOC e Rorschach.

A necessidade de utilizar referenciais diagnósticos mais atuais, assim como de descrever o grau de severidade do quadro também são elementos importantes a serem observados. Vale lembrar que a interferência dos estados psicológicos pode deixar uma marca mais duradoura na estrutura da personalidade, isto é, assim como interferem num âmbito variado de comportamento, também influenciam a seleção de respostas ao Rorschach. Exner (1994) afirma que sua influência será proporcional à intensidade do impacto sobre o indivíduo, bem como à continuidade e duração do estado ou alteração psicopatológica presentes (seção 3.8).

Feitas estas considerações, pode-se verificar que o TOC já foi objeto de estudo do próprio criador do Psicodiagnóstico, que deu bastante ênfase ao que denominou de “tipo de vivência”, que influencia inclusive a “escolha da neurose”, e vice-versa (Rorschach, 1961). Mais especificamente, o autor associa o tipo de vivência ambigüal à “neurose compulsiva”: se o indivíduo estiver mais próximo do lado introversivo, sofre de “fantasias compulsivas”; se estiver do lado oposto, extratensivo, apresentará principalmente “movimentos compulsivos”. Aqueles pacientes que se situarem exatamente no centro serão os “céticos e meticolosos compulsivos” (Rorschach, 1961). Ao longo de seu livro, cita ainda outras características dos obsessivos, tais como: repressão dos afetos e tendência a autocontrole excessivo, representados por reações

de choque à cor vermelha e pelo aparecimento de uma elevada porcentagem de respostas determinadas pela forma da mancha.

Não é possível aferir mais claramente quais os critérios diagnósticos de que se utilizou, porém fica claro que não faz distinção entre neurose e caráter ou personalidade obsessivo-compulsivo, dificuldade esta encontrada nos outros trabalhos a serem aqui revisados.

Piotrowski (1965) oferece contribuição importante no que se refere à análise qualitativa do processo de resposta às manchas de tinta de Rorschach. Embora valorize o aspecto estrutural, preocupa-se em identificar sinais mais sutis de alteração no funcionamento cognitivo que não são usualmente detectados em um protocolo.

Registra, assim, alguns sinais de obsessividade e rigidez que podem se evidenciar na elaboração da resposta. Um deles é criticar o próprio percepto imediatamente após tê-lo produzido, como por exemplo: “Parece uma borboleta, mas as asas não são bem assim, o corpo está muito pesado, e tem esses buracos”. Outro é a dificuldade de decidir com que a mancha se parece. Assinala que uma “obsessividade muito forte” se caracteriza quando o sujeito dá muitas respostas para uma mesma área. Considera-as meramente possibilidades remotas, dentre as quais não consegue optar por uma final, muito embora tenha a sensação de que apenas uma resposta deveria ser dada, e que as demais são “erradas”. Um terceiro sinal consiste na elaboração meticulosa do percepto principal, porém pouco imaginativa e repetitiva, e sem acrescentar detalhes novos a essa resposta. Piotrowski também observa que esses sinais refletem insegurança e hesitação

e acompanham a rigidez, a qual é maior ainda quando também estão presentes a perseveração e um rebaixamento do funcionamento intelectual.

A despeito da riqueza dessa contribuição, novamente se verifica que Piotrowski não se preocupa em deixar claro se tais alterações remetem a um transtorno obsessivo-compulsivo, à personalidade ou a aspectos de caráter obsessivo, ou ainda se são exclusivos de alguma patologia mental em particular.

Rapaport (1976), psicólogo da Clínica Menninger, estudou por meio de uma ampla gama de testes, entre eles o Rorschach, pacientes de diversos patológicos, inclusive os “neuróticos compulsivos-obsessivos”. No entanto, não se aprofunda sobre os critérios usados no diagnóstico desses pacientes, realizado pelos psiquiatras daquela clínica e nem sobre o grau de severidade de seus sintomas. Apenas ressalta que se limitaria a descrever as categorias quando estas diferissem da “nosologia corrente”. Menciona somente que foram excluídos de sua amostra pacientes com desordens de “caráter”, citando como exemplo psicopatia, infantilismo e neuroses de caráter (op. cit. p. 27). Com relação às descrições do grupo de compulsivos-obsessivos por meio do Rorschach, verifica-se que o autor procura alinhar características que considera como mais marcantes e gerais da amostra, embora também faça diferenciações importantes, anotando que “o grupo de compulsivos-obsessivos abarca distintas classes de casos” (op. cit. p. 259); ou seja, este não constitui um grupo homogêneo.

Dentre os aspectos mais freqüentemente observados no grupo, Rapaport (1976) cita: produtividade ideacional elevada (número de respostas superior à média),

destaque de áreas inusitadas da mancha (em 13% das respostas), soma elevada de M (respostas de movimento humano), superior à soma cromática, além do aparecimento do que denomina de respostas “fabulizadas” (distorcidas perceptualmente). Assinala que a presença de traços que denomina de “rígidos-compulsivos” pode ser identificada por meio de uma frequência elevada de respostas determinadas pela forma, e pelo grande presença de respostas de cor em que predomina a forma (FC: forma-cor). Menciona ainda o aspecto da nitidez do tipo compulsivo, que transparece na presença de muitas respostas que denomina de “F especial” (respostas ricas e bem descritas do ponto de vista da forma, e também na elevada qualidade formal (respostas bem vistas, que se coadunam com a mancha).

Ao mesmo tempo, e a despeito de ter levantado a presença desses aspectos mais usuais nos protocolos, Rapaport (1976) descreve diferenças importantes no perfil de personalidade entre os indivíduos. Categoriza subgrupos, dentre os compulsivos-obsessivo, a partir dos critérios: a) porcentagem de respostas de formas bem e mal vistas e b) número de respostas de movimento humano: elevado implicando na presença de obsessões e dúvidas; rebaixado, com respostas de forma bem vista diminuído, numa configuração plenamente neurótica e obsessiva. Observa-se que os termos que Rapaport (1976) utiliza são amplos, e envolvem diferentes elementos psicopatológicos do TOC, como “*dúvidas*” ou “*configuração neurótica e obsessiva*”.

É importante ainda a menção a um autor europeu, Edwald Bohn (1979), com orientação dentro da linha suíça, cujo livro sobre o psicodiagnóstico de Rorschach traz contribuições importantes do ponto de vista do diagnóstico diferencial de quadros psiquiátricos. Este pesquisador procura permear descrições de variáveis do Rorschach

com teorias psicopatológicas e psicológicas (da psicanálise) a respeito de cada doença. Essa posição teórica fica implícita quando compara a neurose com o caráter obsessivo, afirmando que “em geral, o caráter obsessivo difere apenas *quantitativamente* da neurose obsessiva (...); a estrutura é a mesma (...), o quadro [neurótico] é mais rico em sintomas” (op.cit p. 288).

Posteriormente, Coursey (1984), utilizando a metodologia de Rorschach, abordou mais especificamente os aspectos de conteúdo e mecanismos de defesa em 15 pacientes com desordem obsessivo-compulsiva. Verificou a emergência de conteúdos hostis, agressivos e orais em suas verbalizações, ao lado de tentativas de neutralizá-los por meio de reações de embaraço, vergonha, ou do uso de defesas mais clássicas como anulação e negação. Interpretou esses achados no sentido de corroborarem especificamente as hipóteses de alguns psicanalistas, para os quais impulsos sádicos e anais representam o componente central dessa desordem. Observou ainda que, embora o diagnóstico de esquizofrenia estivesse excluído, 20% das respostas apresentavam algum tipo de distúrbio formal de pensamento. As formulações de Coursey (1984) são compatíveis com as de Rapaport (1976), que também mencionava a presença de respostas “fabulizadas”, as quais apresentam essa conotação diagnóstica de alterações cognitivas em pacientes compulsivos.

No Brasil, o psicólogo Cícero Cristiano Vaz (1986), em sua segunda edição de um livro sobre o método de Rorschach, parte do levantamento de 220 protocolos e se baseia nos diagnósticos do DSM-III (APA, 1981) para nortear a seleção de sua casuística. Procura, quando possível, relacionar a interpretação dinâmica das variáveis do Rorschach com os critérios descritivos acima citados. Inclui em seu estudo pacientes

classificados como “transtorno neurótico obsessivo”, e descreve uma configuração geral do grupo muito semelhante à dos outros autores anteriormente citados, ou seja, número de resposta elevado, porcentagem de respostas de forma (F%) elevada, diminuição das respostas globais e presença de detalhes inusuais, incluindo ainda aumento de respostas de forma indefinida ou vaga e a presença de confabulação, como Rapaport (1976) e Coursey (1984). Acentua, todavia, que essa última característica seria um dos principais sinais de “transtorno neurótico”, mas não especificamente do grupo dos obsessivos.

Exner (1994), propôs-se a desenvolver investigações sobre o que denomina de estilo obsessivo (*OBS*), elaborando a partir destas uma constelação de fatores para mensurar esses traços, ou seja, o “índice *OBS*”, composto por variáveis que diferenciaram grupos de indivíduos com traços e sintomas obsessivo-compulsivos (*OBS* elevado) e pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e depressão (nenhum *OBS* positivo).

Rosenthal (2000), estudando um grupo de onze pacientes com diagnóstico de TOC e avaliados por meio de escalas objetivas como severamente comprometidos e inabilitados, analisou a presença da chamada “constelação obsessiva”, definida e aferida por meio do método das manchas de tintas de Rorschach segundo a proposta de Exner (1999). Verificou a ausência desse índice – associado a traços de perfeccionismo, minuciosidade, superincorporação de informações, esforço conativo elevado e apego a comportamentos convencionais - naquele grupo de pacientes gravemente comprometidos. Esse achado foi corroborado por Antunes (2004) em sua tese de doutorado na qual, por meio do Rorschach, comparou 30 pacientes

diagnosticados com TOC com um grupo controle de 30 indivíduos e, dentre outros elementos, detectou a ausência desse índice na totalidade dos casos.

Em abordagem exploratória dos protocolos, Rosenthal (2000) levantou, dentre outros dados positivos, a presença de alterações no funcionamento cognitivo-afetivo observadas devido à elevação do número de respostas contendo os denominados “*Códigos Especiais*”. Segundo Weiner (2000) essa presença elevada dos *Códigos Especiais* envolve a perda temporária ou mais prolongada da capacidade de pensar logicamente, de modo que os indivíduos tendem a raciocinar de modo arbitrário, formulando suas idéias de modo pouco coeso e provocando divagações irrelevantes que prejudicam o processo de resolução de problemas tal como é proposto na instrução da prova.

Quando comparou pacientes com TOC e normais em seu estudo caso-controle, Antunes (2004) trouxe contribuições importantes ao descrever seus achados obtidos na fase exploratória de sua pesquisa. Verificou diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis: *Soma dos Códigos Especiais*, *Soma Ponderada dos Códigos Especiais* e respostas de *Nível 2*, dentre outros aspectos. Os dois primeiros índices revelam alterações no pensamento mostrando a presença de processos ilógicos, incoerentes, fusionados e indiscriminados que constituem dificuldades de personalidade que interferem no ajustamento psicológico. As respostas de *Nível 2*, conforme define Exner (1999), diferenciam-se daquelas que se inserem no *Nível 1* no que tange ao grau de desorganização, mais branda e moderada nesse nível e refletindo formas mais sérias de desorganização nos casos codificados como *Nível 2*. Essas contribuições de

Antunes (2004) foram importantes no sentido de fundamentar com mais base o foco de desta pesquisa e a seleção das variáveis a serem estudadas.

Vale ainda citar um estudo recente, realizado no Hospital da Universidade Nacional de Seul, na Coreia, que traz nova forma de identificar subtipos dentro da classificação de TOC. Desenvolvida por Lee, H.-J e Kwon, S.-M. (2005), a pesquisa visou a estudar desordens de pensamento em pacientes com TOC por meio do Sistema Compreensivo de Exner. Os protocolos foram classificados na base do consenso por pares de examinadores, cegos para as hipóteses de pesquisa. Em sua proposta de subtipos no TOC, após diagnosticar essa patologia de acordo com o DSM-IV, os autores propõem que se classifiquem os fenômenos obsessivos em dois subtipos: a) autógenos, envolvendo obsessões mais bizarras, ameaçadoras, repulsivas e com conteúdo sexual, agressivo ou religioso, e b) reativos, referindo-se a obsessões, impulsos e imagens que tem um caráter menos ameaçador, e envolvem conteúdos mais realistas, como contaminação, erros ou assimetrias, por exemplo. Compuseram dois grupos de pacientes que se diferiam quanto a essa variável (15 indivíduos com obsessões autógenas, e 14 com obsessões reativas). Adicionalmente, dois outros grupos foram formados: o de pacientes portadores de esquizofrenia e o de pacientes com outras desordens de ansiedade. Observaram que os esquizofrênicos e os do grupo de obsessões autógenas apresentaram mais desordens de pensamento do que os indivíduos dos demais grupos.

Assinala-se que Lee, H. -J., & Kwon, S.-M. (2003) partem da perspectiva de que os sintomas obsessivo-compulsivos podem ser apreendidos como condição psicótica, e com alterações de pensamento similares .

A seção 3.4. deste trabalho mencionou autores que historicamente inseriram o TOC no limiar de uma psicose, propondo denominações compatíveis com essa perspectiva (Insell, 1990), como é o caso de Wesfall (1878). Este se refere ao TOC como “insanidade abortiva” para diferenciá-lo de uma verdadeira insanidade, ou seja, da psicose. Similarmente, outros autores, como Coursey (1984), utilizando o método de Rorschach, também assinalam a presença de alterações de pensamento em pacientes com TOC, ressaltando terem excluído da amostra pacientes esquizofrênicos” – ou seja, indiretamente indicando a associação dos achados com esta última patologia.

Esta pesquisa utiliza como referência a classificação do DSM-IV (APA. 1995) tendo em mente a ressalva feita por Insell (1990) de que o fato de esta considerar o TOC como entidade única pode limitar percepção da riqueza e diversidade psicopatológica encontrada nessa patologia quando se faz uma leitura histórica de seu desenvolvimento conceitual.

Retomando a questão do TOC visto sob a mira das provas de manchas de tinta de Rorschach, inclui-se aqui a colocação de Weiner (2000) a esse respeito. O autor assinala que a futura utilidade dos achados no Rorschach em diagnosticar outras condições clínicas dependerá do delineamento de características de personalidade que são razoavelmente específicas a cada quadro. Ressalta que a recíproca é verdadeira, ou seja, quanto mais se puder aprender sobre aspectos da dinâmica e estrutura de personalidade que contribuem ou são determinados por cada tipo de condição clínica, mais efetivo será o Rorschach em diagnosticar essas patologias.

É frente a estas perguntas e contradições que emerge a importância de se estudar sistematicamente a presença de estilos ou de aspectos afetivo-cognitivos de personalidade em pacientes com TOC. Isso, a partir de instrumento de investigação padronizado e seguro psicometricamente, como o Rorschach, aferido de acordo com Sistema Compreensivo.

Além disso, dadas as questões metodológicas já mencionadas, há que se considerar a necessidade de focalizar um grupo de pacientes homogêneo quanto ao diagnóstico psiquiátrico, mas diferindo quanto o grau de severidade do quadro, evolução da doença e funcionamento social geral - além de avaliado por meio de instrumentos e critérios explícitos e objetivos.

Uma melhor compreensão diagnóstica sobre estes pacientes mais criteriosamente selecionados é importante no sentido de abrir possibilidades para uma interferência mais incisiva no âmbito da abordagem e do planejamento terapêutico, levando-se em conta os aspectos de personalidade.

Como já ponderado anteriormente, apesar de um delineamento metodológico transversal não permitir abstrações a respeito da personalidade pré-mórbida desses pacientes, uma pesquisa qualitativa e mais aprofundada, baseada nos princípios de um estudo de caso (Cawley e Tarsh ,1994), em que diversas fontes de informação são consideradas, tem particularmente a contribuir nos processos de investigação de indivíduos com uma história de doença longa e crônica como o TOC. Isso porque, neste, a relação entre a síndrome clínica principal e os traços ou estilos de funcionamento cognitivo-afetivo é bastante complexa (TYRER, 1986).

4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tanto a conceituação básica como as descrições clínicas do quadro seguiram os critérios diagnósticos propostos pelo DSM IV, eixo I. Quanto à casuística (seção 4.1), primeiramente o estudo comenta sobre os instrumentos utilizados para seleção dos pacientes. Segue-se a composição da amostra e os pontos de corte para a divisão em grupos grave e leve (seção 4.1.2). Os elementos sócio-demográficos relativos a cada grupo seguem nas Tabelas 1 e 3 (seção 4.1.3). Os escores dos pacientes com TOC grave e leve nas escalas clínicas selecionadas constam das Tabelas 2 e 4.

A seção 4.1.4 traz os dados de anamnese, sintomatologia, evolução e tratamento de cada um dos 15 casos graves objeto deste estudo.

A seção 4.2 aborda os instrumentos utilizados na pesquisa e o método das manchas de tinta de Rorschach será pormenorizado na seção 4.2.1.

A seguir, o estudo focaliza os Códigos Especiais, ou sejam, as variáveis selecionadas para este trabalho (seção 4.2.1.1).

Finalmente, o procedimento e a ética concernentes a esta pesquisa são apresentados (seção 4.3).

Os resultados quantitativos quanto às variáveis de estudo submetidos à análise estatística são apresentados na seção 5.1.

Para se compreender melhor a expressão dos índices obtidos na amostra dos pacientes, optou-se pelo estudo *qualitativo* do processo de resposta às manchas de

tintas, seguindo-se a orientação de Weiner (2000) quanto à forma de apresentação dos casos e as ressalvas e restrições por ele consideradas (seção 5.2). São apresentadas as transcrições das respostas das fases de associação e inquérito acompanhados pela análise qualitativa de casos de TOC grave acima da média grupal (seção 5.2.1), abaixo da média grupal (seção 5.2.2) e mais próximos à média grupal (seção 5.2.3). Um caso de TOC leve com resultados acima da média grupal é apresentado ao final.

Os casos apresentados neste trabalho não têm o intuito de constituir estudos de caso ou avaliações psicodiagnósticas, nem são utilizados para demonstrar a validade das inferências no Rorschach. Eles têm o papel de ilustrar, por meio dos protocolos de Rorschach, os mecanismos e processos cognitivo-afetivos mais significativos no grupo de pacientes com TOC grave e leve. Os estudos de caso, se adequadamente realizados, exigem informações detalhadas sobre os problemas apresentados pelo indivíduo, histórico de desenvolvimento, antecedentes familiares e contextos social e pessoal correntes. As avaliações psicodiagnósticas implicam a utilização de baterias de instrumentos de avaliação selecionados em função das hipóteses de diagnóstico que devem ser investigadas e envolvem o uso de instrumentos estruturados bem como relativamente não-estruturados, todos integralmente interpretados. Por outro lado, demonstrações convincentes da validade das inferências do Rorschach exigem sua comparação sistemática com dados de outros testes, eventos conhecidos da vida dos sujeitos e relatórios fidedignos sobre seu comportamento em vários tipos de situações.

Essas não são as metas deste trabalho. A inclusão de tal tipo de discussão limitaria consideravelmente o número e a diversidade dos protocolos que poderiam ser apresentados, assim como os tipos de pessoas e problemas psicopatológicos que

ilustram. Por esse motivo, optou-se pela apresentação dos casos sob uma abordagem ilustrativa em vez de uma abordagem de estudo de caso, psicodiagnóstico ou validação.

Nesta pesquisa, a análise qualitativa do processo de resposta visou a abordar os aspectos mais evidentes dos protocolos no que tange às hipóteses e variáveis relacionadas à mesma. As categorias ou os focos principais do funcionamento afetivo-cognitivo de cada caso emergiram *a posteriori*. Ou seja, foram sendo gerados e engendrados durante / após o próprio processo da análise quantitativa e qualitativa, quando já havia elementos suficientes para tal.

Os casos discutido no trabalho não pretendem fornecer uma descrição completa da personalidade dos sujeitos, tampouco documentar a precisão das interpretações apresentadas, muito embora, em alguns casos, sejam ressaltadas ligações particularmente evidentes entre os dados que emergem dos protocolos e aspectos psicopatológicos relativos ao quadro clínico e/ou eventos da dinâmica ou da vida do sujeito.

Ainda com relação à abrangência deste trabalho, as discussões de caso e as análises feitas não pretendem abordar todos os aspectos significativos dos dados estruturais, temáticos e de comportamento presentes, limitando-se a um foco relativamente seletivo. Assim, é possível que deixem de ser apreciados diversos elementos que um clínico experimentado considerasse importante e relevante para o caso em questão.

Transcendendo essas divergências de foco ou de ênfase, as interpretações apresentadas têm em mira apontar elementos da prova de Rorschach que podem ser usados para contribuir como hipóteses e conclusões, buscando construir um retrato vivo da personalidade e de suas capacidades e limitações adaptativas. Um retrato que, por sua vez, possa permitir um acesso à complexidade e variedade de mecanismos psicológicos resultantes das alterações psicopatológicas ocasionadas pelo TOC e à forma em que esses fenômenos incidem naquele indivíduo em particular.

4.1 CASUÍSTICA

Nesta parte serão apresentados os critérios para seleção inicial dos pacientes e os pontos de corte utilizados nas escalas. Segue-se a composição da amostra, sua caracterização e, finalmente, a história e evolução dos casos clínicos graves, pois estes se referem ao foco principal deste estudo.

4.1.1 Seleção inicial dos pacientes

Os instrumentos usados na seleção inicial do grupo da amostra foram os prontuários médicos provenientes do HCFMUSP e dos consultórios particulares e as seguintes escalas clínicas:

1) Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) (GOODMAN;PRICE, 1990). Esta é uma escala aplicada pelo avaliador, cujo objetivo é medir a gravidade específica de sintomas obsessivo-compulsivos. Consta de 10 itens, cada um variando

de zero (sem sintomas) a 4 (extrema gravidade), com escore máximo de 40. Tanto as obsessões quanto as compulsões são avaliadas de forma semelhante, incluindo para ambas os itens: frequência, interferência sobre o funcionamento, desconforto subjetivo, resistência e controle sobre o sintoma.

2) Escala de Impressão Clínica Global (ICG): Gravidade da Doença e Melhorias (NIMH, 1985). O avaliador mede a gravidade dos sintomas numa escala com amplitude de 0 a 7 pontos, desde (1) normal, não doente, até (7) doença mental extremamente grave. Nosso ponto de corte (4) corresponde a “moderadamente doente”.

3) Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) do eixo V do DSM-IV (APA, 1994). Essa escala afere o grau de funcionamento social, psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não inclui prejuízos devido a limitações físicas. Varia numa amplitude de 100 a 0 e é segmentada em faixas de 10 pontos, podendo haver pontuações intermediárias. O grau 100 é descrito como “funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas”; a faixa de 10 a zero refere-se a perigo persistente de ferir a si mesmo ou a outro, ou incapacidade persistente em manter a higiene pessoal e íntima, ou, ainda ato sério, suicida ou expectativa de morte. O ponto de corte nesta escala refere-se a sintomas sérios (ideação suicida, rituais obsessivos graves), ou qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).

4.1.2 Composição da amostra

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos:

1) Um grupo de pacientes denominados de **G1** foi composto por 11 indivíduos com diagnóstico de TOC, segundo o DSM-IV (APA, 1995), com patologia em nível severo e incapacitante, pertencentes à pesquisa de mestrado desenvolvida por esta autora (Rosenthal, 2000) e provenientes do Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HCFMUSP). A estes foram acrescentados quatro novos pacientes, com o mesmo grau de comprometimento, sendo dois também provenientes do AMBAN; os demais tinham sido anteriormente atendidos, diagnosticados e tratados na Divisão de Neurocirurgia Funcional do IPQ-FMUSP.

2) Um grupo formado por 15 pacientes com o diagnóstico de TOC, segundo o DSM-IV (APA, 1995), em nível de gravidade leve, aqui denominado de **G2**, provenientes do AMBAN e de consultório particulares ou clínicas.

Os pacientes provenientes do AMBAN diagnosticados como graves faziam parte de uma população mais ampla de aproximadamente 400 portadores de TOC, que ao longo dos anos passam rotineiramente por um processo de triagem, diagnóstico e tratamento medicamentoso e psicoterápico no Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Após pelo menos 6 anos de diagnóstico e tratamento do quadro (Torres, 1994) os pacientes eram reavaliados pela equipe médica do hospital, e,

caso satisfizessem os critérios de inclusão propostos para esta pesquisa, eram encaminhados para o grupo G1.

Dos pacientes diagnosticados como leves, dez eram provenientes do AMBAN e cinco de clínicas ou consultórios particulares. Foram diagnosticados pelo profissional responsável pelo caso como portadores de TOC e todos tinham sido submetidos a tratamento medicamentoso ou de terapia comportamental cognitiva.

Os pontos de corte utilizados para seleção do grupo de pacientes G1, com **TOC severo e incapacitante** foram os seguintes:

1) Com relação à *intensidade /severidade* dos sintomas, *impressão clínica geral* e *grau de funcionamento global* correntes:

- a. Escore total na Yale-Brown Obsessive - Compulsive Scale (YBOCS) (GOODMAN;PRICE,1990): pelo menos 20/40 pontos;
- b. Escore de pelo menos 5/7 na Escala de Impressão Clínica Global (ICG) (NIMH, 1985);
- c. Escore de no máximo 50/zero a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) do eixo V do DSM IV (APA, 1994).

2) Com relação à *evolução do quadro clínico*, entre o início e pelo menos **6** anos (Torres, 1994) de diagnóstico e tratamento do TOC no AMBAN:

- a. Pacientes que apresentaram um decréscimo menor que 25% no escore total da YBOCS (GOODMAN, PRICE, 1990), caracterizando uma evolução

desfavorável do ponto de vista da intensidade geral dos sintomas obsessivo-compulsivos.

b. Pacientes que apresentaram um decréscimo menor que 2 pontos na Escala de Impressão Clínica Global (ICG), na aferição da severidade do quadro, caracterizando não ter havido melhora significativa no TOC após esse processo.

c. Pacientes em uso de medicação regular e sem sinais clínicos de intoxicação, de acordo com a avaliação da equipe médica do AMBAN e dos médicos que atuam em consultório particular.

Os pontos de corte utilizados para seleção do grupo de pacientes G1, com **TOC leve** foram os seguintes:

1) Com relação à *intensidade /severidade dos sintomas, impressão clínica geral e grau de funcionamento global* após o tratamento medicamentoso ou psicoterápico:

a. Escore total na Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) (GOODMAN, PRICE. 1990) de no máximo 20/40 pontos.

b. Escore de no máximo 3/7 na Escala de Impressão Clínica Global (ICG) (NIMH, 1985).

c. Escores de no mínimo de 60/zero a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) do eixo V do DSM IV (APA, 1994).

2) Com relação à evolução do quadro clínico, antes e após tratamento medicamentoso ou psicoterápico

a. Pacientes que apresentaram um decréscimo de no mínimo 25% no escore total da YBOCS (GOODMAN; PRICE, 1990), caracterizando uma *evolução favorável* do ponto de vista da intensidade geral dos sintomas obsessivo-compulsivos.

b. Pacientes que apresentaram um decréscimo de no mínimo 1 ponto na Escala de Impressão Clínica Global (ICG), na aferição da severidade do quadro, caracterizando ter havido *melhora* no TOC após esse processo.

c. Pacientes em uso de medicação regular e sem sinais clínicos de intoxicação, de acordo com a avaliação da equipe médica do AMBAN e dos médicos que atuam em consultório particular.

Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: 1) história de traumatismo crânio-encefálico com amnésia pós-traumática; 2) história corrente de outras doenças sistêmicas ou neurológicas, ou de uso de medicamentos capazes de induzir manifestações psicopatológicas; 3) gestantes ou lactentes; 4) recusa em participar do estudo; e 5) idade abaixo de 18 e acima de 65.

4.1.3 Caracterização da Amostra

Com relação aos aspectos sócio-demográficos, no grupo de pacientes *graves* (G1) havia predominância de indivíduos do sexo masculino (9 homens e 6 mulheres),

com idades variando entre 22 e 48, e média de 31 anos. Muito embora com uma média de escolaridade elevada (12 anos), de segundo grau incompleto a superior completo, 11 dos pacientes estão inativos, e 4 exercem suas atividades profissionais com restrições importantes, conforme Tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos de pacientes com TOC grave (G1) diagnosticados de acordo com o DSM IV:

CASOS	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE (em anos)	PROFISSÃO	ATIVIDADE CORRENTE
1 AM	M	25	solteiro	ensino médio completo (11)	encadernador	inativo
2 AC	F	22	solteira	superior incompleto (12)	estudante	inativa
3 CKO	F	26	solteira	superior completo (15)	advogada	inativo
4 EPCS	M	25	solteiro	superior incompleto (12)	estudante	inativo
5 FM	M	48	casado	superior completo (18)	médico	com restrições
6 GE	F	58	viúva	ensino médio incompleto (10)	do lar	com restrições
7 GSM	M	26	casado	superior incompleto (12)	estudante	inativo
8 IR	F	27	solteira	superior completo (15)	escriturária	inativa
9 JM	M	43	solteiro	ensino fundamental completo (8)	sem ocupação	inativo
10 JCH	M	48	casado	ensino fundamental completo (8)	comerciante	com restrições
11 MVBS	F	46	casada	superior incompleto (13)	professora primária	inativa
12 RQ	F	27	solteira	superior incompleto (12)	funcionária pública	inativo (afastado)
13 RM	M	27	solteiro	superior incompleto (14)	estudante, professor de colégio	estudante com restrições
14 VBS	M	26	solteiro	ensino médio incompleto (10)	vendedor	Inativo
15 WC	M	44	solteiro	ensino médio incompleto (10)	funcionário público	Inativo (afastado)

Fonte: Criada pela autora

Quanto às escalas clínicas, os pacientes graves mostraram no YBOCS (GOODMAN; PRICE, 1990) uma média de 32 pontos indicando nível de intensidade

sintomatológica grave no que se refere ao tempo ocupado pelos pensamentos e rituais ao grau de sofrimento impingido aos pacientes. Na escala de Impressão Clínica Global (NIMH, 1985), 60% desses casos situaram-se, após o tratamento, no nível 6, gravemente doente; 15% no nível 7, ou seja, doença mental extremamente grave; e 15% incluíram-se no grau 5, marcadamente doente. O prejuízo na adaptação psicológica e ocupacional desses pacientes foi representado por uma elevada pontuação média (43 pontos) na escala de Avaliação Global do Funcionamento do eixo V do DSM-IV (AGF; APA, 1995), conforme Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Escores pré-e pós-tratamento nas escalas YBOCS, AGF e ICG em pacientes com TOC grave (G1).

CASOS	YBOCS			AGF		ICG	
	PRÉ- TRATAMENT O	PÓS- TRATAMENTO	COMPARAÇÃO PRÉ-PÓS	ESCORE ATUAL	PRÉ- TRATAMENTO	PÓS- TRATAMENTO	COMPARAÇÃO PRÉ-PÓS
1 AM	30	34	+11%	41	5	7	+2
2 AC	40	38	-5%	49	7	6	-1
3 CKO	26	28	+7%	41	5	6	+1
4 EPCS	38	38	0%	40	7	7	0
5 GE	34	34	0%	41	5	5	0
6 FM	34	27	-20%	50	7	5	+2
7 GSM	34	31	-8%	41	7	6	-1
8 IR	32	33	+3%	40	6	6	0
9 JM	28	30	+7%	45	5	5	0
10 JCH	27	29	+7%	42	5	6	+1
11 MVBS	29	32	-10%	43	5	6	+1
12 RQ	32	34	+6%	45	5	6	+1
13 RM	34	34	0%	43	5	5	0
14 VBS	30	32	+6%	42	5	6	+1
15 WC	33	30	-9%	48	7	6	-1

Fonte: Criada pela autora

O perfil sócio-demográfico dos pacientes com TOC *leve* (G2) mostrou predomínio do sexo feminino (10 mulheres e 5 homens), com idades entre 21 e 60 e média de 41 anos. A média de escolaridade era semelhante à do grupo grave (11 anos). Porém, neste caso, todos os indivíduos exercem ou haviam exercido anteriormente suas respectivas atividades profissionais; um deles obtivera licença médica temporária e outro aposentadoria por tempo de serviço, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Dados sócio-demográficos de pacientes com TOC leve (G2) diagnosticados pelo DSM-IV

CASOS	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	ATIVIDADE CORRENTE
1 AG	M	27	solteiro	ensino fundamental completo (8)	vigilante	licença médica (problema físico)
2 AP	F	42	casada	ensino fundamental incompleto(7)	dona de casa	dona de casa
3 CE	F	41	solteira	superior completo (14)	assistente social	assistente social
4 CL	F	36	casada	superior completo (15)	advogada	advogada
5 DIV	F	44	casada	superior incompleto (13)	contabilidade	dona de casa
6 ES	M	43	casado	superior completo (14)	administrador	administrador
7 LEF	F	60	solteira	ensino médio completo (11)	funcionária pública	aposentada
8 LS	M	29	solteiro	superior completo (14)	administrador	empresário
9 MT	F	51	casada	ensino fundamental incompleto(7)	comerciante	comerciante
10 MJ	F	55	separada	superior completo (14)	comerciante	comerciante
11 NS	F	21	solteira	superior completo (14)	fonoaudióloga	fonoaudióloga
12 PD	M	21	solteiro	ensino fundamental incompleto (6)	comerciante	comerciante
13 RG	M	30	casado	superior incompleto (12)	comerciante	comerciante
14 SN	F	43	casada	superior completo (14)	professora	dona de casa
15 VS	F	40	solteira	superior completo (14)	administradora	gerente

Fonte: Criada pela autora

Nas escalas clínicas, os pacientes do grupo leve mostraram média de pontuação no YBOCS (GOODMAN; PRICE, 1990) de 6,93 pontos, indicando nível de intensidade

sintomatológica leve quanto ao tempo ocupado pelos pensamentos, rituais e grau de sofrimento. Na escala de Impressão Clínica Global (NIMH, 1985), 60% situaram-se no nível 2, ou seja, limítrofe para doença mental; 26,6% no grau 3, levemente doente e 13,3% situaram-se no nível 1, isto é, normal, não doente, conforme Tabela 4 abaixo.

O grupo de pacientes com TOC leve obteve elevada pontuação média (78) na escala de Avaliação Global do Funcionamento do eixo V do DSM-IV (AGF; APA, 1995). Tal resultado indica que, se os sintomas estão presentes, são temporários e consistem em reações previsíveis a estressores psicossociais, havendo apenas um leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional e escolar.

Tabela 4: Escores pré- e pós-tratamento de pacientes com TOC leve (G2) nas escalas YBOCS, AGF e ICG

CASOS	YBOCS			AGF		ICG	
	PRÉ-TRATAMENTO	PÓS-TRATAMENTO	MELHORA (MÍNIMA=25%)	ESCORE ATUAL	PRÉ-TRATAMENTO	PÓS-TRATAMENTO	COMPARAÇÃO PRÉ-PÓS
1 AG	31	12	61	70	4	3	-1
2 AP	24	18	25	60	3	2	-1
3 CE	18	6	66	70	3	2	-1
4 CL	10	1	90	90	3	2	-1
5 DIV	35	0	100	90	5	1	-4
6 ES	13	5	61	80	4	2	-2
7 LEF	39	10	74	80	4	2	-2
8 LS	10	1	90	80	3	2	-1
9 MT	38	17	55	60	5	3	-2
10 MJ	12	3	75	81	4	3	-1
11 NS	35	9	74	80	7	2	-5
12 PD	32	5	84	90	4	2	-2
13 RG	30	7	76	80	4	3	-1
14 SN	27	6	77	71	5	2	-3
15 VS	38	7	81	90	4	1	-3

Fonte: Criada pela autora

4.1. 4 Dados de anamnese, sintomatologia, evolução e tratamento dos casos graves

Caso 01: AM

Paciente do sexo masculino, 25 anos, solteiro, segundo grau incompleto, inativo. Seus primeiros sintomas de TOC apareceram aos 12 anos, quando se iniciaram *medos* (de lâmpada fluorescente, espelhos, fogões) e *rituais de limpeza*: começou a lavar as mãos exageradamente, demorando no banheiro; além disto, tinha rituais de *ordenação* (as roupas e vidros de medicação tinham que estar sempre na mesma disposição). Com o passar do tempo, alternavam-se: preocupação com *ordem*, *precisão* e rituais de *verificação* em situação de alimentação (se havia ou não colocado a comida na boca da forma correta, tomado ou não água corretamente) que o levavam a se alimentar muito mal; preocupação excessiva com *números* (negava-se a falar certos números) e com a *precisão* quanto a horários (saía de casa apenas às 14 horas em ponto; tomava o metrô às 17 em ponto). Houve piora progressiva, particularmente de rituais envolvendo *números* e *simetria*: tinha que pisar na divisa exata entre os ladrilhos e o chão; subia as escadas de 20 a 30 vezes ao dia enquanto contava seus passos à frente, para trás e para os lados. Realizou duas tentativas de suicídio (atirando-se sobre uma linha de metrô e jogando-se em um rio). Apresenta história de várias internações. Faz tratamento medicamentoso e tem dificuldade em engajar-se em tratamento psicoterápico.

Caso 02: AC

Paciente do sexo feminino, 22 anos, solteira, sem ocupação, insegura e com poucos amigos desde a adolescência. Desde pequena gostava de fazer as coisas “certas, e sem sujeira”, como as tarefas escolares. Quando se mudou de residência, aos 17 anos, rituais de *verificação* (tocar objetos e pontos específicos da casa e do próprio corpo) e *limpeza* (no banho) tenderam a se sistematizar, acentuando-se em períodos de depressão. Teve tentativas de suicídio com remédios. Os rituais hoje lhe consomem o dia inteiro. Toda a atividade rotina diária fica preenchida por *rituais* que envolvem a higiene pessoal, inclusive em relação aos cabelos (lavados pela mãe) e órgãos genitais (lava a vagina diversas vezes, depois coloca o dedo indicador dentro da vagina e o médio no ânus). Além disso, quando deambula pela casa desce as escadas *tocando* com o indicador, médio e anular todas paredes ao longo desta, em seguida as do corredor, fazendo o mesmo nos outros recintos. Apesar dos tratamentos medicamentosos e psicoterápicos apropriados e contínuos, está inabilitada socialmente (sem amigos) e não pôde retomar as atividades acadêmicas (faculdade de Psicologia).

Caso 03: CKO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, solteira, formada em direito, porém inativa. Na infância constam problemas relacionados à atenção, linguagem e hiperatividade,

associados à ansiedade na ausência da mãe e dificuldade no contato com outras crianças. Aos 11 anos iniciam-se sintomas de tricotilomania. Obsessões e compulsões iniciaram-se por volta dos 19 anos, quando passou a apresentar *dúvidas e rituais*, estes movidos por obsessões de *limpeza* (lavagem de mãos e banho; quando põe as mãos no olho, sente nojo e lava as mãos), temor à *contaminação* (por perfume, por exemplo). Também mantinha rituais de *ordenação e verificação* (arrumar a casa e a própria bolsa inúmeras vezes, contando o número de objetos presentes, e retomando a contagem caso interrompida ou em dúvida quanto à sequência), além de pensamentos de que uma orca, a baleia assassina, iria atacá-la enquanto estivesse nadando sozinha na piscina (antes receava que esta pudesse introduzir-se pelos furos do chuveiro enquanto tomava banho). Quadro comórbido com depressão; teve várias tentativas de suicídio, com ideação suicida ainda claramente presente. Dos 20 aos 26 anos consultou inúmeros médicos e psicólogos, com tempo variado de tratamento medicamentoso com antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos não apresentando melhora importante.

Caso 04: EPCS

Paciente sexo masculino, 25 anos, escolaridade superior incompleta (faculdade de Engenharia), foi encaminhado para tratamento com quadro de *pensamentos obsessivos com conteúdo sexual* desde os 18 anos. Nessa época, andando pela praia, ao se deparar com um grupo de homossexuais, sentiu intensa angústia e medo de “ser como eles”. Apesar de se considerar sexualmente normal, não era capaz de libertar-se dessa idéia. Posteriormente começou a ter *impulsos* obsessivos sob a forma de “medo de ter vontade de matar seus dois irmãos”. Refere que passava noites sem dormir “para não perder o controle sobre os pensamentos”, porém estas idéias “não saíam da cabeça”. Passou também a apresentar cefaléia quando se sentia muito nervoso devido aos pensamentos; concomitantemente tinha medo de ter cefaléia. Vivia então o círculo vicioso sofrer cefaléia, ter medo de tê-las e ao mesmo tempo ter pensamentos “que forçavam a tê-las”. As *idéias, imagens e impulsos* ocorriam no plano ideatório; não executava rituais. Dados sobre personalidade mostraram um padrão de funcionamento *rígido, auto-exigente e perfeccionista* precoce: desde pequeno era preocupado em não errar, e justificando que era o neto mais velho e os parentes depositavam em si todas as expectativas. Caso cometesse alguma falha, ou se percebesse não atendendo àquelas expectativas, sentimentos de culpa o assolavam intensamente. Em contraposição, seu rendimento acadêmico e comportamento foram sempre irreprováveis, o primeiro piorando após o início do quadro, ao ponto de abandonar os estudos. Recebeu os diagnósticos de TOC e co-morbidade com depressão e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo; fez tentativa de suicídio e conteúdos dessa natureza tipo ainda estão presentes. O paciente realizou diversos tratamentos farmacológicos e psicoterápicos (psicoterapia analítica) nos 7 anos anteriores a este estudo, sem resposta favorável.

Caso 05: FM

Paciente do sexo masculino, 48 anos, casado, médico, exercendo a profissão com restrições importantes. Sempre foi criança muito ansiosa, com medos, sendo que por volta dos 19 anos iniciaram-se os sintomas de TOC, que envolvem principalmente *imagens obsessivas* com conteúdo *sexual e agressivo*. Por exemplo, se está com uma caneta na mão, imagina que a está introduzindo no ânus ou vagina de uma pessoa próxima; ou então, se está num restaurante e o garçom lhe vem à frente, tem a imagem que está dilacerando a genitália de outro homem - no caso do garçom, ou então seu próprio pênis. Houve comprometimento do seu ajustamento social (não tem nenhum amigo) e prejuízo importante em seu exercício profissional, pois teme que os pacientes percebam seu problema. Teve tentativas de suicídio, e se refere claramente à sua ideação suicida, que atualmente é constante. É irritável, impulsivo, e com episódios de agressão física à esposa e verbal a médicos que o atenderam. O quadro persiste sem melhoras a despeito dos inúmeros tratamentos psicoterápicos (em diversas linhas de abordagem, inclusive psicanalítica e comportamental-cognitiva) e medicamentosos a que tem se submetido continuamente.

Caso 06: GFG

Paciente do sexo feminino, 58 anos, segundo grau incompleto, viúva, 3 filhos, profissão prendas domésticas, com restrições. Introvertida e tímida, recebeu educação rígida da cultura japonesa. Teve experiência de abuso sexual na infância, em que um primo mais velho tocou seus genitais. Devido a esses acontecimentos, que na época não a incomodaram, refere que aos 13 anos, quando iniciada nos ensinamentos da religião católica, teve a *idéia* obsessiva de que era “suja” e que “não era mais virgem” (o que não era verdadeiro). *Rituais* intensos, principalmente associados a preocupações com *limpeza*, iniciaram-se aos 38 anos, época do nascimento de um dos filhos, quando deparou-se com excremento de rato no ambiente doméstico. Passou a cuidar exageradamente da própria higiene (rituais ao banho e na escovação de dentes, por exemplo) e da do filho; a preocupação com este último foi o que a motivou a procurar tratamento mais efetivo. O quadro evoluiu com melhoras transitórias e parciais dos sintomas com medicação e psicoterapia (psicodinâmica, e comportamental, mais recentemente).

Caso 07: GSM

Paciente do sexo masculino, 26 anos, superior incompleto, casado, inativo, economicamente dependente dos pais. Desde os seis anos apresentava *medos* diversos: do escuro, de caveira, ralo de banheiro, piscina (pois poderia ser sugado), do filme do Super-homem (na cena que seu planeta explodiu), e, particularmente, de que o *ET* (personagem de filme infantil) aparecesse subitamente à sua frente. Muito inseguro, sempre teve dificuldade com amigos. Aos 15 anos iniciou rituais intensos de *verificação* (conferia várias vezes todos os objetos que a mãe colocava em sua mochila; se a porta estava trancada e as luzes todas apagadas) e de *limpeza* (ficava por horas no banheiro,

após defecar, limpando-se com um lençinho de papel até que este estivesse absolutamente branco). Estes persistem até hoje associados ao uso de álcool e maconha. Apesar dos tratamentos medicamentosos e psicoterápicos apropriados e contínuos o paciente encontra-se incapacitado.

Caso 08: IR

Paciente de 27 anos, administradora de empresas, superior completo, trabalhou como escriturária, atualmente inativa. Seus problemas tiveram início aos 14 anos, quando ouviu dizer que uma moça tinha sido violentada, e começou a ter imagens e representações intrusivas com esse conteúdo. Esse episódio remitiu espontaneamente, porém aos 22 anos passou a ter *dúvidas*: se tinha perdido a virgindade, se havia ficado louca, e também passou a ter medo de ter sido *contaminada* por doenças, como verminose. Desenvolveu rituais de *limpeza* e *descontaminação* intensos, a ponto de suas mãos e pés ficarem machucados de tanto serem lavadas. Além disso, apresentava rituais cognitivos, de *contagem*, e de *verificação*: buscava a confirmação das pessoas próximas para se certificar se os episódios haviam ou não acontecido, e, no ambiente de trabalho, tinha que verificar várias vezes com diversos colegas se sua produção estava correta ou não. Com o aumento da intensidade dos sintomas, parou de trabalhar e atualmente está afastada por doença; eventualmente auxilia a mãe em compras no supermercado ou nas tarefas domésticas. Tratada com psicoterapia psicodinâmica e farmacoterapia, sem melhora.

Caso 09: JM

Paciente de 47 anos, segundo grau completo, inativo. Desde os 15 anos com sintomas ansiosos: “nervosismo, irritabilidade, sensibilidade exagerada”. Aos 28, após ter presenciado o assassinato do pai, passou a ter *idéias* obsessivas relacionadas à *religião, impureza, pecado*. O número 3, por exemplo, remetia à Santíssima Trindade e à idéia de sexo entre Cristo e a Virgem, e entre si e a Virgem, de modo que esse número lhe causava desconforto. Quando vinha a *imagem* de ter pisado em Cristo ao andar, para aliviar-se da angústia dessa obsessão tinha que fazer ritual de retornar ao lugar onde isso ocorrera, para certificar-se de que não havia de fato pisado em Cristo e consequentemente poder sentir-se melhor. Tinha também o *pensamento* obsessivo de estar perdendo ou de ter perdido partes do corpo, e, portanto, tinha que roçar a cabeça várias vezes para *verificar* se ela estava presente em seu corpo. Em suas palavras: “quando penso em uma parte do meu corpo, parece que esta vai sumir”. Teve duas internações anteriores com diagnóstico de esquizofrenia.

Caso 10: JCH

Paciente do sexo masculino, 48 anos, casado, segundo grau completo, comerciante, com prejuízo importante na atividade laborativa. Seus primeiros sintomas de TOC apareceram aos 14 anos, com *dúvidas* patológicas: nessa idade foi comprar uma rádio-vitrola e, após a transação, começou a ter dúvidas se “o negócio havia sido feito mesmo”. Daí em diante começou a questionar-se freqüentemente a respeito de temas relacionados a prejuízo de patrimônio. Por exemplo: será que a partilha de bens foi correta? Será que as minhas coisas são minhas? Será que assinei um papel importante e não estou sabendo? Seus rituais de *verificação* consistem em tentar

certificar-se interrogando sua esposa e esperando uma resposta dela, o que o tranqüiliza temporariamente. Também tem rituais de *repetição*, em que tem que “fazer tudo três vezes” – inclusive piscar os olhos, mesmo quando dirigindo o carro, o que já motivou um acidente. Sua doença teve curso contínuo até os 21/22 anos. Houve remissão dos sintomas dos 22 aos 28 anos, que retornaram, após essa idade, acompanhados de depressão e, posteriormente, alcoolismo. Apresenta várias histórias de internações relacionadas ao uso abusivo de álcool e benzodiazepínicos, depressão e agressividade extrema em relação a seus familiares. Tentou suicídio três vezes e mantém ideação com este conteúdo. Fez vários tratamentos medicamentosos desde os 18 anos, sem melhora importante. Fez psicoterapia cognitivo-comportamental por um período de alguns meses, porém a presença do quadro co-mórbido dificultava a aderência ao tratamento.

Caso 11: MVBS

Paciente do sexo feminino, 46 anos, casada, dois filhos, superior incompleto, aposentada por doença. Quando criança era muito ativa, gostava de esportes, porém mostrava uma insegurança e timidez que tenderam a melhorar na adolescência, quando ficou mais “extrovertida” (sic). Aos 15 anos iniciaram-se rituais de *verificação*, nos quais tinha que escrever diversas vezes o mesmo conteúdo em seu caderno escolar para conferir se já o havia redigido; a estes associaram-se rituais de *descontaminação*, *limpeza*, *ordenação*, e *simetria*. Esses comportamentos a mantinham por várias horas limpando a louça de casa, colocando-a de um determinado modo no aparador de pratos, e fazendo um percurso dentro de casa no qual evitava ladrilhos e determinados espaços. Estes rituais se acentuaram por volta dos 29 anos quando descobriu um nódulo (benigno) no seio, e passou a ter que evitar o pensamento de que poderia morrer de câncer. Começou a desenvolver também rituais encobertos, de verificação: repetia mentalmente frases ditas por outra pessoa para conferir seu sentido correto. Os rituais se iniciavam pela manhã e se manifestavam inclusive nos sonhos, enquanto dormia. O quadro evoluiu negativamente com incapacitação total da paciente, apesar dos tratamentos apropriados: medicamentosos, terapia psicodinâmica e cognitivo-comportamental (inclusive diariamente) e contínuos.

Caso 12: RQ

Paciente do sexo feminino, 27 anos, solteira, 2o grau completo, inativa. Até o início dos sintomas era adolescente um pouco tímida, porém alegre, com amigos e boa adaptação escolar e profissional. Os primeiros sinais de TOC apareceram aos 20 anos, com pequenas manias de *limpeza* (limpar excessivamente os pés nos capachos antes de entrar em casa), e, mais particularmente, quando sua mãe solicitou que limpasse com a pá um cocô do cachorro em casa, e a paciente, embora desejasse, não se opôs e executou a ordem. Desde então desenvolveram-se principalmente rituais de *limpeza*, *descontaminação* (se saísse à rua e visse cocô, tinha que voltar para casa, tirar e lavar com desinfetante a roupa do corpo) e *verificação* (sabia que o lixo estava fora de casa, mas tinha que verificá-lo) que se intensificaram com o passar dos anos. Teve que abandonar o trabalho e requerer afastamento por doença. Mantém atualmente contato

com alguns poucos amigos, os quais podem ser capazes de compreender sua doença. Fez vários tratamentos medicamentosos e psicoterápicos desde o início da doença, mas sem melhora importante.

Caso 13 RM

Sexo masculino, 27 anos, superior incompleto, estudante e professor de colégio. Sintomas iniciaram-se aos 13 anos, quando assistiu a um episódio da série *Spectramen*, no qual um menino é substituído por um alienígena que faz muito mal a sua família. Desde então, passou a acreditar que o irmão teria sido substituído por um “ser do mal” (*sic*) e por essa razão começou a evitar tocá-lo. Essa dificuldade aos poucos se generalizou, de modo que não podia tocar nenhum objeto tocado pelo irmão. Se este ligasse a TV, ele teria que desligar e ligar novamente. Desenvolveu vários rituais de *limpeza* e *descontaminação* a partir daí, tendo que desinfetar toda sua roupa e objetos pessoais quando saía de sua residência (não morava com os pais) e usava transportes públicos, e particularmente quando visitava os pais. Aos 18 anos entrou na universidade e começou a dar aulas em um colégio. Porém, ao longo do tempo começou a ter preocupações no sentido de considerar que as pessoas do trabalho “não eram de verdade, não eram pessoas deste planeta, mas de outra dimensão, do mal, e que poderiam contaminar” A partir daí passou a ter que limpar-se com álcool também quando retornava desse trabalho, em ritual de *descontaminação*. Refere que, por meio da psicoterapia, associou o início de seus problemas com o fato de que aos 13 anos, quando brincava com seu irmão menor sob as cobertas na cama, foi flagrado pela irmã, que fez comentários de cunho sexual sobre a situação: “Estávamos brincando, meu irmão só estava tocando lá, foram só uns toques”. Atualmente, quando retorna à sua residência tem que desinfetar exaustivamente tudo que veste, usa ou carregou consigo, de modo a evitar que sua residência seja contaminada. Ou ainda, guarda todos os objetos que considera como contaminados em um saco, de modo a ter tempo novamente para realizar o ritual adequado. Atualmente quase não há mais espaço disponível onde mora. Tem rituais de *limpeza* das mãos, associado a preocupações com *números* e *contagem* “lavo a mão 150 vezes, isso porque cada vez que lavo tenho que lavar 4 vezes, se perder a conta tenho que começar tudo de novo - mas não pode dar “6” porque 5 é o número da besta....”. Tratado com psicoterapia e farmacoterapia, sem melhora do quadro.

Caso 14: VBS

Paciente do sexo masculino, 26 anos, solteiro, 2º grau incompleto, inativo. Asmático desde pequeno, referiu ter poucos amigos e sempre ter sido uma criança extremamente insegura e muito tímida. Os sintomas obsessivo-compulsivos iniciaram-se aos 7 anos: tinha que observar os pais ao saírem de casa, sob risco de algo ruim ocorrer. Houve piora do quadro após os doze anos, quando seu pai adoeceu: contava o número de vezes em que este se movia para respirar. Iniciou rituais de reza, de *verificação* (inclusive encobertos) que adquiriram conteúdo religioso-filosófico, além de *coleccionismo*. Partia de determinados temas que o incomodavam, e que poderiam ser casualmente mencionados por outras pessoas, como trabalho, mulheres/sexo, política e principalmente religião, e construía uma série de argumentos sobre essas questões, com prós e contras, mas sempre com teor auto-recriminatório. Estes eram repetidos e

repassados inúmeras vezes, mentalmente, pelo paciente. Apresentava co-morbidade com depressão. Realizou tratamentos medicamentosos e psicoterápicos apropriados e contínuos, mas apesar disso não foi mais capaz de retomar a vida laborativa ou acadêmica.

Caso 15: WC

Paciente do sexo masculino, 44 anos, solteiro, 2º grau incompleto, afastado do trabalho por doença. Quando criança era agressivo, nervoso e não tinha amigos. Seus primeiros sintomas de TOC apareceram aos 12 anos com medo de errar, levando a rituais de *verificação*. Atualmente apresenta rituais de *limpeza*, relacionados à evacuação: “Quando evacuo, o pijama fica sujo de fezes, aí tenho que tomar banho para tirar a secreção de fezes que fica sobre mim, depois do banho passo a vassoura, depois o rodo com pano”. Esses sintomas são acompanhados de *dúvidas patológicas*: teve enorme dificuldade de decidir-se a assinar ou não o termo de compromisso desta pesquisa, embora já estivesse em tratamento no hospital há longo tempo, conhecesse os profissionais que o atenderam, e tendo afirmado que compreendia bem as explicações que lhe foram fornecidas. Episódios de depressão e hipomania são relatados. Fez vários tratamentos medicamentosos e psicoterápicos, inclusive em abordagem cognitivo-comportamental, desde o início dos primeiros sintomas, sem melhora importante ou persistente.

4.2 INSTRUMENTOS

Os prontuários médico-hospitalares, já usados na seleção inicial, foram consultados para a descrição de cada caso quanto ao início do quadro, história clínica, sintomas, tratamento, evolução da doença e co-morbidade. Uma entrevista semidirigida foi utilizada para estabelecimento do contato, esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre o termo de compromisso, bem como para complementação das informações obtidas a partir dos prontuários.

O método das manchas de tintas de Rorschach será mais pormenorizado a seguir.

4.2.1 O Método das Manchas de Tinta de Rorschach

Para finalidade desse trabalho, o método das manchas de tinta de Rorschach foi escolhido como instrumento devido ao fato de este permitir acesso à investigação de aspectos cognitivo-afetivos e estilos ou traços de personalidade, assim como à análise qualitativa do processo de resposta, sendo a tarefa proposta abordada como prova de resolução de problemas, envolvendo diversas etapas.

Seu material consta de 10 pranchas, a serem aplicadas em uma ordem pré-estabelecida, com borrões simétricos, com variações em termos de cor, textura e grau de definição da mancha. O indivíduo deve dizer, em relação a cada uma delas, “com que se parece”, ou “o que poderia ser”. Após este procedimento inicial, denominado “fase de associação”, segue-se uma segunda etapa, o “inquérito”, que é o momento em que o examinador procura esclarecimentos sobre as respostas a fim de obter uma posterior codificação de elementos das mesmas.

Este trabalho segue os padrões de classificação e interpretação propostos pelo Sistema Compreensivo de Exner (1999 ; WEINER,2000), tendo em vista que este autor sustenta seus pressupostos em ampla pesquisa teórica e prática.

A integração dos resultados dessa prova se ancora em um espectro de teorias que vão desde aquelas sobre processos perceptuais-cognitivos até conceptualizações psicanalíticas de psicologia do ego, impulso e defesa (WEINER,2000).

As normas para o preparo do paciente, condições de aplicação, administração das instruções e categorização das respostas, bem como as tabelas para localização, aferição da qualidade formal, nota “Z”, respostas populares e as estatísticas descritivas sobre as variáveis do Rorschach serão as que constam no Manual de Classificação do Rorschach, de Exner (1999).

Para aumentar o grau de precisão dos escores, o examinador randomicamente escolheu 20 dos 30 protocolos, sendo 10 do grupo dos pacientes graves e 10 dos leves. Os protocolos, digitados pela pesquisadora, foram enviados, em sequência aleatória, a dois examinadores independentes, com treino intensivo em critérios de classificação e experiência em pesquisa normativa com a prova de Rorschach. Esses juízes estavam cegos em relação ao grau de comprometimento dos pacientes e às hipóteses do pesquisador. Um terceiro examinador, assistente-mestre da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e professora das disciplinas de Rorschach que enfocam a classificação e interpretação dessa prova, retomou as classificações para revisão final e minimização das incongruências, tendo sido responsável pela transposição desses dados para o *Rorschach Interpretation Assistance Program* (RIAP TM), versão 5.30.154 (EXNER, J.E e WEINER, I.B., 1995) .

Atendemos ao critério proposto por Exner (1999, p.17) de selecionar protocolos de mais de 14 respostas. Mas não atendemos à sugestão de limitar o número de respostas (op.cit. p 18) pensando que isso poderia enviesar o estudo e afetar índices que pretendemos estudar em se tratando de pacientes com diagnóstico de TOC.

A classificação das respostas visa a responder a nove questões nas oito categorias seguintes: 1. localização, 2. qualidade evolutiva, 3. determinantes, 4. qualidade formal, 5. existência de par, 6. conteúdos, 7. popularidade, e 8. presença de Códigos Especiais e das seguintes Categorias Especiais de Conteúdo: AB: conteúdo abstrato; AG: movimento agressivo; COP: movimento cooperativo; MOR: conteúdo mórbido; PER: respostas personalizadas; CP: projeção de cor.

4.2.1.1 Variáveis selecionadas para este trabalho: Códigos Especiais

Segundo Exner (1999), os Códigos Especiais permitem a quantificação de muitas das características de respostas que eram interpretadas qualitativamente nos sistemas anteriores ao Sistema Compreensivo. Atualmente são descritos quatorze Códigos Especiais: seis dizem respeito a verbalizações inusuais, dois são usados para perseveração e falha na integração, quatro envolvem características especiais de conteúdo, um deles codifica uma resposta é personalizada e um deles é atribuído quando ocorre um fenômeno especial de cor.

Este estudo focaliza as denominadas **Verbalizações Inusuais**, descritas por Exner (1999) como elementos importantes no estudo da atividade cognitiva e, mais particularmente, das derrapadas cognitivas. Quando essa forma de desorganização ocorre, seja momentânea ou prolongada, é freqüentemente manifestada verbalmente, daí a importância de serem assinaladas em um protocolo.

Seis códigos especiais são usados para registrar a presença desse tipo de desorganização nas respostas do Rorschach: dois para Verbalizações Desviantes: 1)

DV e 2) **DR**; três para Combinações Inadequadas: 3) **INCOM**; 4) **FABCOM**; 5) **CONTAM** e um código, 6) **ALOG**, utilizado para Lógica Inadequada. Estes serão especificados a seguir:

Dos Códigos Especiais para Verbalizações Desviantes, o primeiro, **DV**- refere-se a palavras ou segmentos de resposta relacionados à resposta, e o segundo - **DR** - diz respeito a uma frase mais extensa, em que o sujeito acaba por se desviar da tarefa em questão.

1. **Verbalização Desviante:** o **DV** é assinalado às respostas **cuja**s características criam uma impressão de estranheza; geralmente, a palavra inadequada destaca-se marcadamente na resposta. Envolvem os seguintes fenômenos:

a. Neologismo: implica o uso de uma palavra incorreta ou neologismo ao invés de uma palavra adequada à capacidade verbal do sujeito. O Exemplo dado por Exner (1999) é: “Uma mosca *quicando*”.

b. Redundância: envolve o uso estranho da linguagem, que não pode ser justificado em termos de um idioma subcultural ou limitação de vocabulário, e no qual o sujeito identifica duas vezes a natureza do (s) objeto (s) referidos. Exemplo de Exner (1999): “Um *minúsculo* pássaro pequeno”

2. **Resposta Desviante:** o **DR** é assinalado para uma resposta que tem uma qualidade estranha ou peculiar, no sentido de que o sujeito utilizou

palavras que refletem uma tendência para se afastar da tarefa em pauta ou distorcê-la. A **DR** não é necessariamente bizarra, mas a verbalização é claramente inadequada ao contexto. Exner (1999) observa que algumas respostas codificadas como **DR** podem conter um **DV**; neste caso, só se codifica a **DR**. Esse tipo de respostas se manifesta de duas formas:

a. Frases Inadequadas: são respostas que incluem frases irrelevantes para a resposta ou para a tarefa em pauta. Essa codificação distingue-se de comentários curtos como “Ah, essas são difíceis”, ou “Finalmente temos cores”. Representam frases contidas na própria resposta, ou relacionadas a elas. Ex: “Um pássaro, *mas eu esperava ver uma borboleta*”.

b. Frases circunstanciais: envolvem respostas fluidas ou divagações nas quais o sujeito torna-se inadequadamente elaborativo. Não são necessariamente longas, e deve-se tomar cuidado para não confundir a DR circunstancial com uma resposta que é bem elaborada e adequadamente detalhada. Na DR, o sujeito perde-se na tarefa, e pode ter dificuldade em retornar ao objeto da resposta. Ex. **DR** no caso 11, grupo grave (G1): “Parece dois coelhinhos, por causa da orelha, do rabinho que parece de coelho (....). *É um animal que parece coelho, mas não é coelho, é um animal. É um animal que parece coelho, mas não é coelho, é um animal. É um animal que parece coelho, mas não é coelho, é um animal.*” Nesse caso, a paciente desvia-se da tarefa executando um ritual de repetição.

Combinações Inadequadas são respostas combinatórias envolvem a condensação inadequada de impressões e / ou idéias que violam a consideração da realidade. Relações irreais são atribuídas entre imagens, objetos ou atividades. Há três tipos:

3. **Combinação Incongruente:** o **INCOM** envolve a condensação de detalhes da mancha ou imagem que são inadequamente combinadas em um único objeto. Por exemplo, no caso 5 do grupo dos pacientes graves (G1) encontramos a seguintes respostas: *“Um pênis com asas”* (cartão VI); ou *“Um morcego com dois pintos na cabeça”* (cartão V)

4. **Combinação Fabulada:** **FABCOM** envolve uma relação implausível que é postulada entre dois ou mais objetos identificados na mancha, portanto devendo incluir sempre dois ou mais detalhes da mancha. Algumas FABCOMs incluem respostas que, se fossem, identificadas como desenho animado, não teriam esse código especial, enquanto outras violam a realidade de maneira mais contundente. Estas últimas podem também aparecer em respostas envolvendo transparências impossíveis. Ex. Caso 5, do grupo grave (G1): *“Duas garras... Já me parecendo duas aves, dois bichos, um com outro querendo se atracar, e ainda por cima de uma bunda, buceta, ânus...”* (cartão I)

5. **Contaminação:** **CONTAM** é a mais bizarra das combinações inadequadas. A **CONTAM** representa duas ou mais impressões que foram fusionadas em uma única resposta. O processo de fusão causa prejuízo na adequação de cada uma dos conteúdos, o que não aconteceria se esses se

referissem a respostas independentes. Esse código é atribuído quando o sujeito usa uma única área da mancha para atribuir os conteúdos fusionados, e pode vir acompanhado de neologismo. Ex. “*parece uma borboleta flor- uma borboflor...*”

6. Lógica Inadequada: o ALOG é utilizado sempre que o sujeito, sem ser questionado, usa um raciocínio forçado para justificar sua resposta. A lógica envolvida é claramente não-convencional, e representa uma forma de pensamento frouxa e simplista. O sujeito pode enfatizar elementos como o colorido, tamanho, elementos espaciais ou outros aspectos para justificar sua resposta. Esse código não pode ser atribuído quando a resposta ocorrer diretamente como consequência de uma pergunta do examinador na fase de inquérito. Ex. Caso 4, grupo grave (G1): “Dois marcianos. Idênticos. Parece que estão discutindo, *pela proximidade deles, apesar de terem a mesma feição*”.

Exner (1999) também codifica o grau de comprometimento do indivíduo diferenciando as respostas em termos de Nível: 1 ou 2. Assim, os dois códigos usados para Verbalizações Desviantes (DV e DR) e dois dos três códigos que identificam as Combinações Inadequadas (INCOM E FABCOM) são também diferenciados quanto ao grau de bizarria em Nível 1 ou Nível 2. Para fazer essas discriminações, Exner (1999) recomenda que o classificador estime o grau em que o sujeito deconsidera a realidade ao dar a resposta. Ou seja, se a desorganização cognitiva representa uma forma casual de negligência ideacional, Nível 1, e se resulta de um pensamento desorganizado, inadequado, que se distancia marcadamente de realidade, Nível 2. Reconhece que pode haver certo subjetivismo ao se fazer essas discriminações, e que a questão da

inadequação imatura (nas derrapagens brandas) versus bizarria (nas mais sérias) deve ser usada como bases para a distinção entre os Níveis 1 e 2.

O **DR** citado no caso 11, do grupo grave (G1) ilustra um exemplo de Nível 2. Trata-se de uma repetição de resposta, resultante de uma desorganização cognitiva associada à necessidade compulsiva de repetir o comentário sobre sua resposta. Outro exemplo já citado, também de Nível 2, são as respostas do caso 5 (G1), codificado como **INCOM 2** devido à inadequada combinação: “*morcego*” + “*dois pintos*”.

4.3. PROCEDIMENTO E ÉTICA

Após etapa inicial de seleção da casuística e registro das informações preliminares, os pacientes, à medida que atingiam os critérios de inclusão, eram encaminhados para a entrevista com o psicólogo responsável pela pesquisa e esclarecidos a respeito dos objetivos da mesma, assim como dos aspectos éticos envolvidos. O termo de compromisso foi lido e cuidadosamente explicado a cada um dos participantes da pesquisa, que somente o assinava após compreenderem seus vários itens e aceitarem as condições descritas.

Após esse procedimento, eram submetidos a entrevistas e à aplicação do método das manchas de tintas de Rorschach, em horários previamente combinados e convenientes. Ao término do estudo de caso, todos os pacientes receberam devolução dos resultados por meio de uma ou mais entrevistas e sugestões relativas à continuidade do tratamento quando necessário. Foram atendidos no hospital (IPQ-

HCFMUSP) e em consultórios particulares, em ambiente adequado para realização do estudo e sem interferências externas .

O projeto de pesquisa foi aprovado e julgado pela Comissão de Ética para Análise dos Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte do Protocolo de Pesquisa intitulado *Transtorno obsessivo-compulsivo resistente ao tratamento clínico: fatores preditivos e seleção de pacientes para neurocirurgia funcional e seguimento pós-cirúrgico*. Foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

5 RESULTADOS

Os resultados a seguir serão apresentados seguinte forma: resultados quantitativos relativos às variáveis em estudo e o estudo exploratório, seguidos da análise qualitativa do processo de resposta de alguns casos selecionados para ilustração, cujos dados de história clínica constam da seção 4.1.3.

5.1 Resultados quantitativos relativos às variáveis em estudo

Relembramos os objetivos desta pesquisa: estudar variáveis afetivo-cognitivas em pacientes com diagnóstico com TOC em nível severo e incapacitante; mais especificamente a presença dos Códigos Críticos Especiais, definidos segundo o Sistema Compreensivo de Exner, e b) estudar comparativamente as variáveis cognitivo afetivas entre pacientes com diagnóstico de TOC grave e TOC leve

Dentre os Códigos Críticos Especiais, focalizou-se as denominadas Verbalizações Inusuais, incluindo-se sua soma (Sum6) e soma ponderada (WSum6). Com relação a essas variáveis estudadas, observou-se diferença significativa de médias entre o grupo de pacientes com TOC grave e leve nos seguintes índices: WSum6 ($p=0,021$), Nível 2 ($p=0,007$) e DR2 $p=0,01$, conforme Tabela 5 abaixo.

Tabela 5 - Comparação entre médias de pacientes com TOC grave (G1) e leve (G2)

quanto às variáveis: WSum6, respostas de Nível 2 e DR2

	TOC Grave Média(DP)	TOC Leve Média(DP)	t	p < 0.05
WSum6	31,27(32,91)	8,73(9,05)	2,557	0,021
Nível 2	3,93(4,37)	0,33(1,05)	2,557	0,007
DR2	2,73 (3,35)	0,13(0,52)	3,105	0,001

Tendo-se em vista a amplitude do desvio-padrão observada em relação às médias do grupo *grave*, optou-se por analisar a distribuição desses índices caso a caso. Utilizou-se a Tabela 6 a seguir como uma das fontes para se estabelecer critérios na escolha de casos graves selecionados para ilustração de análise qualitativa.

Tabela 6 - Distribuição na amostra do número total de respostas (R) , WSum6, respostas de Nível 2 e DR 2 em pacientes com TOC grave (G1)

		CASOS G1														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Índices	Médias															
R	M=26	20	20	17	46	42	30	54	22	17	14	33	18	28	15	17
Sum6	M=6,86	1	1	0	23	6	3	13	2	15	2	13	8	8	3	5
WSum6	M=31,27	3	3	0	114	27	11	66	6	67	6	60	36	39	7	24
Nível 2	M=3,93	0	0	0	14	5	0	10	0	6	1	9	5	5	1	3
DR2	M=2,73	0	0	0	9	1	0	8	0	4	0	8	5	3	0	3

Fonte: Criada pela autora

Primeiramente, destacamos a presença de índices WSum6 bastante *elevados*, os quais se acompanham de resultados em Nível 2 e de DR 2 também acima da média grupal nos casos: 4,9,7 e 11. Decidimos realizar a análise qualitativa desses quatro casos graves, considerando a importância de se compreender a *forma de expressão* das respostas *mais comprometidas quanto aos aspectos cognitivo-afetivos aferidos por esses índices*. Supostamente, esses podem ilustrar com mais clareza as alterações presentes e que puderam ser captadas por meio da prova das manchas de tinta.

Além disso, destacam-se na Tabela 6 seis casos graves (G1) que apresentam índices *abaixo* da média grupal, isto é, WSum6 variando de 0 a 7. Esses resultados se *associam* a respostas de Nível 2 de zero a um, assim como à presença de DR2 = zero nesse grupo de pacientes graves. Em ordem crescente quanto ao resultado nos índices mencionados, os casos são: 3, 1, 2, 8, 10 e 14.

Dessa sub-amostra do grupo G1 abaixo da média grupal foram selecionados para serem submetidos à análise qualitativa os casos 1 e 14 . O critério de escolha deveu-se ao fato de que, embora não apresentassem alterações cognitivas - tal como as aferem os códigos críticos – expressavam alterações qualitativas em seu funcionamento, as quais poderiam ser associadas à psicopatologia do TOC, merecendo assim serem descritas. Finalmente, optamos por incluir na análise qualitativa dos TOC grave o caso 15, mais próximo da média grupal.

O grupo de pacientes *leves* (G2) mostrou média significativamente menor do que o grupo G1, com amplitude menor de variação dos resultados nos índice WSum6, Nível 2 e DR2. Treze dos pacientes obtiveram índices WSum6 variando de zero a 12. Um

deles -caso 13- obteve resultados mais discrepantes, acima da média do próprio grupo (G2) e do grupo dos graves(G1), sendo por essa razão escolhido para ilustração qualitativa. A Tabela 7 abaixo permite verificar a distribuição dos escores nos casos de TOC leve (G2).

Tabela 7: Distribuição na amostra do número total de respostas (R), WSum6, respostas de Nível 2 e DR2 em pacientes com TOC leve (G2)

		CASOS G2														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Índices	Médias															
R	M=31.93	40	22	32	41	25	22	32	18	42	60	30	25	38	36	16
Sum6	M=3,33	2	2	1	0	3	8	2	1	3	8	3	5	8	2	2
WSum6	M=8,73	5	4	3	0	7	3	5	3	11	24	10	12	34	4	6
Nível 2	M=0,33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	0	0	0
DR2	M=0,13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0

Fonte: Criada pela autora

5.1.1 Estudo exploratório

Dentre as variáveis selecionadas para estudo exploratório, o código **MOR** mostrou diferença significativa entre as médias dos grupos grave e leve, conforme ilustrado na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8: Comparação entre pacientes com TOC grave (G1) e leve (G2) quanto à variável MOR

	TOC Grave Média(DP)	TOC Leve Média(DP)	t	p <0,05
MOR	2,60 (3,22)	0,73(0,96)	2,148	0,04

A Tabela 9 abaixo mostra a distribuição do índice MOR em cada um dos pacientes do grupo grave e leve. A expressão qualitativa desse índice será comentada na seção 5.2 nos casos que o contém.

Tabela 9: Distribuição amostral do índice MOR em pacientes com TOC grave (G1) e leve (G2)

CASOS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
TOC	Médias															
Grave	M=2,60	0	1	0	9	6	0	9	3	0	0	1	0	5	3	2
Leve	M=0,73	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	1	2	1	2

Fonte: Criada pela autora

Finalizando a apresentação dos resultados quantitativos, a Tabela 10 a seguir ilustra os resultados das diferenças estatisticamente *significativas* e *não-significativas* entre as médias dos grupos grave e leve.

Tabela 10 - Variáveis estatisticamente significativas* e não-significativas na comparação entre grupos de pacientes com toc grave (g1) e leve (g2)

	GRUPO	Média	Desvio padrão	t	p-valor
R	grave	26,13	12,50	-1,325	0,196
	leve	31,93	11,45		
%F	grave	50,53	17,61	-0,129	0,898
	leve	51,27	13,22		
SUM6	grave	6,87	6,56	-0,647	0,523
	leve	8,73	9,05		
*WSUM6	grave	31,27	32,91	2,557	0,021
	leve	8,73	9,05		
*NIVEL 2	grave	3,93	4,37	3,105	0,007
	leve	,33	1,05		
DV1	grave	,20	,41	0,475	0,638
	leve	,13	,35		
INC1	grave	1,00	1,00	0,211	0,834

	leve	,93	,70		
INC2	grave	,60	,91	1,852	0,08
	leve	,13	,35		
DR1	grave	1,13	1,30	0,148	0,883
	leve	1,07	1,16		
*DR2	grave	2,73	3,35	3,105	0,010
	leve	,13	,52		
FABC1	grave	,33	,72	-0,468	0,644
	leve	,47	,83		
FABC2	grave	,60	1,18	1,706	0,108
	leve	6,67E-02	,26		
ALOG	grave	,27	,59	1,740	0,104
	leve	,00	,00		
PSV	grave	,40	1,30	0,568	0,577
	leve	,20	,41		
*MOR	grave	2,60	3,22	2,148	0,047
	leve	,73	,96		
PAR	grave	6,40	4,93	-1,639	0,115
	leve	10,40	8,07		
C0P	grave	,33	,62	-0,323	0,749
	leve	,40	,51		

Fonte: Criada pela autora

Obs: As variáveis **DV2** e **CONF** não foram computadas porque o desvio-padrão de ambos os grupos = 0.

5.2. Análise qualitativa do processo de elaboração da resposta dos casos selecionados para ilustração

A parte a seguir apresenta um resumo dos principais pontos focalizados em cada caso. Seguem-se os protocolos dos pacientes, com a transcrição da fala de cada indivíduo na fase de associação, em *itálico*, acompanhada das palavras, frases ou indagações por parte do examinador no inquérito relativo, visando a esclarecer pontos relativos à classificação das respostas.

A análise qualitativa do processo de resposta encontra-se após ou intercalada entre o inquérito, conforme se julgou mais didático.

Além disso, optou-se pela utilização da numeração dos detalhes e não a folha de localização, a fim de facilitar a compreensão. Finalmente, as respostas não foram classificadas de acordo com o Sistema Compreensivo, exceto com relação a alguns códigos pertinentes ao foco deste estudo, assinalados em negrito, **assim como** comentários dos pacientes significativos no contexto da análise do caso.

A seqüência de apresentação dos casos está na seguinte ordem: inicialmente, os quatro casos de TOC grave cujos resultados nas variáveis relativas a este trabalho estão discrepantes acima da média grupal. A seguir, dois pacientes com índices abaixo da média, e um com índices mais próximos da média grupal. Um paciente do grupo leve será comentado ao final.

O colorido e a peculiaridade dos fenômenos psicopatológicos descritos na seção 4.1.4. têm o papel de uma lente, por meio da qual procura-se alcançar uma compreensão mais apurada sobre a qualidade das alterações cognitivo-afetivas dos protocolos.

Nem sempre todas as pranchas serão sistematicamente analisadas, mas somente quando se quiser ressaltar pontos relevantes ao trabalho.

Os nomes dos pacientes são fictícios e os casos são identificados por meio de seu número respectivo e iniciais.

5.2.1 Quatro casos de TOC grave com índices acima da média grupal

Caso 04:

Insanidade abortiva: medo de perder o controle sobre as obsessões sexuais e perfeccionismo

*“Não sei porque, mas de repente passou pela minha cabeça
mulheres tomando banho. Não sei porque – foi descontrolado ”
“Um monte de idéia passa pela minha cabeça!.”*

Este foi escolhido como o primeiro caso a ser comentado pelo fato de obter os maiores escores nas variáveis em estudo, associado a um número elevado de respostas, oferecendo assim a oportunidade de se observar a intensidade e as peculiaridades com que essas alterações cognitivo-afetivas se manifestam no caso desse paciente em particular.

A DR ocorrem quando se produzem verbalizações inadequadas, estranhas, alheias à tarefa principal. No caso deste paciente, muitas são DR nível 2, que vêm acompanhadas de conteúdos *sexuais* - tema importante de suas obsessões. Esses conteúdos são expressos de maneira crítica, negativa ou bizarra (como nas pranchas I, II, III, VII e VIII). A maioria dessas DR2 vem associadas a elementos *mórbidos* (MOR) ou sentimento de tristeza (prancha I), indicando a presença de angústia e conflitos diretamente associados ao conteúdo sexual.

O número elevado de respostas do índice MOR no protocolo (MOR=9), com conteúdos indicando deformidade (pranchas II e III), anormalidade (prancha III e VIII), deterioração (pranchas V, VIII e X) e amputação (prancha VI) testemunha a presença intensa de um humor depressivo, assim como de sentimentos de frustração, aflição e temor frente à possibilidade de imperfeições ou erros do paciente. São

congruentes com sua história de depressão e de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo.

Comentários sobre falta de controle nas repetições de resposta e sobre e conteúdos obsessivos, principalmente de natureza sexual e agressiva, estão destacados em negrito para melhor visualização.

Prancha I

*S: Eu tenho que raciocinar, ou vou falando o que me vem? **Atualmente estou com tendência a ver coisas de sexo. Antes, eu tinha de não ver...** Uma águia – exatamente, foi isso... Borboleta – pode ser. Besouro – que eu nunca tinha visto. Geralmente besouro tem asas, mas a gente vê com a asa fechada. **Quer que continue? Haveria tendência a dizer: órgão sexual de mulher, se não... Só isso.***

Inquérito

S: Águia – falei borboleta primeiro?

S: Teria forma de borboleta, de águia também. Borboleta pela simetria, forma das asas. Isto poderia ser uma combinação de cores. Borboleta tem cores variadas Existem também borboletas escuras, com manchas claras (W).

E: Voltando à águia?

S: Aqui (D7). O bico, as asas, a testa, cabeça... De um jeito impossível: voando de costas. Indo ao céu – apesar da aparência dela não ser feliz! (DR2).

E: Besouro?

S: Essa parte (D4), sem o branco. Essa parte (D1) são as garras. O rabo, o formato não normal da cabeça. A garra bem feita supre a deficiência da cabeça (DR2).

E: Haveria tendência ...

*S: Aqui (Dd37) parecendo o lugar mais fácil de introduzir o pênis – que dói menos na mulher... Que a mulher sente mais prazer! **Tudo que tem rachadura, algo desse tipo, me lembra! (Dd27) (DR2)***

O primeiro comentário de E. já demonstra sua preocupação básica frente à tarefa proposta: ter que raciocinar, ou seja, esforçar-se, obrigar-se a manter o foco da atenção concentrado no processo de resposta, e/ou liberar a tendência a ver respostas de conteúdo sexual, que se impõem à consciência. Paradoxalmente, ele relata também

que já passou pela obsessão de *não* ver coisas de sexo. Esse cenário de luta está apenas começando. A cada novo estímulo apresentado, a cada resposta que elabora, ele vai cair novamente nesse dilema. Ao final da associação, reafirma sua preocupação com os conteúdos sexuais: *“Haveria tendência a dizer: órgão sexual de mulher...”*

No inquérito, E. inicialmente se preocupa com a ordem em que deu as respostas: *“Qual falei primeiro...?”* Ao longo deste, observa-se, entre outros, códigos DR2. Um deles mostra uma demonstração de ironia: a águia está indo ao céu – supostamente algo positivo, agradável - *“...apesar da aparência de não estar feliz.”* Ressaltam aqui elementos de seu humor depressivo, que vai se manifestar por meio de vários códigos MOR, como esse DR2: *“garra bem feita supre a deficiência da cabeça”*. Outro DR2 surge quando ele faz nova derrapada cognitiva ao tentar caracterizar sua respostas sexual; descreve uma relação sexual particularizando o lugar *“mais fácil de introduzir o pênis, que dói menos na mulher...que a mulher sente maior prazer.”* Sensações de dor e prazer mesclam-se ao conteúdo sexual.

Finaliza o inquérito com novo comentário sobre a generalização que tende a fazer, quando o estímulo tem alguma particularidade que pode lhe evocar o genital feminino - *“Tudo que tem rachadura, algo desse tipo, me lembra!”*

. Prancha II

S: Não vejo nada... Em cima tem dois cavalos. Embaixo, uma borboleta... Ânus...Borrão de tinta...

Inquérito

E: Borrão de tinta?

S: É um comentário. Falta de imaginação – tudo é um borrão de tinta. Mas tem mais dois cachorrinhos e um pulmão.

E: Dois cavalos?

S: Duas patas dianteiras, o formato da cabeça, o rabo, e as pernas para trás. O pescoço e a cabeça não estão bem definidos, mas o corpo e pernas, sim. Para quem conhece cavalos e gosta, dá para se perceber. Pernas para trás, como se estivesse dando um coice (D2) (**DR1**).

E: Borboleta?

S: Na parte vermelha. Uma borboleta sui-generis, por causa dessas duas pontas. Uma borboleta que eu gostaria de ver (**DR1**). É bonita.

E: O que o levou...?

S: Exatamente o formato das asas prolongando-se para cima da cabeça. A parte central do corpo, e o reflexo – talvez o reflexo nessas pontas lembrassem alguma coisa muito bonita de uma borboleta

E: Reflexo?

S: As pontas... São parte da borboleta. As duas pontas me impressionam bastante na beleza dela, como também o perfeito formato. (Mostro folha de localização) Veria no cartão e aí nessa folha. (D3) (**DR1**)

E: Ânus?

S: Não tá bem feito, não parece bem. Realmente, não tem função nenhuma. Nem ia poder chamar de ânus, dado que os cachorros estão bem delineados, justamente pelo branco. Dado isso, é deformidade. Seria apenas uma questão de ser um buraco. Só isso. Mas falei tá falado (DS5) (**DR2**) (**MOR**).

Seu comentário na associação mostra dificuldade de iniciar o processo de elaboração nessa prancha, que vai superando, embora no final não resista em fazer um descrição da característica concreta do estímulo: “*borrão de tinta*.”. Ou seja, percebe que tem que interpretar, ou desambigüizar, mas permite-se fazer tal comentário.

No inquérito, faz uma autocrítica: “...*falta de imaginação-tudo é um borrão de tinta*”. Algumas respostas DR testemunham sua necessidade de exibir seu conhecimento: “*para quem conhece cavalos...*”, ou exprimir desejos: “*a borboleta que eu gostaria de ver...*”. Ao responder a pergunta do examinador sobre resposta com conteúdo sexual, novamente desvia-se das instruções, faz comentários bizarros. Inicialmente refere-se ao ânus-

resposta ao cartão como se fosse real, e não tendo qualquer função: “...*realmente, não tem função nenhuma...*”. Em seguida, perde a capacidade de seletividade devido à atitude perfeccionista: “*nem podia chamar de ânus dado que os cachorros estão bem delineados*”, aliada à morbidez “...*deformidade*”. Ao final reduz sua resposta a algo bem vago: “*questão de ser um buraco. Só isso.*”. Apesar dessas idas e vindas, críticas e transformações da resposta, mostra atitude de quem, apesar de tudo, aceita as regras do jogo: “*falei tá falado.*”

Prancha III

S: Duas pessoas tirando água dum poço. Dois cavalos marinhos ao contrário, de cabeça prá baixo (inverte sua perspectiva, mas não muda a posição do cartão). Pulmão. As pessoas seriam irmãs, teriam alguma semelhança nas feições faciais.

Inquérito

S: Duas pessoas apanhando água dum poço. O nariz é como se faz em desenho animando – que a gente chama cara de rato. Há certa deformidade (MOR). No internato, tinha dois amigos, ratinho e ratão. Cara de rato, em geral, para as pessoas – para mim – significa feições desagradáveis. Rato representa ladrão. Representa – pode não ser. No caso dos dois amigos, não eram. (DR2) Geralmente, são pessoas com isso (aponta o próprio queixo) prolongado (D1).

E: Seriam irmãs, semelhança?

S: Idênticas. A simetria. Não me parecem pobres nem flageladas. Apenas tirando água – para regar planta. Como todas as outras simetrias. (D1) (água dum poço?) Ou tórax de uma pessoa, poderia ser.

E: Cavalos marinhos?

S: Belíssimos, aqui.

E: Impressão?

S: Cabeça, parte do corpo. Apesar de isso não parecer tanto (D2).

E: Pulmão...?

S: Tá bem delineado. A forma perfeita – bem parecido (D3).

Aqui, consegue captar o elemento humano sugerido pela prancha criando uma resposta de movimento de duas pessoas juntas, que ao final da associação tornam-se “irmãs.” A propósito dessa sua última interpretação, vale lembrar que um dos

componentes de suas obsessões são impulsos agressivos dirigidos ao *irmão*, e que talvez a incorporação desse elemento pessoal na resposta faça sentido nesse contexto clínico.

O inquérito acaba sendo oportunidade para um DR2 no qual projeta conflitos envolvidos em sua percepção dos seres humanos. Estes são vistos com morbidez (MOR) e crítica: “*cara de rato...deformidade...feições desagradáveis...ladrões*”, ou, em algumas exceções, mais positivamente “*rato representa ladrão...no caso dos meus amigos, não eram*”. Na continuidade, após observações sobre a simetria dos estímulos seguem-se comentários envolvendo perfeccionismo: “*a forma perfeita- bem parecido.*”

Prancha IV AV >

S: Posso virar? V> Um cachorro - dois cachorros, um de um lado, outro de outro. Um dos meus animais preferidos. Latindo para alguma coisa que poderia ser um pássaro, cobra... Difícilmente seria uma cobra... V Essa parte (D1) poderia considerar um inseto saindo de algum casulo, de alguma coisa... Duas galinhas, aqui em cima. Ou uma explosão da bomba atômica.

Inquérito

S: Um cachorro, dois cachorros – a boca, o focinho, o rabo (D6).

E: Latindo para alguma coisa – pássaro, dificilmente cobra...

S: Agora me parece... Não parece bicho, pássaro, e muito menos cobra. No máximo, uma ave (D4): aqui tem cabeça, e um pequeno pedaço do pescoço (D6+D4).

E: Casulo?

S: Um casulo – inseto saindo de dentro de um casulo ou de alguma coisa. Garras, partes normais de um inseto. Inseto... Talvez lagarta, porque tem pernas. Como cigarra. Como cigarra saindo de dentro da terra. Eu gostava de ver nascer, e pegar. Sai do casulo, e ele fica enterrado na terra. O corpo é daqui prá fora. O resto ainda enterrado na terra (W).

E: Duas galinhas?

S: O próprio formato, e a simetria (Dd99).

E: Explosão...?

S: Poderia ser o cogumelo - se espalhando; também não é delineado. Seria a parte antes do cogumelo – que tivesse a parte cilíndrica como que parada no ar, enquanto o cogumelo teria se dissolvido. Ela

mesma, cilíndrica. É um pouco mais essa parte (D), mas entra tudo. Não está bem representado não. (W).

Nessa prancha vale mencionar suas idas e vindas no processo de elaboração da resposta e seleção do conceito *“poderia ser pássaro, cobra...Difícilmente uma cobra”* aliadas à preocupação com exatidão *“não está bem representado não!”*. Introduce um comentário que captura histórias de sua infância de um tom agradável, em meio à tarefa, o qual é codificado como DR1: *“eu gostava de ver nascer, e pegar...”*

Prancha V

S: Uma belíssima borboleta... Pernas de algum aleijado (MOR) duas a duas – talvez fossem braços... Duas pontas de seios. Pernas, pés – pequenos esqueléticos. Assim mesmo, olhando, parecendo feio, continua bonito...

Inquérito

E: Borboleta?

S: Outra borboleta, no total (W).

E: Em que parece...?

S: As asas, essa parte, o rabo, a forma (W).

E: Aleijado?

S: Pernas ou braços. Um normal e um anormal (MOR). O formato. (D10).

E: Duas pontas de seios?

S: Sim, apenas aqui. Não pertence à figura, como seio. Como qualquer outra coisa, poderia ser citado. Apenas seio. Não é importante na figura. (Dd24). É mais importante a figura da borboleta!

E: Pés pequenos, esqueléticos?

S: Aqui, sim, dois pés pequenos! De caveira – pés já deteriorados (MOR). Pé espichado, como que dançando ballet (FABCOM). O próprio pé de caveira! (Dd26).

Novamente, assinala-se a presença de conteúdos mórbidos, um deles associado ao código FABCOM: *“pés já deteriorados. Pé espichado, dançando ballet.”*

Prancha VI

*S: Um pênis cobrindo um gato (**FABCOM2**) – parece a ponta do bigode. Em cima, retirando o bigode de gato, poderia ser outra borboleta. Um besouro. Duas cabeças de pássaro – pássaros carnívoros, aparentemente. **Não sei por que, mas de repente passou pela minha cabeça mulheres tomando banho. Não sei por que – foi descontrole.** Poderia considerar também órgão sexual feminino, muito mal feito. Pênis também tem, mas é mais bem feito, desenhado – seria a palavra exata. >V Isso aqui é algum bicho em extinção que eu já vi... A borboleta é bela, belíssima – essa. Aí me passa pela cabeça dois terríveis monstros, que vêm correndo! **Um monte de idéia passa pela minha cabeça! V** Uma espécie de dois macacos, ou antepassados do homem, cortados ao meio (**MOR**), na altura da cintura (aponta para a própria cintura).*

Inquérito

E: Pênis cobrindo gato?

S: É, por trás dele, talvez um gato... Por trás, esse aqui são as barbas dele. Isto aqui poderia ser parte do escroto, mas não está bem desenhado.

E: Barbas, gato?

S: Barbas apenas aparecendo. Não sei por que lembrou gato. Barbas representando um gato (D8).

E: Borboleta?

*S: Aqui... Encoberta – o centro dela encoberto pelo pênis (**FABCOM2**) as asas, o corpo (Dd99).*

E: Besouro?

S: Parece um inseto, cabeça de inseto. Não é o inseto que lhe falei? Realmente, parece mais besouro por causa das garras (Dd99)

E: Duas cabeças de pássaros

S: Provavelmente carnívoros, por causa do bico . Apenas a cabeça (Dd21).

E: Mulheres tomando banho?

S: Poderia considerar o órgão sexual feminino (D1). É a impressão de escuro – seriam pêlos – e a fenda é a linha que faz a simetria.

E: Pêlo?

S: Porque dá a impressão de que se está fotografando algo escuro – e também a parte mais clara.

E: Impressão de pêlo?

S: Nada que me dê a impressão de pêlo – somente uma fenda em algo escuro – que poderia ser relacionado com órgão sexual feminino. Como não poderia... (D1).

E: Bicho em extinção?

*S: Antepassados do homem – macaco – o formato da boca em si. A protuberância... Não, o contrário – a entrada. Se bem que a ave continua em cima, e não deveria. Não é o lugar dela, nesse momento em que vejo homem ou macaco. Esse seria realmente homem – não pensei em mulher. Ou um macaco, sexo indefinido (**DR2**).*

E: Macaco, homem?

S: Um gorila, provavelmente masculino. Tem aparência feroz, característica mais do homem...

E: Monstro?

S: Macaco ou monstro de mão aberta, pedindo alguma coisa. Ou reclamando. Não reclamando – pedindo, e explicando porque. Cortados ao meio, da cintura pra cima. (D1) (FABCOM2; MOR).

Nessa prancha, que estimula a evocação de conteúdos sexuais, seu conflito entre dar e retirar esse tipo de conteúdo se intensifica; a ansiedade aumenta, e acaba por compor duas combinações entre objetos inadequadas, codificadas com FABCOM2: “um pênis cobrindo um gato”, e, no inquérito: “borboleta....o centro dela encoberto pelo pênis”.

Sua angústia frente à iminência de se sentir à mercê das próprias idéias o leva a, mesmo detectando a impertinência dessas, confessar: “Não sei por que, mas de repente passou pela minha cabeça mulheres tomando banho. Não sei por que – foi descontrole ” e “Um monte de idéia passa pela minha cabeça!”.

Vale aqui mencionar a forma como psiquiatra francês Henry Ey (1981) descreve o que denomina de neurose obsessiva. Para esse autor, esta é definida pelo caráter obrigatório dos sentimentos, idéias e condutas, que se impõem ao indivíduo e o envolvem em uma luta infundável, mas na qual ele próprio considera esse parasitismo incoercível como algo irrisório. Ey (1981) acrescenta ainda que há um quê de ambigüidade em sua luta, pois a pessoa tem consciência da natureza obrigatória, impositiva, porém ao mesmo tempo artificial, de suas obsessões.

Prancha VII

S: Pintura de Toulouse Lautrec – duas mulheres. Sempre, como em todas, tendo algo parecido com órgão sexual feminino, que não seria bem, não representa bem. Que não seria bem.... Aqui – dois animais ferozes. Cabeça de dois animais ferozes. Ou abobalhados. Ou ferozes e abobalhados. V Olhando assim seria - de cabeça pra baixo, nariz, que representa figurativamente nariz de rato – sendo bem feitos apenas os olhos. Uma perna só.

Ou duas - não sei se uma perna está atrás da outra. Pela lei da gravidade seria impossível. Lei da gravidade não é... Pelo centro de gravidade do corpo a ser sustentado por uma perna desse jeito... V Em cima, outra borboleta.

Inquérito

S: Quer fumar? Trouxe cigarro, mais fraco desta vez. Procurei isqueiro verde - não encontrei. Comprei preto ou branco... Pintura de Toulouse Lautrec. Duas mulheres. Caricaturesca. Delineando formas... E as formas marcantes da pessoa em si (delineia em seu próprio ombro e rosto). Sei lá, porra! Essa parte é, é mais característico (D2).

E: Órgão sexual feminino?

S: Poderia ser isso e isso. (D6). Ficava melhor se fechado. Essa é a representação mais banal que existe, não diz nada como é; não mostram. Mostram como se a mulher tivesse raspado os pêlos. Mas raspando os pêlos perde a graça. Aqui (parte superior do D6) tá mal feito; aqui (parte superior do D6) tá mais bem feito. (D6)(DR2)

E: Cabeça de animais?

S: Ah, sim, tão aqui. Aparece dente, nariz, a ponta do nariz. O olho. Um feroz idiota. Tem toda feição de idiota (D3).

E: Nariz de rato...?

S: Aqui o olhos. Nariz de rato (Dd21). Ratazanas. Mas maus. Em desenho, gostam e colocar o nariz assim. Um aleijão (D5) – uma pessoa não poderia estar em equilíbrio com essa postura (DR2). Existem nuvens negras sobre a cabeça da pessoa (D4). O próprio Toulouse Lautrec era uma pessoa deformada (MOR). Mas esta não parece tanto uma figura (refere-se a Toulouse Lautrec.) Mas parece em certas coisas – pela forma escrota da figura, um aleijão. A nuvem contribui para uma personalidade como ele. Uma pessoa triste com a vida.

E: Nuvem?

S: Por estar próxima dele, ser escura, o formato lembra. É a própria deformação da pessoa que faz com que lembre que é uma pessoa triste – daí a nuvem escura sobre ela (W).

E: Outra borboleta?

S: Não bem caracterizada. Não representa. Assim V parece mais. Sem parecer muito bem. O formato das asas, o corpo (D4)

“Sempre, com em todas, tendo algo parecido com órgão sexual feminino, que não seria bem, não representa bem. Que não seria bem...”. Esse comentário mostra, além da persistência no fluxo mental de conteúdo sexual, sua preocupação perfeccionista: como se a mancha pudesse representar com perfeição uma forma, um conceito que idealizou. No inquérito, não resiste a novamente criticar a relação ideal – estímulo: “Ficava melhor se fechado. Essa é

a representação mais banal que existe, não diz nada como é; não mostram. Mostram como se a mulher tivesse raspado os pêlos” e inserir uma opinião pessoal e irrelevante à tarefa (DR2): “Mas raspando os pêlos perde a graça.”. Prossegue no inquérito com projeções de MOR envolvendo indivíduo com defeito físico, que qualifica como *não-pessoa* e correndo o risco de desequilibrar-se: “Um aleijão; uma pessoa não podia estar em equilíbrio com essa postura”. O clima depressivo vai tomando conta do contexto “Existem nuvens negras sobre a cabeça da pessoa”, pessoa essa que mesmo deformada pode ter seus talentos – “O próprio Toulouse Lautrec era uma pessoa deformada”. Resumindo sua resposta: “Uma pessoa triste com a vida”.

Prancha VIII

S: Cores bonitas! Dois lagartos. Estômago, tronco, parte do pescoço. Poder-se-ia dizer que tá desenhada uma mão – duas mãos é impossível, com a pessoa de frente! **Como em tudo, um órgão sexual feminino**, olhando aqui. Talvez o desenho mais perfeito apesar de ser branco.>Deserto do Saara... Tanto os lagartos como as duas figuras – talvez olhando assim não seja, lagartos, talvez ratos... Essa parte lembra um tipo de erosão em Santa Catarina, Paraná. Não sei bem – mas é Brasil. Pedacos de terra que sofreram erosão. Estão acima do nível normal do chão. Você sabe quais são esses a que estou me referindo!

Inquérito

E: Dois lagartos?

S: Aqui. O formato, as pernas, o rabo (D1).

E: Lagartos? Ratos...?

S: Rato - talvez mais iguana, nessa posição. Apesar da cabeça nada característica de iguana (em que parece?) O formato. Quase as mesmas características do lagarto. Antepassado – tem escamas (?) o contorno. Mais brutos, de tempos remotos.

E: Estômago... Mão?

S: Partes de uma pessoa – estômago, órgão sexual (Dd23) . O tórax (D5), o ombro, o pescoço (D4). Mãos pequenas, defeituosas, anormais (**MOR**). Pescoço (Dd30) também não bem feito, fino demais.

E: Partes de uma pessoa, você disse?

S: É muito fácil de ver. Sempre coisa perigosa, fácil de adoecer – me ocorreu. Tórax forte, junto com a parte superior do ombro – uma pessoa forte, provavelmente atleta, com mãos incompatíveis (DR2).

E: O que o levou...?

S: A forma. Não, talvez a divisão de cores. Mas se fosse negro, talvez também desse. Assim é mais bonito... O estômago vermelho – perigo! O tórax verde, forte. O ombro, cinza esverdeado, também forte. Apesar das mãos (D6).

E: Órgão sexual feminino?

S: Bem mais caracterizado

E: Apesar de ser branco?

S: O contraste. Há uma – como chama? Algo de cor diferente – por contraste! (DS3).

E: Deserto do Saara?

S: Não lembra, mas as cores sim – amarelo, alaranjado. Vermelho lembra calor (D2).

E: Erosão?

S: Aqui, uma parte do que seria morro ou coisa erodida pelo vento, pela água. Os pequenos contrastes entre as cores faz com que eu veja formas sombreadas (Dd99).

Apesar de o tom afetivo inicial ao receber a prancha ser positivo, vai novamente demonstrando a presença dos aspectos obsidentes “Como em tudo, um órgão sexual feminino”, perfeccionismo: “Talvez o desenho mais perfeito *apesar de ser branco*” e humor depressivo (MOR) “mãos pequenas, defeituosas, anormais”.

Prancha IX

S: Dois bruxos ou bruxas brigando iguais - sempre há divisão idêntica em todos. Mar verde – todos os desenhos têm as cores que mais gosto. Mas não sei por que tenho atração pelo verde e amarelo. Desde pequeno sempre escolhi o verde para minhas coisas. Às vezes tenho raiva do verde – **por confusão de idéia começo a duvidar de tudo que sinto**. Apesar de hoje não vir com tanta intensidade. Vêm com tanta intensidade as idéias obsessivas que fico confuso. Uma bailarina e um bailarino, muito sutilmente desenhado. Aqui também poderia ser uma chaleira de barro, ou alguma coisa com cabo de barro para segurar. Muito bonito!

Inquérito

E: Dois bruxos ou bruxas brigando?

S: Como disse – duas bruxas, tenebrosas e maravilhosas. Os dedos compridos (Sorri). Roupa grande, larga. Bruxas, não seriam bruxos. Não lembro nada mais do que isso. Na parte amarela... Não é a cor, mas o contraste, e o mais importante, o formato (D3)

E: Mar verde?

S: Não vejo mais mar. E, sim, muito mais terra com lago no meio. A parte esverdeada, a terra (D1) e o lago no meio (DdS29) seria o lago.(D1+Dds29).

E: Bailarinos?

S: Não! Um bailarino, e uma bailarina. Namorei uma. Dançando. Ou pelo menos, tentando, ensaiando, dançando. Aqui a perna (Dd33).

E: Chaleira de barro?

S: Cabo de barro e a chaleira. Ou pote de barro com alça. A cor, o aspecto artesanal (D4).

Aqui vale enfocar suas preocupações com a simetria “há divisão idêntica em todos” e sua ambivalência de sentimentos em relação ao conteúdo humanóide “Dois bruxos ou bruxas brigando iguais... duas bruxas, tenebrosas e maravilhosas”, os quais estende animisticamente à cor verde, polarizados em amor e ódio: “Mar verde – todos os desenhos têm as cores que mais gosto...Mas não sei por que tenho atração pelo verde e amarelo. Desde pequeno sempre escolhi o verde para minhas coisas... Às vezes tenho raiva do verde”.

Nessa luta vã contra a indecisão e indefinição, sua angústia vai progressivamente aumentando, e a sensação de loucura, de fusão, con-fusão, sobre esses sentimentos o levam a uma atitude de dúvida generalizada e sistemática – cartesiana, poderíamos dizer - sobre a afetividade: “por confusão de idéia começo a duvidar de tudo que sinto...”.

Prancha X

*S: Caranguejos, em azul. Outra espécie de caranguejo que conheço como siri, em marrom. Dois seres – marcianos, idênticos como sempre. Partes do corpo – corpo grande, com pulmões. Grande, e pequeno também. Em amarelo seriam dois cavalos dando coice prá trás, o que é evidente, não se pode dar coice prá frente! Talvez, aqui, não sei bem se é isso – mas poderia ser dois ovários de uma mulher – ou ventre. Aqui – parte da galinha **morta**, que tem dois ossos – com bastante carne em volta. Como é? ...**Imediatamente quando penso órgão – a parte da galinha que***

se chama sobreco – que achava gozado. Hoje não acho. A gente chamava de ganhador. Parte muito gostosa da galinha, mais que o peito. Uma chave- mecânica. É isso.

Inquérito

E: Caranguejo?

S: Caranguejo, mal desenhado (?) as várias patas, e o centro arredondado(D1).

E: Siri?

S: Aqui, bem desenhado, um siri. O formato do corpo. A cor pode ajudar, mas pouco. (D7).

E: Dois seres...

S: Marcianos: perna, corpo, rabo, boca, olhos, antenas. Idênticos. Parece que um tá discutindo com outro. Pela proximidade, apesar de os dois terem quase a mesma feição (D8)(**ALOG**).

E: Partes do corpo?

S: Rim? Pulmão, pelo formato (D9). Definiria mais como pulmão. Pelo aspecto dele, a ligação entre eles(aponta D6). Pulmão deteriorado. Parece que em processo de envelhecimento, cheio de reentrâncias. Alguém que fume muito, alguém com câncer (**MOR**). E a cor... Mais escura, menos saudável.

E: Ligação...?

S: Coisa óssea, passa por trás (D6+D9).

E: Dois cavalos?

S: Cavalos, figuras mitológicas. A cabeça, o rabo, o pescoço. Patas, o corpo. Dando coice prá trás. Mitológico – de culturas antigas, de Creta. Lembra Minotauro. Li num livro que... Pelo estilo (D2).

E: Dois ovários...?

S: Ovário de mulher – talvez porque tenha visto na TV algo sobre – implantação de... Óvulo. Óvulo já fecundado e aparece o desenho dos órgãos interiores da mulher. Se não me engano, a trompa. Não sei se é trompa!(D5)

E: Ganhador?

S: Ganhador – a parte mais gostosa da galinha. A forma, o destaque dado a ele, o fundo branco (D3).

E: Chave-mecânica...?

S: Ferramenta – chave de fenda. Não, talvez uma lima. Instrumento... A parte do cabo dele, a aparência (D14).

E. novamente não consegue resistir ao impulso de comentário sobre a simetria do cartão: “Dois seres – marcianos, idênticos como sempre...”. Em seguida, um elemento mórbido (MOR) associa-se a um conteúdo animal: “galinha morta”, que vai aos poucos se transformando em alimento, trazendo a conotação de algo prazeroso: “galinha morta,

que tem dois ossos – com bastante carne em volta”. Após essas variações na tonalidade afetiva da resposta, seu trânsito associativo se interrompe com a intrusão de um conteúdo sexual: *“Como é? ...Imediatamente quando penso órgão – a parte da galinha que se chama sobrecoi”*. Este o desvia da tarefa em curso (DR) para dar espaço a um comentário sobre essa mistura de sensações e afetos: *“que achava gozado. Hoje não acho. A gente chamava de ganhador... Parte muito gostosa da galinha”*.

Durante o inquérito, E. faz uso de um raciocínio arbitrário e inadequado para fundamentar sua resposta sobre a discussão entre dois seres: *“Marcianos...discutindo um com outro - pela proximidade, apesar de os dois terem quase a mesma feição ”*. Ou seja, nem a proximidade justifica logicamente estarem discutindo, nem o fato de terem a mesma feição é argumento que contraria essa idéia. O elemento agressivo, já presente em vários outros momentos de seu protocolo, parece ser-lhe conflitivo, de modo que tem que encontrar uma razão necessária (mas não suficiente nem adequada) para justificar esse ato em um humano (ou humanóide, já que se trata de um marciano).

Ao final, tende a deprimir-se mais intensamente quando inclui conteúdo anatômico humano, a ponto de acrescentar que o pulmão pertence a uma pessoa que tem um vício (fumar), envelhece e tem doença mortal *“Pulmão deteriorado. Parece que em processo de envelhecimento, cheio de reentrâncias. Alguém que fume muito, alguém com câncer”*.

Caso 09:
Assim é ? (ou não é real ?) se lhe parece

“Meu cunhado fala muito sobre essas coisas... Acredito nas coisas que ele fala, ele é muito vivido e esclarecido mentalmente. Às vezes pergunto aos médicos se é realidade ou não...”

Parodiando o teatrólogo italiano Pirandello, vamos captar neste caso principalmente os momentos em que aspectos psicopatológicos do TOC vão adquirindo nuances psicóticas. Alguns DR2 envolvem comentários alheios à resposta, mas importantes para este paciente, pois revelam sensações subjetivas ligadas ao equilíbrio extremamente instável que tenta manter ao tentar diferenciar a realidade do irreal. Neste caso, nem sempre as coisas são o que parecem ser...

Algumas peculiaridades na forma de se comunicar são observadas, como se tivesse dificuldade de captar com precisão a amplitude semântica de algumas palavras. Aparentemente, trata-se de um problema na esfera da linguagem, que dever ser posteriormente investigado.

Outros códigos críticos refletem também seu temor intenso frente à iminência de perda desse equilíbrio, assim como a necessidade de buscar aflitivamente alguma forma de imaginária ou magicamente compensar essa instabilidade: repetitivamente insere um elemento de *apoio* e de *proteção* em diversas respostas. Ao longo do protocolo estes se tornam mais freqüentes, e vai construindo respostas (FABCOM) de relações inapropriadas e irreais entre objetos, atribuindo-lhes animisticamente os papéis de protetor-protégido. Em sua história pessoal, vale lembrar que já recebeu o

diagnóstico de esquizofrenia, compatível com esses deslizos de natureza psicótica que comete no protocolo de Rorschach.

Prancha I

S: À primeira vista me parece um enorme morcego.

E: Mais alguma coisa?

S: Da segunda olhada, parece também com uma aranha, mas é mais com um morcego. É uma coisa meio esquisita, porque o morcego é feio prá burro. Nunca vi ele de perto, mas tem uma carinha feia. É um bichinho assustador. Meu cunhado vacinou um cavalo contra raiva porque tem muito morcego lá, e, se não vacinar contra raiva não tem jeito. É muito bem feito o desenho, inclusive por causa dessa reta no meio da figura, que representa – como uma divisão, como se fossem duas partes – vamos dizer de uma asa – quem sabe até de uma folha? Às vezes olho para as árvores, a gente olha longe, depois quando chega perto vê mesmo o que era... Pelas garras, parece mesmo um morcego...

Inquérito

E: Morcego

S: Pelo contorno, e garras. Por aqui tem uma volta, que pode parecer umas certas anteninhas.

E: Cara feia, assustador?

S: Porque o rosto dele é... Parece os dentinhos, e o rosto.

E: O que o levou...?

S: Acho que foi a cor preta também – apesar que ele é um pouco marrom – mas escuro. À noite, se iluminar, ele corre, porque detesta luz.

E: Aranha?

S: Nessas próprias voltas que tem – então poderia ser uma aranha, daquelas bem enormes.

E: O que o levou?

S: O tamanho. Acho que um pouco foi essas partes, ao lado, um pouco dissolvidas, me lembra um... Representou que nem pelinhos (aponta detalhes externos).

E: Asa, folha...

S: Essa reta do desenho – mas falei porque às vezes você vê alguma coisa longe, depois quando chega perto vê mesmo o que é...

Uma rigidez inicial da percepção – ou é morcego, ou aranha – aparece na associação. Mas ao longo do inquérito aparece uma fluidez, associada ao uso impreciso de palavras: “Nessas próprias voltas que tem... Acho que um pouco foi essas partes, ao lado, um pouco dissolvidas”. O inquérito traz à tona sua intenção e esforço em traduzir seu

pensamento, seu mundo, para o outro. Ao final, faz uma metáfora sobre o ser e o parecer, que se fundem e confundem. *Às vezes olho para as árvores, a gente olha longe, depois quando chega perto vê mesmo o que era...*”

Prancha II

S: Aqui embaixo se parece com uma borboleta, essa parte vermelha e essa parte escura. Essas partes (laterais) estão meio... Aqui em cima também... Aqui (D superior) parece uma espécie de nó – como se fossem cumes amarrados. Dá a impressão de ponta de uma flecha. Agora – as partes escuras ao lado... Tá um pouco difícil... Pode ser parecer também com um símbolo – vamos dizer assim – em geral um símbolo. Ao mesmo tempo, nesta parte branca pode se parecer com espaçonave. E aqui poderia ser... Além dessa borboleta que achei aqui, poderia ser, ao lado e aqui, no vermelho, uma espécie de proteção para essa espaçonave.

Inquérito

E: Borboleta?

S: Porque geralmente a borboleta, principalmente as coloridas, têm as asinhas certinhas, e têm essas duas partezinhas...(D3).

E: Cumes amarrados?

S: Parecendo ponta de uma flecha – duas pontas de flecha (D4), e aqui a união delas até por pedaços de barbante... Aqui a parte onde se encaixaria o bambu, que se usa para a flecha (D4, parte inferior).

E: Partes escuras pode parecer símbolo...

S: Símbolo... Poderia ser um símbolo de uma – do guardião, que tivesse guardando, por exemplo, essa espaçonave (DS5). Não sei por que vejo muito desenho e filmes de ficção científica... Como se estivesse guardando essa preciosidade, junto com as flechas (D4) e a espaçonave (DS5). Junto delas a borboleta, que significa paz e amor – proteção para a espaçonave.

Constrói aos poucos um símbolo – o do guardião, personagem que vai ter o poder e assumir a responsabilidade de guardar, cuidar de todos os objetos que citou anteriormente: *“a espaçonave...essa preciosidade, junto com as flechas e a espaçonave...junto delas a borboleta, que significa paz e amor – proteção para a espaçonave”.*

Prancha III

S: (Antes da apresentação do cartão) Ah – muitos anos eu achava que não era desse planeta – desse mundo (às vezes a gente se sente assim...). É um pouco estranho. Tanta coisa nova tenho visto, mudou tanta coisa, que a gente fica até achando estranho no meio das pessoas. A gente disfarça e tenta parecer um pouco com elas, senão a gente não sabe o que seja...

*S: (O cartão é apresentado) Aqui estou vendo duas pessoas. Estas pessoas estão ligadas e protegidas de uma forma tanto interna quanto externa. Como se fosse duas pessoas que ainda estivessem nascendo. Então estão recebendo **proteção** por dentro e por fora, através dessas ligações, que é em volta delas e embaixo também. Só. Um pouco estranho.*

Inquérito

E: Duas pessoas?

S: Aqui (Dd34). Como se estivessem nascendo (proteção por fora e por dentro)... As ligações em vermelho (aponta D3), em preto (aponta D7) e as ligações externas (aponta D5). Recebendo proteção através dessas ligações... As pessoas recebendo proteção através das ligações.

Uma explicação para a sensação de estranheza, de desrealização, em que as coisas não parecem o que são, ou não são o que parecem, é achar que não é igual às outras pessoas e que não vem deste planeta “a gente fica até achando estranho no meio das pessoas. A gente disfarça e tenta parecer um pouco com elas, senão a gente não sabe o que seja.” A fragilidade, aflição e angústia fazem com que peça onipotentemente “proteções” e as receba por meio de “ligações” que vai estabelecendo entre objetos, coisas, ou pessoas.

Prancha IV

S: Ah, doutora, sinceramente, sabe o que penso dessa figura? Não faz muito tempo, assisti um filme que tinha um gorila. Quando ele se levantou (Ri), parecia essa figura. Só que a cabeça dele deveria ser um pouco maior, porque geralmente os gorilas são enormes, e têm uma força. É o que me lembra mais. Essas partezinhas bem pequenas, mais claras, encurvadas, é como se fosse raiz de uma árvore. É o que posso dizer.

Inquérito

E: ^ Gorila...

S: As mãos, os pés exagerados, mas é bem parecido. Como se estivesse na frente de uma árvore.

E: Explique melhor.

S: Atrás de uma árvore. Mais bicho... Geralmente as raízes das árvores vão se espalhando para o lugar que a natureza manda. Seria uma árvore nova, com raízes pouco... Mais de apoio mesmo à árvore. Porque ela estaria ainda se formando. Dependendo da árvore, tem algumas que não são tão grossas, mas têm raízes firmes.

Novamente persiste na idéia do apoio, agora sob a forma das raízes – firmes, mas em uma árvore que ainda está em processo de formação.

Prancha V

S: Será que o morcego tá me perseguindo? Que esse parece mesmo, bem parecido. Quando ele dá a avoada ele à noite... Realmente! Parece mesmo. Não sei se a senhora já viu morcego de perto, mas parece mesmo. Teve um tempo que saía com minha irmã de manhã – taquei o holofote na cara dele, e ele voou, que nem avião. O rosto dele é horrível, parece vampiro mesmo!

Inquérito

É: Morcego?

S: Parecidíssimo.

E: Mais alguma coisa que o levou...?

S: Aqui é como se fosse as pernas (D9).

Uma experiência pessoal, em cujo cenário inclui uma pessoa da família, atenua a impressão de medo provocada pelo estímulo-que-se-tornou-morcego: “*Teve um tempo que saía com minha irmã de manhã – taquei o holofote na cara dele, e ele voou, que nem avião. O rosto dele é horrível, parece vampiro mesmo!*”

Prancha VI

S: Esse daqui me lembrou uma coisa – os pulmões. Protegidos por aquela camada. Apesar de que não sei se o meu tá tão negro assim – fumo desde os doze anos. Pelas sensações que tenho na cabeça (refere-se a conteúdo de obsessões), ficar muito tempo sem cigarro...Fico criança, não sei o que fazer. Venho aqui de metrô; se me sentir mal desço, aí pego outro...Gostaria de nunca ter fumado na vida. Drogas e bebidas - nunca!

Inquérito

E: Pulmão?

S: Por causa do desenho ser escuro, então me lembrou um pouco dos meus pulmões (localiza pulmão em um recorte, de forma quadrada, que faz sobre o D1)

A sensação generalizada de necessidade de proteção se estende seus órgãos internos, no caso o pulmão, deteriorado devido ao vício de fumar- este claramente associado à ansiedade, temores e medos por que passou precocemente, e que ainda sente e ressentido.

Prancha VII

*E: Estou vendo dois rostos, aqui e aqui. Só que é um rosto bem diabólico – tem os olhos bem saltados, bem para fora. Uma espécie de narinas um pouco pequenas e quase ligadas aos lábios, e o queixo bem transformado, e uma garganta bem transformada, e um relevo no pescoço. Em cima, na testa, vejo como se fosse um chifre. Vejo duas mulheres, também aqui em cima, duas... Como fossem – como vou dizer – quando uma pessoa é enterrada, dizem que os olhos da pessoa é a primeira coisa que é consumida. É o que me parece. Me parece que tem – as duas têm – que nem o cabelo para cima, e com uma parte voltada totalmente para cima, e uma pequena curva. E embaixo seria que nem uma espécie de **apoio**. Ao mesmo tempo que não consigo identificar o que seria no meio entre um e outro.*

Inquérito

E: Rosto?

S: Chifre, diabólico

E: Explique melhor...

*S: Porque dá para parecer meio esquisito. Essa parte escura (parte lateral do **D3**) seriam os cabelos, e são estranhos.*

E: Narina, queixo, garganta?

*S: Como se estivessem bem **ligados** um no outro: principalmente, as narinas aos lábios.*

E: Duas mulheres?

*S: Na parte de cima (D1). Estariam **ligadas** à própria cabeça dessas duas criaturas que estão abaixo delas (D3). Meu cunhado fala muito sobre essas coisas. Ele veio de Pernambuco – tem passagens... Meu cunhado entrava dentro do cemitério.*

E: Você associou os olhos...

*S: Acredito nas coisas que ele fala, ele é muito vivido e esclarecido mentalmente. **Às vezes pergunto aos médicos se é realidade ou não...** Existe uma parte branca (DS10) – não sei... Como se essas criaturas (D1 e D3) estivessem sendo esculpidas, e então estivessem sobre o apoio de duas rochas (rochas) (aponta Dd23 +Dd23)...É que são bem idênticas – e quando são*

*idênticas é **porque** alguém ou alguma coisa na natureza a colocou como apoio para essas esculturas.*

E: Esculturas?

S: Como esculturas seria bem difícil, mas não impossível...

ALOG: espontaneamente, ou compulsivamente, tem que dar uma explicação para a simetria da mancha; pensamento frouxo, simplista, que começa com a percepção da simetria, perplexidade e necessidade de dar alguma explicação lógica para a existência desse fenômeno – idênticas – e do apoio. Em seu raciocínio, coisas idênticas significa: necessitam apoio.

Efetivamente, faz tanto sentido para ele que os objetos e pessoas estejam unidos, ligados, ou precisando de apoio, que para ele isso se transforma em uma lógica consensual – como se fosse verdadeira essa explicação para todos. Como se fosse uma experiência compatilhável com todos, e não um significado pessoal e singular que dá para o objeto que percebe.

Aqui fica latente uma falha no processo de atribuição de significado – tudo necessita *proteção*, tudo tem que ser *ligado*, unido, com paz e amor. Vale lembrar que sua idéia compulsiva é de que sua cabeça ou qualquer parte de seu corpo desaparece ou desune-se do corpo quando pensa nela. Aspectos paranóides aparecem, sob forma de perseguição, que ele atenua e coloca em tom de brincadeira : “ *esse morcego está me perseguindo!*”.

“*Meu cunhado fala muito sobre essas coisas... Acredito nas coisas que ele fala, ele é muito vivido e esclarecido mentalmente. Às vezes pergunto aos médicos se é realidade ou não...*”. A

sensação de uma estranheza, de não discriminar com precisão, ou de precisar ajuda para perceber a diferença realidade – fantasia, ainda estão lhe incomodando.

Prancha VIII

S: (Ri) Tou vendo dois esquilinhos, esses dois vermelhinhos. Aqui pode ser um ramo de árvores – eles estão tentando subir nessa árvore – o que não é difícil de conseguir. Tem uns esquilinhos lá em casa que têm uns dentinhos. Aqui seria o rabinho deles, que tem o rabinho um pouco peladinho. É um pouco complexa. Aqui, vejo que nem um cálice tipo... laranja. Agora, em cima dele, nessa parte cor-de-rosa, vejo que nem um sininho amarelo que liga essa parte verde. Aí fica... Existe o brilho do cálice em volta dele, mas só dos lados. É o que posso dizer.

Inquérito

S: Esquilinhos (D1) tentando subir numa árvore (D4) que parece como se fosse uma pequena montanha

E: O que o fez lembrar montanha?

S: Pelo pico – essas pontas, como se fosse pontas de galhos (Dd22).

E: Esquilo no vermelhinho?

S: Essas três patinhas, o rabinho espalhado...

E: Cálice, como se transmitisse luz...

S: Como se fosse um cálice encantado, e tivesse o poder de reluzir. (localiza o cálice no Dd23, e inclui a área ao redor, que seria a luz)

E: Tipo laranja?

S: Porque se encontra na cor laranja... Só que quando reluz a luz ta um pouco fraca (cálice laranja) é dessa cor – gosto muito dessa cor.

*E: Sininho amarelo que **liga** parte verde?*

S: Como se o verde (parte V do DdS29) estivesse segurando o sininho amarelo (parte laranja do DdS29)

E: Sininho? O que o levou?

S: É que nem aqueles furinhos (S do DdS29) que põem a fita em volta.

“Dois esquilinho... Eles estão tentando subir nessa árvore – o que não é difícil de conseguir.

Tem uns esquilinhos lá em casa...”: DR2 é o código atribuído a essa associação irrelevante, mas subjetivamente importante. Como se J. se identificasse com o animal e projetasse nele a idéia de que não será difícil conseguir subir na árvore. Como se estivesse, ele próprio, dando um “apoio” emocional ao esquilo, oferecendo-lhe proteção e

reasseguramento. Um código INCOM é atribuído pela combinação inadequada entre dois elementos: mistura “árvore” e “montanha”.

Prancha IX

S: (Tem certa dificuldade de iniciar as associações nesse cartão) Tá difícil... Não sei... Aqui poderia ser uma espada, da parte marrom até onde seria o brilho dessa espada. Essa parte, como se fosse a abertura para essa espada ter a liberdade dela. Tá muito difícil definir as outras cores... Aqui parecem dois mapas, dois países razoavelmente pequenos, mais ou menos de um Amazonas... O cor-de-rosa aqui embaixo – poderia ser um apoio. Acho que só.

Inquérito

E: Espada?

S: Primeiro por causa do marronzinho, me representa como o cabo da espada (Dd21). Depois a lâmina, certinha (cabo e espada: D5)

E: Brilho?

S: Por causa dessa parte que rodeia (D8) mesmo que modifique a cor. Sempre pode haver modificação.

E: Brilho?

S: Da cor amarela da espada, deixou... Transformar a partir de um ponto em outra cor, e seria azul

E: Abertura (DdS25)?

S: Aqui há pequena ligação (Dd25), mas aqui a abertura (DdS32)– para a espada ter a liberdade dela.

E: Dois mapas, dois países?

S: Pareceria com duas Amazônias (?) por causa do verde que existe.

E: Cor-de-rosa apoio?

*S: Apoio por causa que o cabo da espada marrom, além de encostado está também ...Como se estivesse colocado como se fosse **apoio** nessa pedra co-de-rosa (pedras cor-de-rosa) as pedras podem ser modificadas...(Narra história pessoal)*

O animismo prepondera quando vai atribuindo projetivamente sentimentos aos objetos. A espada necessita abertura para ter liberdade. A cor rosa é um apoio. No inquérito, o código FABCOM é atribuído também quando percebe o “verde segurando um sininho”.

Prancha X

S: (Tempo de reação longo). Aqui vejo um pequeno rosto (D cinza superior). Existem pequenas flores que saem desses ramos. Aqui nesse meio, entre esses dois pontos azuis, vejo que nem um vidrinho, daqueles que em cima são mais finos, e quando chega em baixo são mais grossos. Talvez estejam fornecendo alguma coisa para essas partes, ou estejam recebendo alguma coisa dessas partes que rodeiam eles. Ao mesmo tempo, esses dois cor-de-rosa e vermelho, um pouco até escuro – olhando de lado parece um pouco com os países da Europa: Portugal, Espanha – apesar de ser brasileiro, sempre cai um pouco na Europa, nos Estados Unidos.

Inquérito

E: Rosto

S: Aqui o rosto, corpinho e o pezinho...

E: Flores?

S: São esses pequenos ramos (Dd99)... Por quê florzinhas? Com um pouco de imaginação... Aqui seria que nem uma espada (D14). Por dentro é meio verdinha... Por fora um azulzinho bem clarinho, da forma do raminho da flor... Que nem espada - verdinha... Azulzinha, da forma do raminho da flor...

E: Vidrinho?

S: Seria um vidrinho, dessa forma (aponta Dd34), mais fino em cima e grosso em baixo. Como se estivesse transmitindo alguma coisa para essas duas partes (partes laterais ao redor do Dd34, que formam o D6).

E: Países da Eurapa?

S: Espanha. Portugal. Não seria muito grande.

“Seria um vidrinho, dessa forma ...como se estivesse transmitindo alguma coisa para essas duas partes”. Os objetos adquirem vida, têm autonomia, comunicam-se, transmitem informações. Um mundo mágico? Real? Irreal? Perguntem aos médicos...

Caso 7

ET: ser um ser alienígena explica, mas não se resolve o problema.

Talvez lembre também o coração do ET, que brilhava em vermelho ... se for alienígena, pode ter um coração diferente... Se existe alienígena, acredito que tenha sido de outro planeta – não deve ser coração igual ao nosso. O ET tinha um coração que ocupava o peito inteiro...

Prancha I

S: Me lembra... Não sei, acho que uma máscara de carnaval de monstro (mostra a localização para o examinador)... Ou morcego com quatro olhos. É isso que me lembra mesmo, é mais uma máscara. Ou rosto de um monstro, com dois chifres, quatro olhos (aponta)... Morcego não seria... Qualquer

dia... Se tiver tempo, me fala como avalia a personalidade porque tenho interesse em entender isso... Acho que é praticamente a mesma coisa, né? Uma máscara ou um rosto – a cabeça de um monstro. Mais para máscara, porque não tem os olhos... Por isso lembra mais uma máscara... Que tem um buraco para enxergar.

Inquérito:

E: Você falou máscara de carnaval de monstro, depois morcego, máscara novamente. Depois achou que não seria morcego, e ao final considera praticamente a mesma coisa: máscara, rosto ou cabeça de monstro – mais para máscara – explique melhor!

S: Bom, aqui o formato da máscara (W), o orifício para respirar – (S) - máscara de monstro.

E: Máscara?

S: Porque aqui não tem olhos, pupilas é um buraco mesmo.

E: Rosto de monstro?

S: Não, mais para máscara, mesmo.

E: Monstro - dois chifres, quatro olhos, morcego...

S: Morcego. Não talvez essas partes (inclusas no W), mas... Não, muito diferente... Só as asas parecem de morcego.

Este protocolo se caracteriza, basicamente, por um ritmo extremamente rápido e vertiginoso de associações ao estímulo: *máscara de carnaval de monstro, rosto de monstro...*”, que, no entanto não são submetidas a todas as fases do processo de elaboração descritos por Exner (1999). O paciente vai passando de idéia a idéia, e queima etapas, já que a fluência da evocação de conceitos se dá num ritmo tão rápido que não se adequou ao *timing* necessário para a realização de uma tarefa complexa como o é a resolução de problema tal e qual proposta no Rorschach.

A dificuldade de se desvencilhar de uma associação à outra o leva a ir modificando a resposta à medida que se reporta novamente à mesma, o que o conduz a um processo sem fim, no qual as alternativas de possibilidade de definir a resposta não se esgotam. Assim, o processo de resolução de problema fica todo entremeado por

essas dúvidas – representadas por associações alternativas que têm idas e vindas, que são escolhidas, corrigidas, rejeitadas, e reescolhidas.

Na associação, a dificuldade inicial de abstrair os espaços brancos, elaborando, por exemplo, uma resposta que sintetize “morcego” e, ao mesmo tempo, leve em conta (ou abstraia) os espaços brancos fazem com que o paciente dê uma resposta classificada como INCOM – de fusão, sobreposição de *morcego* e *quatro olhos*.

No inquérito, que visa ao levantamento de informações para futuramente classificar as respostas, o examinador fica em uma posição ambígua. Ao mesmo tempo em que deve definir as unidades de resposta (monstro? morcego? máscara de monstro?), tem que se manter fiel à forma, ao processo em que o paciente formulou sua resposta. Assim, seu cuidado foi o de *não* interferir no processo de resposta do paciente.; em sua primeira questão no inquérito, o examinador repete literalmente todas as respostas que fazem parte do percurso associativo do paciente, que ao final desses ensaios parece ter tomado uma decisão: “*mais para máscara...*”.

O examinador tem por função, no inquérito, definir as características da resposta com a maior precisão possível, de modo a poder classificá-la. No caso de pacientes prolixos como este, tem que ser especialmente cuidadoso para *não* intervir e tomar decisões que o paciente não consegue tomar por si próprio – ou seja, nesse caso, decidir o que é unidade de “resposta” (*máscara e monstro*), se são duas ou mais respostas, e se estão sendo vistas ou não como separadas conceitualmente.

Ironicamente, no caso deste e de outros pacientes com TOC, dadas as alterações afetivo-cognitivas próprias do quadro clínico, o examinador pode cair em uma armadilha. Por um lado, tem que captar o percepto formado durante a associação – o qual não tem os atributos concretos da mancha de tinta, e ao mesmo tempo não é tão abstrato e geral como a palavra-conceito emitida como resposta. De outro, nesse processo de idas e vindas e alternativas de resposta expressas pelo paciente, o aplicador da prova também não pode se deixar levar pela ansiedade e precipitar-se para definir o que constitui uma unidade de resposta. Pode, assim, incorrer no risco de ele próprio, examinador, definir a amplitude de cada unidade de resposta, delimitando, ao seu critério, onde começa uma e termina outra. Nesse caso, estaria projetando suas próprias necessidades (de organização, elaboração e definição de cada resposta) sobre a resposta do paciente – e não respeitando seu tempo e modo prolixo de elaboração. Atuando dessa forma precipitada pode, assim, perder essa importante informação sobre o indivíduo que pretende conhecer.

Prancha II

S: Esse aqui me lembra o osso de uma bacia, talvez de uma mulher na hora do parto, por causa desse negócio vermelho... Ou hemorragia – não necessariamente uma mulher... Ou pode ser ovário, deu hemorragia, os ovários desceram. A pontinha lembra o osso do cóccix – é, parece o osso da bacia... É prá interpretar só nessa posição?

E: Pode virar se quiser!

Inquérito:

E: Osso da bacia... Mulher na hora do parto, hemorragia, ovários... cóccix ...

S: O osso, por causa do contorno (D6), e o vão (DS5), e esse aqui (D4).

E: Parto, hemorragia, ovários...?

S: Mais hemorragia interna por causa disso (D4) – parece sangue pingado, escorrido.

E: Sangue?

S: A cor vermelha. O osso do fêmur, o contraste. Com a cor vermelha.

Nesse ambiente mais ansiógeno, em que a cor vermelha estimula a evocação de aspectos mais primitivos e intensos da afetividade, a manipulação ideo-verbal de G. se exacerba. Essa modalidade de funcionamento psíquico é descrita por Henry Ey como *“pulsátil, com idas e voltas incessantes, desencadeada por um incidente mínimo, uma recordação, um gesto anódino”*(op.cit. p.492).

Aqui podemos acompanhar com clareza as trans-formações que as “respostas” do paciente vão sofrendo. Sua primeira fala é: *“Esse aqui me lembra o osso de uma bacia”*. Em seguida, a *bacia* passa a pertencer a uma *mulher na hora do parto* – o estímulo da cor vermelha nesse momento fica em primeiro plano, e o paciente responde a ele inserindo-o na resposta: *“Mulher na hora do parto por causa desse negócio vermelho”*.

Por sua vez, a cor vermelha o arrasta para a associação com um conteúdo mais intensa e diretamente determinado pela cor – *uma hemorragia*. Essa idéia passa ocupar o primeiro plano, e G. tem nova reviravolta na construção de sua resposta: *“É hemorragia, mas não necessariamente em uma mulher”*. Mas a idéia de mulher retorna, sob a forma de sua anatomia: *“ovários”*, novamente sobrepostos à idéia de *“hemorragia”*, que retoma sua força. Finalmente, faz a volta completa do círculo vicioso que forma e trans-forma a construção das respostas nesse cartão: *“Parece o osso da bacia”*.

Prancha III

V^ V

S: Me lembra tipo um... Monstro, inseto, monstro alienígena – talvez com o peito transparente ou aberto... O pulmão aqui no meio... Que tá com hemorragia, que tomou um tiro... Que nem o ET, que brilhava o coração dele... Talvez lembre também o coração do ET, que brilhava em vermelho, até, o coração dele... Ou que ele tá aberto, que teve hemorragia porque tomou um tiro... Ou que ele

tomou um tiro também – tá com hemorragia. Ou que tá aberto – passando uma borboleta no meio dele, e engoliu uma borboleta... Ou talvez um coração – se for alienígena, pode ter um coração diferente. Mesmo caso - tomou um tiro... Ou talvez uma autópsia – abriram para ver com é por dentro, tiraram todos os órgãos, teria um pulmão ou coração duplo. Se existe alienígena, acredito que tenha sido de outro planeta – não deve ser coração igual ao nosso. O ET tinha um coração que ocupava o peito inteiro... (Continua observando o cartão)

*S: De cabeça pra baixo (ou seja, na posição normal do cartão) lembra **também o osso da bacia**, sem as pernas. E isso aqui me parece patas de um cavalo.*

Inquérito

E: Monstro? (D1)

S: O formato bizarro, a cabeça, dois olhos, pernas, braços...

E: O formato (peito transparente, pulmão com hemorragia?)

S: Coração. Duplo. Lembro que no filme do ET era assim: brilhava, ficava vermelho (D3).

E: Pulmão, hemorragia, tomou um tiro?

S: Porque é um pulmão de cor diferente, o que sei de nosso pulmão, que saiba, é cor-de-rosa, e não... (aponta o vermelho)

E: Aberto, passando borboleta, engoliu?

S: Alienígena (D1), a borboleta (D3) Ou ele pode ter engolido ela, ou ele foi morto na autópsia...

E: Autópsia do alienígena?

S: É... É, sobrou só um coração, ou um pulmão, ou os dois juntos (D3) que nem o alienígena que mostrou no Fantástico. Será que é verdade essa história? Os mesmos componentes que formam a Terra existem no Universo!

E: Osso da bacia, sem as pernas.

S: O formato, com um vão no meio. Osso de alienígena, que cortaram pedaço... Quebrado não... Porque não... Ou...

Pode-se descrever o processo de resposta de G, tal como é constituído, como representando a explicitação, ou a verbalização – forçada, pouco elaborada – de etapas que deveriam, a rigor, ocorrer internamente. É como se todo o trajeto – desde a associação, entrelaçamento de idéias e seleção final do material, até a resposta final ser definida – ocorresse de forma externalizada, exposto cruamente em palavras, como um material bruto, não-metabolizado internamente. É como se exteriorizar essas etapas fosse um artifício (compulsivo) para se livrar delas, ou para temporariamente retirá-las da consciência.

Descrevendo de outro ângulo, pode-se dizer que, assim como na prancha I, o ritmo vertiginoso de associações se mantém, e o *timing* para elaboração mais completa da resposta não é respeitado. O paciente vai ligando uma associação a outra, tecendo, entrelaçando impulsiva e rapidamente relações frágeis, ilusórias, virtuais ou implausíveis entre elas.

Nessa prancha, vai ficando evidente o modo em que as alterações, ou lacunas nesse processo de elaboração passo a passo da resposta, repercutem na própria classificação, com vários “códigos especiais críticos” sendo atribuídos.

O código FABCOM2 envolve uma combinação implausível entre dois ou mais objetos identificados na mancha, e é atribuído à resposta: “... *Ou que ele (refere-se ao ET) tá aberto – passando uma borboleta no meio dele, e engoliu uma borboleta*”.

A sensação subjetiva do paciente de estar perdendo-se nesse trânsito entre elementos do real e do imaginário é expressa em um comentário, considerado DR2, ou seja, resposta desviante – irrelevante e inadequada à tarefa em pauta – mas bastante significativa para esse paciente: “*Que nem o alienígena que mostrou no Fantástico. Será que é verdade essa história? Se existe alienígena, acredito que tenha sido de outro planeta – não deve ser coração igual ao nosso. O ET tinha um coração que ocupava o peito inteiro...*”

Cabe mencionar que o tema repetitivo “ET” tem um significado especial para G. No início de seu quadro de TOC, G. apresentava diversos tipos de medo; um deles, mais intenso, era de que o ET (personagem de filme infantil) aparecesse subitamente à sua frente. Aparentemente, a sensação de medo associada a esse conteúdo deve ter

atuado como pano de fundo emocional e/ou elo associativo para as suas respostas, que reverberam em torno deste elemento: “*Lembro que no filme do ET era assim: brilhava, ficava vermelho.*”

Esse tema recorrente aparece, também de forma repetitiva, em outros cartões.

Selecionamos as pranchas V e VIII para discutir mais alguns pontos deste protocolo.

Prancha V

S: \wedge V Me lembrou um morcego... \wedge De cabeça pra baixo me lembra morcego... V Ou assim, também, talvez um morcego, inseto, mariposa, coisa assim. Morcego também, porque morcego tem aquelas... Mas aí seria um morcego diferente – quem sabe até de outro planeta, modificado geneticamente, ou cruzamento de mariposa com... Ou então cruzamento genético de morcego com mariposa – coisa assim, porque morcego tem mãozinhas nas asas, mas não nas pontas – parece mais é garras, mesmo. Isto seriam as antenas, ferrões, atrás poderia ser as patas. Mariposa, aqui seriam as antenas, patas, órgão genital ou excretor, defecação, coisa assim.

Inquérito

E: Morcego, inseto, mariposa?

S: Morcego, mas seria morcego diferente – geneticamente diferente, de outro planeta (**DR2**).

E: Cruzamento genético...?

S: Mariposa e morcego – morcego tem mãozinhas (?) nas asas, mas não nas pontas (D1) – parece mais garras (D1). Ferrões (D6) – e atrás, as patas.

E: Cruzamento genético de morcego e mariposa?

S: Mariposa pelas antenas (D6), patas, órgão genital ou excretor, de defecação - alguma coisa assim (D9).

Ao se deparar com duas associações para uma mesma localização, acaba inicialmente “tomando o caminho mais curto” para costurar essas relações, ou seja, funde duas ou mais associações numa só resposta. Ao final da associação, elaborando melhor seu pensamento, consegue resolver a questão da sobreposição com nova estratégia: formula uma categoria mais ampla na qual inclui os dois conceitos: “*cruzamento genético de mariposa com morcego*” para driblar o problema da fusão, criando

assim um conceito classificatório de ordem superior às subcategorias *morcego* + *mariposa*.

Cartão VIII

S: Esse aqui ^ V tá difícil! Me lembra obra de arte abstrata, expressionista – não entendo muito de pintura, né? Ou um... Não sei... Alienígena, talvez os órgãos internos de um alienígena, também, que seriam... Depois de ter sido aberto para autópsia. Aqui poderiam ser os pulmões, não sei... Aqui... Ou então o útero, trompas de falópio... Bacia, útero... Aqui poderia ser vagina, pênis diferente também.

Inquérito:

E: Obra de arte abstrata?

S: Não tem... Um... Não é uma coisa definida!

E: (repito a resposta)

S: Aqui o útero (D5) É difícil de lembrar – vagina, ou pênis (Dd23). Mais para vagina. Ou pênis retraído. Mas aí não seria fêmea, não teria útero. Seria macho - ou hermafrodita.

Observamos que a temática do “alienígena” persiste repetitivamente também nesse cartão – assim como nos anteriores. Descreve seus órgãos internos, e quando menciona a anatomia ligada à sexualidade, insere órgãos femininos juntamente com os masculinos no mesmo ser: “*Não sei, alienígena, talvez os órgãos internos de um alienígena, também, que seriam... Depois de ter sido aberto para autópsia. Aqui poderiam ser os pulmões, não sei... Aqui... Ou então o útero, trompas de falópio... Bacia, útero... Aqui poderia ser vagina, pênis diferente também.*”

Novamente, a velocidade com que passa de uma associação à outra não permite sequer que se detenha em um espaço mental específico, nem distinga dois conceitos independentes, ou mesmo opte por inserir na resposta os elementos sexuais de um gênero ou outro.

No inquérito, ao explicar seu percepto, fica mais patente esta contradição: “*É difícil de lembrar – vagina, ou pênis. Mais para vagina. Ou pênis retraído. Mas aí não seria fêmea, não teria útero. Seria macho - ou hemafrodita*”

Decide por “*vagina*”, mas ainda fica persiste o conflito, porque a seguir percebe novamente o estímulo como “*pênis retraído*. Não supera o impasse ainda, e não é capaz de inibir um dos conceitos, ou mesmo optar por um deles “... *Mas aí não seria fêmea, não teria útero...*” Ao final, decide por um conceito que inclua as duas possibilidades de interpretação: hemafrodita. Ou seja, vai levantando hipóteses sobre a melhor resposta, tentando fazer uso de uma estratégia de síntese (vagina + pênis= macho? hemafrodita). Finalmente, equaciona razoavelmente bem o problema de perceber tanto uma vagina quanto um pênis em um ser - hemafrodita.

A apresentação desse caso termina enfatizando que esse recurso – capacidade de síntese e de hierarquização de conceitos – é eficiente quando não entram em jogo elementos mais ansiógenos e diretamente ligados aos conteúdos de seus medos e obsessões, como o “ET”. Aqui, derrapagens cognitivas não são evitadas, e, no geral, são contextos onde os códigos críticos especiais se inserem com maior freqüência.

<p style="text-align: center;">CASO 11 Rituais e o processo de resolução de problemas no Rorschach</p>

É um animal que parece coelho, mas não é um coelho, é um animal.
É um animal que parece coelho, mas não é coelho, é um animal.
É um animal que parece coelho, mas não é coelho, é um animal.

Prancha I

S: Morcego- mais.?

E: Pode ver mais, se quiser...

S: Uma abelha... Um filhote de um pássaro. Acho que só.

Inquérito

E: (W) Morcego?

S: Corpo (central), duas lanterninhas que acho que deve ter, a boca não tá... Parece... As asas.

E: O que levou a...?

S: O tipo de figura (W). Tava tentando descobrir mais coisa...

E: (W) Abelha?

S: Corpo, anteninhas, rabinho... Anteninhas da frente, asas...

E: Abelha...?

S: O tipo da figura (W)

E: (W) Filhote?

S: Tudo, porque a figura me representou um corpo com asas...

E: Filhote?

S: A impressão é porque tem asa, corpo, biquinho e tem rabinho (W).

A repetição temática é característica deste protocolo. Conceitos semelhantes, pertencentes à mesma categoria conceitual, são oferecidos como respostas de maneira compulsiva, no sentido de um atraírem ou ao outro, como que grudando e se embaraçando entre si.

Prancha II

S: Um coração ferido... Mancha de sangue no asfalto... (muito sensível ao vermelho). Pedra pichada na parede... Uma construção de uma residência, de um prédio... Só. (Observa, ainda, o cartão; ao devolvê-lo retoma as associações.) Um túnel entre as pedras...

Inquérito

E: Coração...?

*S: Apesar de não ter forma de um coração (?) é um coração... Por causa da cor. Essas manchas de sangue (aponta dos 2 lados do D2) parecem uma lança entrando no coração... **Falei lança, né?** (confirma sua resposta).*

E: Coração?

*S: Mais por causa da mancha de sangue, que a figura não mostra um coração (dificuldade de localizar) (W)... **Só por causa das manchas de sangue, que eu disse. A cor***

vermelha. E disse só por causa das manchas de sangue?(confirma sua resposta – RITUAL **DR2**) (D2).

E: Mancha de sangue no asfalto?

S: Pode ser a mancha vermelha ou a cor vermelha, tanto faz, né ?

E: Explique...

S: Asfalto seria a cor escura. A cor vermelha é a mancha de sangue.

E: Onde é?

S: Imagino que foi um acidente (W).

E: Pedra pichada numa parede?

S: É, dá a impressão de um muro de pedras – aquelas ardósia, pichado por tinta. Seria uma parte do muro, uma das pedras.

E: Pichado?

S: A mancha escura- marrom, cinza, marrom com cinza e vermelho. E mancha... Assim, indefinido. Vermelho indefinido. Tipo pincelada, jogada (W). Todas as figuras parece que tem isso aqui (aponta D mesial) (impressão...) uma seta, uma coisa incompleta – mas pode ser indefinido, também..

E: Construção de residência, de um prédio...?

S: Porque a construção da residência também é construída a partir de pedras – pode ser do muro, da parede.

E: O que levou...?

S: Seria também: imaginei a pedra, só. A cor não tem nada a ver, a cor, a tinta vermelha...

E: Explique...

S: Como se fosse uma pedra, seria uma das pedras - essa mancha escura – e irregular (W).

E: Túnel entre as pedras?

S: Por causa desse vazio (S) branco no meio da mancha escura (gesto indicando profundidade). A abertura – como se fosse para entrar. Aprofundado... O túnel que eu disse é' uma pedra, e um buraco no meio da pedra (WS).

A aderência, a viscosidade com que associa uma resposta ou parte dela a outra é muito nítida aqui. Não consegue se desembaraçar de uma categoria semântica. Usa a estratégia de fazer pequenas modificações na descrição do conceito, talvez com disfarce para a repetitividade evidente nas respostas.

A cor vermelha, em particular, estimuladora de elementos mais primitivos da afetividade, em seu caso é geradora de ansiedade. Rituais de repetição “*Só por causa das manchas de sangue, que eu disse. A cor vermelha. E disse só por causa das manchas de sangue?* e

verificação “*Falei lança, né?*” ocorrem em meio ao inquérito, sem que oponha resistência aos mesmos. Os rituais recebem o código DR2, visto que são associações irrelevantes e mesmo bizarras no contexto da prova.

A sensação de repetitividade novamente aparece projetada em seu comentário, em que caracteriza o estímulo como facilitador da repetição: “*Todas as figuras parece que tem isso aqui ... uma seta, uma coisa incompleta – mas pode ser indefinido, também*”.

Prancha III

S: Dois cachorrinhos brincando com um... Entre manchas de sangue... Duas aves (concentra-se na elaboração; fisionomia seria.) Dois animais apoiados com as patas da frente apoiadas sobre uma pedra ou objeto...(prosódia de como se estivesse ditando as palavras.) Dois animais brincando entre no meio de tintas vermelhas. Tudo vermelho... Representa sangue, prá mim...

Inquérito

E: Dois cachorrinhos brincando?

S: Aqui, um de frente pro outro, brincando (entre manchas de sangue) porque é' vermelho... (W)

E: Duas aves?

S: Não estou conseguindo pensar em aves...

E: Dois animais?

S: Pode ser também dois animais brincando entre no meio da tinta vermelha... (W).

E: Vermelho?

S: Todo vermelho... Sangue

Novamente, o conteúdo de uma resposta resvala em outra, e não consegue inibir a idéia de *sangue*, que insere no contexto não agressivo de uma brincadeira.

Prancha IV

S: Um palhaço... Um monstro... Um animal como orelhas, pata, tronco, cabeça, mas desconheço...

Inquérito

E: Palhaço?

S: Os pés... (D2), aqui o corpo, mais ou menos... Poderia ser os braços (D4), ou parte da roupa. Agora aqui (D3) não tem jeito de rosto não – mas poderia ser uma máscara.

E: Palhaço?

S: No todo eu vejo mais o sapato (sapato?) porque ele é grande, exagerado, e palhaço usa roupa assim.

E: Roupa?

S: Seria um macacão largo; aqui seria a manga do braço... Tá meio estranho, mas... Mas tem que falar algo.

E: Máscara?

S: Tá com máscara de um... Parecendo máscara de um... Parecendo máscara de um bicho (máscara de bicho?) de animal, com um bico aqui (D3)(W).

E: (?)

S: Monstro assim... Porque assisto TV, porque me prende – mas quando olho para a TV dá a impressão de uma cena assim, parecido (W) – meio indefinido, não tanto forma de homem, de pessoa (?) essa parte que o homem não tem (D1).

E: Monstro?

S: Tem as patas (D2) para andar, e seria aqui a continuação do tronco (D1) – e o homem não tem o tronco desse comprimento (não tem...) definhado, a cabeça não tem a forma de uma pessoa, de gente. **É mais para animal, do que para homem deformado. E' mais para animal, do que para homem deformado (DR2) (W)**

E: Animal com orelhas?

S: As orelhas (D4), patas (D2), cabeça (D3), tronco (D5) e desconheço... (W).

Novamente, ritual de repetição de frase, assinalado com DR2.

Prancha V

S: Uma borboleta... E um morcego. Só.

Inquérito

S: Por causa das asas (D4), anteninhas da frente, dessa parte que não sei como se chama (?) a forma da figura. (W)

E: Morcego?

S: Porque todo morcego tem asas (D2); as patinhas do morcego; a cabeça mais ou menos parecida com a do morcego, porque morcego tem cabeça de rato e esse não tá muito parecido com a de rato. A forma (?) a cor também, a cor escura, quase preto (W).

As características desse estímulo, bem mais definido, permite que MV se organize melhor, porém atendo-se a uma resposta popular. Novos elementos significativos aparecem na prancha VII.

Prancha VII

S: Parece água do rio – de um rio... Vejo duas aves, incompletas. Sob o céu... ^ Dois seres humanos, também, incompletos... Dois animaizinhos, sobre uma pedra...

Inquérito

S: Água de um rio (aponta W) – pela distribuição da mancha que parece água em movimento, que seria a parte mais... Porque o rio tem partes mais escuras e claras, e esta (aponta a região mais escura) seria a parte mais funda do rio.

E: (duas aves?)

S: Essas duas aves (D2). O céu seria essa parte baixa (D4). Por causa do rabinho. Acho que tava meio por fora, não ta parecendo muito ave não... Aqui poderia ser uma orelha (D5)... – acho que elas tão voando, acho que só.

E: Céu?

S: Por causa do estilo da mancha, mesclado Nuvem escura por causa da chuva (W).

E: (Dois seres humanos incompletos?)

S: Eu falei incompletos por causa... Da cabeça. A cabeça parece um ser humano, e o resto não parece nada (D1).

E: (Dois animaizinhos sobre uma pedra?)

*S: Parece assim 2 coelbinhos (D2) por causa da orelha (D5), e do rabinho que parece coelho. Só vejo a orelha e rabinho, o corpo não (sobre uma pedra?) eles estão parados, não estão em movimento – parados, e se comunicando da maneira que se comunicam. **É um animal que parece coelho, mas não é um coelho, é um animal. É um animal que parece coelho, mas não é coelho, mas um animal. É um animal que parece coelho, mas não é coelho, é um animal (DR2)(W).***

Aqui, o ritual de repetição foi codificado como DR2.

Prancha VIII

S: V Os órgãos do ser humano...Dois animais parecidos leão - leão não, urso (passa o dedo pelo cartão)...Subindo uma... Montanha de pedreira... 1234, 1234, 1234, 1234 (DR2).

Inquérito

E: Órgãos?

S: Por causa do colorido... Porque pulmão, acho que é de uma cor... Esses fogem um pouco da tonalidade, esses fogem um pouco, mas... Dois pulmões.. Dois pulmões (D5), ou rins, sei lá - tô jogando, não sei onde fica o rim.

E: O que a levou... Rim?

S: Porque são dois rins. Dá a impressão também de uma coluna (Dd21) – coluna não é órgão, né?...
Eu eliminei essas duas figuras (D1) (D6).

E: Subindo uma montanha?

S: Seriam esse dois.(D1)...

E: Montanha?

S: Essa parte inferior, colorida...

E: Subindo...?

S: Porque estão assim na parte... Baixa do solo e **a gente vê as patinhas em movimento. A gente vê as patinhas em movimento (DR2)**. Eles estão inclinados, também, né?

E: Montanha?

S: Seria porque essas elevações, terreno irregular (aponta contorno) (W). Engraçado! **Todas as figuras têm esse chifrinho, aqui, viu?**

Aparentemente, a presença do estímulo cor aumenta a ansiedade e a frequência dos rituais – que ocorrem tanto na associação (1234, 1234, 1234, 1234) como no inquérito “a gente vê as patinhas em movimento. A gente vê as patinhas em movimento”. No comentário a seguir, racionaliza sua tendência à repetição atribuindo-a a características do estímulo: “Todas as figuras têm esse chifrinho, aqui, viu?”

Prancha IX

S: ^ V Manchas de tinta quando se esta pintando uma residência ou um prédio... Sujeira das tintas espalhadas pelo chão – né? Sujeira de tintas espalhadas no chão. Sujeira de tintas espalhadas no chão. Sujeira de tintas espalhadas no chão. Já falei? (quer que eu confirme se já falou a frase)... (DR2). Trabalho pintado por uma criança – pichação de muro... Pichação – não sei se pichação é só escrever, ou se pintura também engloba pichação...

Inquérito

E: Manchas de tinta?

S: Um pintor que não é caprichoso - respingos de tinta. Por causa das manchas que são coloridas. Porque cada lata de tinta é de uma cor, então eles estão mexendo com várias latas ao mesmo tempo... (W).

E: Trabalho pintado por criança?

S: O trabalho de uma criança do maternal... Que nem criança, ela pinta e fala: o que tou vendo aí?... (e ela mesma responde)- um coelho! Responde a criança. E parece mesmo um coelho, um coelho pintado por uma criança... Não, dois coelhos: tipo focinho, orelha (D3), o corpo mais ou menos (no D1). Um coelhinho de pé, um de frente para o outro, sobre uma base colorida (D6). Pode pintar a base colorida de verde, sendo que poderia ser um chão marrom ou um gramado

verde... ela não entende, aí ela pinta do jeito que quer (?) porque não foi a cor certa – porque coelho e branco e preto...e depende da criança, do maternal, porque na fase final elas já sabem discriminar a cor e não pintaria dessa cor, pintaria da cor certa... (W).

Muito evidente é o DR2 codificado em ritual de repetição, como também a tendência a não se descolar de um atributo do estímulo (*manchas de tinta e trabalho feito por criança*) a que se atém, também tentando produzir artificialmente variações no tema...

Prancha X

S: V Trabalho feito por um artista... Manchas de tinta espalhadas pelo chão. Um quadro de pintura... Uma tela, já. Só.

Inquérito

E: Trabalho?

S: Artista de um atelier...Pintor...Seria uma pintura assim...Criativa...Não sei dizer mais nada.

E: O que a levou...?

S: Porque não estou entendendo nada do que o desenho esta aqui. E, ao contrário, ele tá sendo um artista, ele tá entendendo o que pintou. Eu fiz um pouco de pintura, mas eu lembro aqui algumas técnicas, mas não lembro o nome... É uma pintura sem geometria... Sem formas definidas... Ele também tinha tintas soltas, pinceladas (?) porque eu não vejo nada de...Os desenhos estão mais ou menos formados: por exemplo, esses dois rosas (D9), esses dois que estão em verde aqui (D4), essas duas manchas azuis são iguais (D1)...Parece que tá mais coordenada. Também por ser colorida (W).

E: Manchas de tinta espalhadas?

S: Seria quase igual àquela da lata de tinta, o próprio pintor pintando na prancheta, usando as tintas... Para usar o pincel para passar na tela... Às vezes faz mistura de tinta aqui, até chegar à cor que ele quer. Também dá idéia de um pintor relaxado, a prancheta ta relaxada (W).

E: Quadro de pintura, uma tela já...?

S: Um quadro pronto, já... E uma tela pronta, já. Mas com... Que o desenho pintado... É definido pela imaginação do pintor, não imagino o que poderia ser (?) pela configuração, primeiramente, e pelo colorido, e só o pintor identifica (W).

“Porque não estou entendendo nada do que o desenho esta aqui... E, ao contrário, ele tá sendo um artista, ele tá entendendo o que pintou”- como estratégia para dar alguma interpretação para as manchas de tinta, usa um recurso de intelectualização (*pintura*), e cria um

personagem, uma espécie de alter-ego (*o pintor relaxado*) que se permite jogar cores em sua tela como melhor lhe aprouver. A segunda resposta é um outro tempo dessa mesma obra, já finalizada pelo seu autor. A paciente então justifica logicamente que não pode imaginar o que poderia ser esse estímulo (ou seja, interpretar o estímulo, "desambigüisá-lo), mas seu alter ego, familiarizado com esse tipo de funcionamento mais espontâneo (porém *relaxado...*), sim! Pois ele tem o poder de imaginação, e é capaz de criar uma identidade, um nome, um título para aquele estímulo que ela não compreende, e que não lhe faz nenhum sentido: "*e só o pintor identifica*".

5.2.2 Dois casos de TOC grave com índices abaixo da média grupal

CASO 1

Cartesiano em busca da exatidão, precisão e verdade como resposta aos borrões de tinta

Isso aqui é uma coisa de arte... De arte, né? Sou melhor em matérias exatas – cálculo, geometria, coisa de arte não gosto muito... É estranho, não dá pra definir direito.

Prancha I

S: Sei lá, morcego! (continua observando o cartão) (Pode ver o que quiser...)... Filme de ficção. Esquisito pra decifrar direito...

E: Procure ver outras coisas!

S: Filme de ficção...Esquisito prá decifrar direito...

E: Procure ver outras coisas...

Inquérito:

E: (Repito a resposta).

S: Mas aí seria grande (?) na figura – sei lá...

E: Morcego?

S: Porque parece.

E: Em que?

S: As asas, só que aqui tá meio errado! (aponta espaços brancos, interpretando como falhas no estímulo em relação ao percepto que imaginou).

E: Filme de ficção?

S: Esses negócios (aponta D4)... Essa parte.

E: O que o levou a...

S: Parece nave... Robô...

E: Nave? Robô?

S: Não sei se pode ser as duas coisas...

E: Você falou robô - nave – não sabe se pode ser as duas coisas?

S: Robô! (consegue fazer a opção, após estímulo)

E: E o que no estímulo lhe levou à idéia de robô?

S: Ah... Isso aqui (Dd22) – parece um robô sem cabeça... D4

Neste protocolo, com número de resposta reduzido e um tempo de reação bastante longo, o que mais chama a atenção é basicamente a dificuldade de “desambigüizar” a situação – como mencionam Exner (1999) e Goldberg (2001). Observa-se, nesse cartão, que uma baixa flexibilidade mental transparece na rigidez que o impede de imaginar duas imagens em relação ao mesmo estímulo – o paciente vê-se como estivesse frente ao enigma a ser decifrado.

No inquérito, fica preso as duas associações; robô ou nave. Este prossegue, e contribui para que o paciente tente se desvencilhar da situação de impasse, e procure optar pelas duas respostas, ou por uma só e qual.

Prancha II

S: Parece uma nave espacial... Não sei ... Isso aqui é uma coisa de arte... De arte, né? Sou melhor em matérias exatas – cálculo, geometria, coisa de arte não gosto muito... É estranho, não dá pra definir direito

Inquérito

E: Você falou... Nave espacial?

S: Só pode ser nave espacial! (?) às vezes assisto filme de ficção, mas pouco, mais meu tio vê...

E: Descreva um pouco a nave...

S: (aponta D6, depois se detém no DS5.) Aqui – esquisito, tá vazio! (aponta DS5)...

E: Vazio?

S: Tá difícil...

E: O vazio parece algo...?

S: As partes da nave!

E: Coisa de arte?

S: É, pintura, arte... Uma pintura que vi no metrô, e gostei... Uns quadro bonito, mas esse é muito complicado. No metrô você olha, já sabe o que é... Se eu for mostrar para alguém em casa, também não vão saber...

E: O que levou à idéia de pintura, arte?

S: Bom – todos parecem arte, todos parece arte.

E: Em que este parece arte, pintura?

*S: Essa coisa como mancha, meio misturado as cores (aqui aponta **D**) e aqui diferente(**D6**)*

Após a primeira resposta, com conteúdo repetitivo em relação ao cartão anterior (nave), fica com dificuldade de se desligar do conceito, superar a inércia e tomar a iniciativa para novo processo de elaboração.

Novamente pouco confortável com situação de ambigüidade-desambigüidade, em que tem que transformar a mancha em um percepto após processo de elaboração mental específico, no qual não há certo e errado, compara e contrasta a situação com as ciências exatas, nas quais percebe-se mais à vontade, e mais produtivo.

“Só pode ser” – uma vez evocada uma associação, não consegue se desligar dela, ou mesmo admitir que possam haver outras; “respostas certas” ou viáveis a serem elaboradas em relação a esse determinado estímulo”; inclusive, repetiu o conceito já dado na resposta do cartão anterior. É até paradoxal se dizer que A.M. tenta transformar a situação do Rorschach em um processo de tomada de decisão verídico

(GOLDBERG,2002). Ou seja, a todo custo tenta descobrir uma única resposta, que possa receber o valor de certa – ou errada.

“Esquisito, tá vazio” - novamente a perplexidade, preocupação, sensação de estranheza e incômodo frente ao vazio – de forma semelhante à manifestada frente ao cartão I, em que o espaço branco era visto com algo “errado”.

Outro aspecto de rigidez, neste caso envolvendo a idéia de que há uma forma mais “certa” pela qual o estímulo se encaixa no conceito que associou a ele, ou no percepto que está tentando construir. Aqui vemos A.M, guiado pela ansiedade e perplexidade de não saber como se desincumbir de tão estranha tarefa, contrastar a facilidade de interpretar uma situação ambígua, mas ainda com um nome técnico – *“pintura no metrô”* – com o estímulo do cartão – “interpretável”.

Incomoda-se com o não saber solucionar esse conflito e defende-se com uma racionalização, uma justificativa lógica para essa dificuldade. Ou seja, tenta compensar sua irritação ou frustração com uma tarefa tão “complicada” argumentando que outras pessoas também teriam a mesma dificuldade que ele próprio. Em outras palavras, sua racionalização funciona no sentido de generalizar, tornar “objetiva” e não “subjetiva, pessoal” sua dificuldade em interpretar os estímulos do Rorschach.

Prancha III

S: Pode ser um ET... Aqui... Uma perna...(aguardo que produza mais respostas, pois ainda está observando o cartão.) Essas duas figuras parece igual, né? (refere-se a D9, que aponta de ambos os lados.) Aqui também, parece que é igual, né? (aponta os dois D2)... Pulmão... Ou coração – tem duas partes...

Inquérito

E: ET?
 S: Extraterrestre!
 E: O que o levou?
 S: A cabeça...
 E: Descreva melhor.
 S: Aqui assim, parece (aponta o resto do contorno do Dd34)
 E: ET?
 S: Não sei – porque é uma figura meio esquisita (D34).
 E: Perna?
 S: Aqui, assim (aponta D5)... Parece... E aqui (Dd33) parece um sapato! (?) aqui, parece...
 E: Coração... Pulmão?
 S: Mais pulmão!
 E: O que o levou a...
 S: Porque tem duas partes (duas partes?) é, aqui - pulmão (aponta D3).
 E: Você acha que parece coração, também?
 S: É... Não sei se a cor tem a ver.
 E: Se a cor tem a ver?
 S: É, coração acho que é vermelho!

“Essas duas figuras parece igual, né? Aqui também, parece que é igual, né”: novamente a preocupação com a simetria se instala; repete por duas vezes o comentário, como se fosse absorvido por essa característica do estímulo; não consegue deixar de verbalizar duas vezes, atuando de uma forma compulsiva.

Prancha IV

S: Parece aqueles monstros... Não sei se é monstro, ou robô – aqueles que passa em filme japonês, lá...Acho que é só...

Inquérito

E: Monstros?
 S: Monstro ou robô. Esses que a gente assiste às vezes... Aqui os pés.
 E: Descreva um pouco mais...
 S: E aqui o braço dele...

Robô é um conteúdo que já evocou na prancha I, e que persiste ao longo da prova.

Prancha V

S: Pode ser ave, sei pode ser a perna de algum animal, não sei (3min 30seg)... É um pouco difícil, é que é pintura de arte...Sou bom em imaginação, mas é em matemática, eu tinha falado...Fazer uma equação, função...Mas pintura assim...Meu campo é mais para coisa exata! (5 min)

Inquérito

E: Ave?

S: Difícil... (Aponta o W)

E: Ave?

S: Pode ser... Parece.

E: Perna de algum animal?

S: É.

E: Perna?

S: Perna de ave, de cachorro, de cavalo (?) pode parecer...

Relutantemente, dá respostas com conteúdo animal vago (*ave...perna de algum animal*). Faz pausa longa, e novamente contrasta suas habilidades em raciocinar linearmente, como em ciências exatas, com a de interpretar um estímulo do Rorschach. Aqui, seu tom de voz já mostra mais claramente uma certa irritação e um certo inconformismo de ter que se submeter a tal situação, e mesmo uma resistência e oposição. Estes, associados aos aspectos de rigidez, se somam e fazem com que efetivamente tenha maior dificuldade no processo de elaboração de resposta. Assim, aspectos de personalidade mais imaturos, no sentido de não tolerar frustrações e atuar persistentemente em oposição ao que percebe como imposto a si– ou seja, a própria instrução e natureza do teste – vão transparecendo cada vez mais ao longo da prova.

Prancha VI

S. Difícil!...(Insisto, o paciente fica alguns minutos observando o cartão).

As figuras dá a impressão que é mais ou menos igual, umas coisas parecidas! Pode virar? V >

(5 minutos de elaboração da resposta até este ponto.). Pode parecer uma pessoa com cabeça, parece que tem um nariz... Mais ou menos - seria meio ilusionismo, isso aqui! (aponta apenas a parte final do Dd24, que é uma localização inusual para este conteúdo)

Inquérito

S. Pode parecer pessoa (aponta novamente as partes): a cabeça, a boca e no nariz aqui. Mais o menos.

Ilusionismo, mágica, algo muito intrigante para ele, que não faz sentido. Assim com em outras pranchas, mostra um tempo extremamente longo de resposta. .

Prancha VII

S: ^V Sei lá, fantasma, pessoa, é estranho (se detem em um pequeno detalhe, que observa bem de perto, com a cabeça próxima à prancha). Como chama? Um animal, animais... ovelha, não sei. Mas tirando esse (aponta um Dd). Parece que é mais ou menos igual essa parte. V Pode parecer mais coisa, mas tá difícil...

Inquérito

E: Pessoa, fantasma?

S: É parecido.

E: Em quê?

S: Por aqui tem os olhos (parte interna do D9) e... Mais ou menos o formato!

E: Animais, ovelha?

S: Animal pode ser... Aqui e aqui... Porque tem o olho, parece... (aponta detalhe interno do D3)

E: O que o levou?

S: Foi... O formato mais geral.

Após um tempo de reação longo, consegue formular uma resposta (*fantasma*). Depois, debruça-se em um pequeno detalhe e o examina detidamente. Será que está efetivamente elaborando, refletindo, ou está só fazendo o papel de que está cumprindo a instrução, mas na verdade passivamente se opondo a ela? Ou talvez preocupado com algum aspecto da mancha que associa a algum elemento de suas obsessões? Mesmo assim, conserva a prancha em sua mão e a observa. Após quase 5 minutos a devolve, comentando que “*Pode parecer mais coisa, mas tá difícil*”.

Perfeccionista nos recortes que faz. Ao mesmo tempo, parece que em determinado momento estes são analisados não mais em relação a partir da instrução *com que isto se parece*. De repente desvia-se dessa consigna e se vê analisando esses estímulos sob *outros* critérios – se são iguais, ou diferentes, entre si - e tenta enquadrá- los dentro de categorias mais gerais, ou seja, se são iguais, ou não. Esse tipo de critério é irrelevante à tarefa proposta, mas o paciente não consegue inibir, desvencilhar-se dessa necessidade de comparar, verificar igualdades, semelhanças e simetrias no cartão – compulsivamente.

Prancha VIII

S: Parece um animal, mas esqueci o nome... As duas patas... ^ Essa tá mais bonita, mais colorida! Acho que é só...(5 min 45 seg)

Inquérito

E: Um animal?

S: Aqui a perna, as patas...Os olhos, a boca.

Após a primeira (e única) resposta, o paciente continua observando atentamente o estímulo. Com o contato com a cor, parece animar-se um pouco, mostrando prazer e até fazendo comentário sobre aspectos estéticos -“*essa tá mais bonita, mais colorida*” - da mancha – ou das pinturas, como o denomina.

Prancha IX

S: (Faz várias rotações com a prancha) Essa tá bem colorido, mas para decifrar alguma coisa... (após 5 minutos 45 segundos, e a despeito da estimulação da examinadora, entrega a prancha sem dar nenhuma resposta)

Inquérito

S: Esta não dá pra decifrar mesmo!

Na fase de associação, observa o cartão, sistematicamente, em todas as posições, detendo-se em cada uma delas. Após 4 min 45s, verbaliza um comentário, mas não consegue elaborar uma associação. É como se estivesse dividido entre uma ação – de analisar o cartão sob diversos ângulos - e ao mesmo tempo o desejo mágico de que uma resposta pudesse surgir dessa manipulação.

Apresento novamente a prancha no inquérito, insisto em que tente dar alguma resposta, mas desta vez ainda não o faz, dizendo em tom assertivo, e ao mesmo tempo quase que de desculpa – *“esta não dá pra decifrar mesmo”*. Parece que agora decididamente se percebe frente a frente com a esfinge, que lhe propõe um enigma, indecifrável, a despeito de seus esforços nesse sentido. A questão é que no mito, a esfinge faz uma ameaça: *“decifra-me ou te devoro”*. Será que estar frente a frente com estímulos ambíguos e não ser capaz de “desambigüizar” os estímulos, ou seja, tentar adivinhar, presumir, interpretar – é tão ameaçador assim?

Como Goldberg (2001) diz, vivemos em um mundo ambíguo, de modo que as escolhas que fazemos não são inerentes à situação, mas fruto de uma interação complexa entre as propriedades dessa situação e as das nossas aspirações, dúvidas e histórias. O indivíduo tem que ter a flexibilidade de adotar diferentes perspectivas diante da mesma situação em ocasiões diferentes, deslocando-se entre elas à vontade.

Em suas obsessões e rituais de ordenação, números e exatidão, é como se o paciente estivesse tentando transformar todo o seu cotidiano em situações em que supõe haver uma verdade absoluta, matematizando a vida – o que é absolutamente

inviável, desadaptativo, e causa enorme sofrimento. Nesse caso, parece que a ameaça de ser devorado pela esfinge está onipresente em sua vida.

Prancha X

S: V... Tucano ou papagaio... >V< esse não sei se parece siri ou caranguejo... Aqui... Pode ser outra ave, não sei...

Inquérito

E: Ave?

S: Já vi ave... Pode ser toda essa parte...

E: O que levou à impressão...?

S: As asas.

Aqui parece que, pelas características do estímulo, colorido e formando unidades mais distintas entre si, o paciente mostra um pouco mais de facilidade em compor suas respostas. Também o tempo de reação é significativamente menor do que nos cartões anteriores – provavelmente percebe o estímulo como menos “complicado”, ou mais definido, inclusive conseguindo articular a cor com conceito que a inclui.

A presença de intensa ansiedade ao longo de todo o protocolo, tanto na associação quanto no inquérito, e de seu tempo de resposta bastante lentificado, levaria a pensar que, aparentemente, seu foco e seu tônus atencional não estavam suficientemente adequados para que registrasse os conteúdos que evocou. Todavia, observa-se aqui que foi capaz de reter na memória suas respostas (ou pelo menos esta que mencionou), comentando que percebe inclusive que está repetindo conteúdos.

CASO 14
A consciência ilumina, confunde e dói ao mesmo tempo.

*“Parece...de vez em quando a pessoa sonha tem essas imagens...
 Acho que deformada por...Quando a pessoa tá confusa,
 não consegue compreender o sonho, como se tivesse tido um pesadelo”.*

Prancha I

S: ^ (Não segura a prancha na mão.) Mais ou menos que aparece... Parece um morcego, só isso que tem que falar?

E: Pode ver mais coisas, se quiser.

S: (Detém-se, observa o estímulo, ainda não toca na prancha.) Acho que só isso.

E: Pode virar a prancha se quiser.

Inquérito

E: ^ Morcego?

S: A pata, as asas, a cabeça; parte do corpo. Alguma semelhança – parecendo esse animal.

E: Em termos de quê?

S: A forma parece um pouco a perna, a cabeça, asas, o corpo...

E. Mais alguma coisa?

S: Talvez pode ser até um caranguejo. As patas deformadas (Dd34), o corpo aqui... Com as partes brancas parecendo que separa uma perna da outra (WS) (MOR).

Várias respostas MOR são codificadas no protocolo deste paciente cujo quadro se iniciou com sintomas envolvendo o temor de que algo ruim pudesse acontecer a seus pais. Rituais de contagem e de verificação marcam a presença de elementos depressivos que dão tonalidade mórbida, de temor à perda e à morte, às obsessões e rituais. Auto-recriminação e escrúpulos, ligados à sexualidade e religião, também estão presentes nos rituais cognitivos de *argumentação intermináveis* que se obrigava a realizar. Vê-se um pouco desse processo em sua forma de responder a esta prova.

Prancha II

S: > ^ Parece a parte interna de um corpo humano. Aqui parece o genital...

(continua observando a Prancha V [^] mas não elabora resposta). Só.

Inquérito

E: Parte interna... Do corpo... Genital?

S: O quadril (D6), e aqui talvez podia ser algum órgão do abdômen (D2). Só isso. Não sei se é rim ou pulmão, não tenho certeza (D2). Essa parte preta parecia o osso do quadril (?) o formato.

E: Genital?

S: Esse vermelho diferenciado - deu semelhança com a parte externa genital feminina (vermelho) diferencia os ossos - o preto mais ossos, o vermelho mais os órgãos. Rim é o que tem duas partes?

E: O que o levou a achar parecido com rim?

S: O formato e o vermelho, que diferencia o órgão e preto como osso.

E: Rim vermelho?

S: Não, só para diferenciação a figura.

E: Mesmo caso que genital?

S: É. Essa parte pontuda pode ser início da coluna (D6).

A preocupação com doença, e também com sexualidade, transparece em suas respostas. Ocorre a repetição da resposta *quadril*, a qual adere e não consegue se desprender mais durante a prova.

Prancha III

S: Semelhança de esqueleto... Parece duas figuras, a sombra delas - a perna, semelhança de uma perna. Aqui parte do corpo. Parece que tenho a impressão que estão... Acho que é uma pessoa, a outra parte é reflexo. Essa mancha é uma borboleta (D3) Acho que só isso.

Inquérito

E: Esqueleto, duas figuras...?

S: Duas figuras, de animal parecido com ser humano. Todo o preto é o esqueleto. E parte dele se parece com outras coisas: ser humano deformado (**MOR**), animal diferente.

E: Esqueleto?

S: Por parecer parte do corpo humano... As partes finas, outras mais grossas - existe simetria entre as duas partes. Talvez até pode parecer o quadril de novo, mas de outra posição.

E: Você falou que parte do esqueleto parece ser humano deformado ou animal diferente. Animal ou ser humano deformado?

S: Parece um - parece que foi feita, parece que foi dada a impressão pela sombra dessa figura.

E: Explique melhor: impressão pela sombra?

S: Porque não tem definição clara dos aspectos do que é realmente, se é pessoa ou animal

E: O que deu a impressão de sombra?

S: Nada.

E: Você considera pessoa ou animal – como duas respostas, ou uma?

S: A mesma, só que a outra parte (refere-se aqui à simetria da mancha) é reflexo. Pode ser reflexo – algo refletido dessa pessoa ou animal. Ela inteira parece borboleta. Ou, se aqui for mesmo o quadril (D1) pode ser outro órgão do corpo.

E: (retomo à borboleta) (O que o levou à impressão de borboleta?)

S: A semelhança. A forma...

E: Mais alguma coisa?

S: Só a forma (D3)

E: Você falou que, se aqui for o quadril, pode ser outro órgão do corpo...

S: Aqui (W) Outro órgão – como rim, pâncreas.

E: O que o levou?

S: Não tenho certeza se o dois têm duas partes. É como se tivesse cortado a pessoa no meio, só que é de outro ângulo (**MOR**)

No inquérito, navega de um conceito ao outro, como se estes fossem variáveis contínuas. Não consegue determinar e traçar ativamente o limite categorial entre as noções. “*Duas figuras de animal...parecido com ser humano*”.

Difícil também para o examinador categorizar, classificar como uma resposta ou duas. A necessidade de se tomar uma possível decisão fica como se fosse transferida para o examinador – já que este é seu papel no inquérito – levantar hipóteses e subsídios para classificar os vários aspectos da resposta. Cabe-lhe assim perceber essa dinâmica do funcionamento do paciente, e optar conscientemente por assumir ou não um papel mais rígido ao tentar dar conta da tarefa de definir a unidade de resposta para poder classificá-la. Idealmente, deve se esforçar para captar o fenômeno qualitativo tal como acontece, ou seja, descrevendo a dificuldade de o paciente dar um final e solucionar o conflito de “o que devo incluir na categoria A, e o que incluo na B”. Dessa forma, o examinador pode abstrair-se de traçar ou definir, ele próprio - ao invés do paciente - um limite entre esses dois conceitos e sua abrangência.

Tal como qualquer indivíduo que interage com uma pessoa com TOC, essa situação novamente evidencia a “armadilha” em que o outro pode cair – como no caso de participar ou não de um ritual. Por um lado, quando esse indivíduo interage entrando diretamente na cena do ritual (por exemplo, repetindo alguma frase solicitada pelo paciente), estará complementando patologicamente a relação, já que fecha o circuito da ansiedade com sua co-participação no ritual. Por outro lado, se se recusa a realizar uma ação inerente ao ritual, o grau de ansiedade se eleva e a tensão entre os dois indivíduos aumenta.

Mantendo esse paralelo, o papel do examinador na situação da prova de Rorschach seria justamente o de evitar atuar complementarmente ao paciente. Ou seja, se este não consegue definir o que para si é uma resposta, ou onde termina um conceito *humano* e começa o outro *animal*, o examinador não deve participar da tomada de decisão, nem finalizar a escolha que o paciente não conseguiu realizar. Portanto, a armadilha que o examinador deve evitar é a de subordinar seu comportamento às instruções mais estritas da prova pois, com isso, pode deixar de perceber o funcionamento do paciente tal como acontece espontaneamente.

“*Parte dele se parece com outras*”: novamente, não se desprende do “*esqueleto*” - tanto do conteúdo quanto da localização - e associa “sobre” essa resposta, ou sobre-põe a ela outros conteúdos: ser humano deformado ou animal diferente. Também esses novos conteúdos, sobrepostos a “*esqueleto*”, não são submetidos a um processo de escolha, de decisão, de opção, que parece não ter fim. Os elementos do estímulo não são conjugados com os aspectos do conceito, de modo que o paciente possa abstrair

os pontos em comum (ou não) entre ambos, e, finalmente, selecionar o conceito mais apropriado ao estímulo.

“Se aqui for mesmo o quadril, pode ser outro órgão do corpo”. Passa de “corpo humano” para “quadril” – como se deslizasse no plano ideatório de um conceito a outro. Mas o conteúdo *quadril*, que por sua vez se impõe, revela a presença da inércia nos processos mentais, e “se apresenta” ao processo de construção de resposta quando este ainda não está completado. Assim, desde que foi eliciado no cartão anterior o conteúdo mantém-se presente no fluxo mental e o paciente tem dificuldade de inibi-lo, colocá-lo em segundo plano, para depois eventualmente iniciar e completar novo processo de elaboração de resposta envolvendo “*quadril*”.

Caberá ao examinador separar o que é *figura* (parte do corpo humano, a resposta que desenvolvia) e *fundo* - *quadril* (conteúdo que “ligou” a essa resposta inicial sem ter completado o processo mental de elaboração). Portanto, qual é o critério final que acaba sendo determinante para a resposta desse paciente? Um argumento lógico, pautado na proximidade de um estímulo com outro. Em outras palavras, seu raciocínio seria: se aqui – nessa localização – for um *quadril*, então – “também” pode ser outro órgão, já que está próximo daquela peça anatômica.

“Porque não tem definição clara dos aspectos do que é realmente, se é pessoa ou animal”: racionaliza. Segundo sua interpretação do processo de resposta, está no estímulo o motivo de ele não poder selecionar entre duas categorias, pessoa ou animal. É como se não coubesse a ele desenvolver por si, autonomamente, todo o processo de

resolução do problema e optar. É assim difícil a ele responder à questão do inquérito (o que lhe deu a impressão de sombra?), já que não consegue justamente destacar (porque não abstraiu) o elemento do estímulo que o levou a optar por “sombra”.

Prancha V

S: A Semelhança com um morcego, com um inseto. Acho que só isso.

Inquérito

E: Morcego?

S: Também parece morcego. Essas duas pontas, antenas...as pernas, o resto de lado e as asas.

E: Semelhança com um inseto?

S: Poderia ser um inseto.

E: O que o levou...?

S: Que vai parecer borboleta, lesma, por causa das antenas e parte da pata embaixo(W).

“...das antenas e parte da pata embaixo”: repete a justificativa da resposta anterior, como se reverberasse a explicação para o uso do determinante forma. Repete para não ter que usar novamente novo esforço atencional e fazer uso de novas palavras.

Prancha VI

S: Parece peixe- aqueles peixes dissecados, como bacalhau...Ou parece que ...Esse peixe está sendo secado, essa parte do meio parece aquelas estacas – e peixe exposto ao sol para conservar. Talvez não seja nem peixe, pode ser outro animal. Pode ser a pele de um boi. É isso.

Inquérito

E: Pele de um boi?

S: Essa pontas poderia ser as patas (Dd24), a parte traseira, frontal... Ah – também aparece parte das costelas – as linhas retas mais escuras parecem costelas (D1)

“Secado e dissecado” - reverberação ditada pelo som da palavra; como se perseverasse foneticamente.

“Talvez não seja nem peixe, pode ser outro animal.” Parece que as associações a uma mesma localização tem que ser exclusivas. Não podem se “ajustar”, ambas, flexivelmente, às propriedades do estímulo.

Prancha VII

S: Acho que parece uma criança brincando em frente ao espelho – espelho deformado (MOR). Ela tá se vendo no espelho, tá brincando com a imagem – com variações da imagem dela. Só isso.

Inquérito

E: Criança brincando em frente ao espelho?.

S: No todo. Uma parte o reflexo.

E: Você falou brincando com a imagem?

S: Pela forma deformada da figura (W) (MOR). Ou pode ser também um espelho normal, e essa criança, pessoa ou animal, ter essa forma e se ver refletido como realmente é. Essa figura – pessoa – criança – tem esse formato e se vê.

E: Esse formato? Descreva um pouco mais...

S: Tem o rabo comprido, talvez um chifre na parte traseira da cabeça, a testa grande, o rabo.

E: E parece com?

S: Uma pessoa deformada (INCOM 2, MOR).

A criança com *chifre na parte traseira da cabeça, a testa grande, o rabo* (INCOM2) e *deformada* (MOR) é a definição final que dá para a formulação inicial da resposta, na associação. Algo está deformado: o espelho ou a criança? O que é real ? Filósofa, como em seus rituais. Ao longo do inquérito, decide projetar no humano esse elemento mórbido. O real é o mórbido, o estranho. Acaba assim por retirar todo o componente lúdico “*tá brincando com a imagem*” que aparecia no começo. A criança se vê como realmente “é” – mórbida.

Prancha VIII

S: ^ 31” Acho que é um bicho subindo em algum lugar- aqui ele tá passando por pedras e chegou a uma árvore. Isso.

Inquérito

E: Bicho subindo em algum lugar?

S: Aqui dois bichos, um de cada lado. Talvez o bicho pode ser uma preguiça, alcançando a árvore.

Esse formato. (D4+ D5).

E: O que lhe deu a impressão de árvore?

S: A parte central (Dd21) pode ser o tronco.

E: Aqui passando por umas pedras?

S: Porque é meio arredondada (D2), tem algumas partes retas, parece que está uma sobre a outra.

Essas diferenças – uma cor mais alaranjada, outra mais um rosa... Uma sobre a outra... (W)

A centralização de seu foco de resposta em conteúdo e localização populares parece ter facilitado sua tarefa de interpretação desta prancha.

Prancha IX

S: Parece...De vez em quando a pessoa sonha tem essas imagens. Acho que deformada por...Quando a pessoa tá confusa, não consegue compreender o sonho, como se tivesse tido um pesadelo.

Inquérito

E: Você falou que de vez em quando a pessoa sonha e tem essas imagens. Explique um pouco melhor.

S: É tipo um pesadelo, que a pessoa não consegue definir realmente, aí fica aquela confusão de cores, e de formas.

E: O que o levou à impressão de pesadelo?

S: Aquela vontade de querer saber o que está acontecendo e não estar claro, quando se está sonhando (W)

Prancha X

S: Tem uma certa semelhança com o corpo humano internamente, com alguns órgãos do corpo humano. E parece que também tá sendo invadido por micróbios, estes órgãos. É isso.

Inquérito

E: Semelhança com corpo humano?

S: O corpo humano – a parte rosa maior seria o pulmão (D9), as outras (aponta os detalhes na parte interna dos dois D9) seria os outros órgãos internos. As figuras externas (outros D que formam o W) seriam os micróbios – invadindo o pulmão, e os outros órgãos também. Mas também pode ser aquela parte do pesadelo, de confusão de imagem, forma e cor... E aqui, já tava tomando alguma definição!

E: Tomando alguma definição?

S: As cores, as imagens, as formas. A pessoa já tava entendendo o sonho dele – ou pesadelo.

E: Você falou sonho ou pesadelo?

S: Um outro estágio do pesadelo, esse (Compara com a resposta de pesadelo da prancha IX).

E: Você falou que aqui já está tomando uma definição – explique um pouco melhor...

S: Seria... A parte interna do corpo humano (W).

Durante o inquérito vale ressaltar nas pranchas IX e X que, nesta última, a necessidade de o examinador ser mais preciso e rigoroso em sua investigação dos elementos determinantes da resposta – de modo a captar melhor o conteúdo da resposta do paciente - entra em conflito com a necessidade de este de se manter vago.

A resposta “*pesadelo, sonho*” pode encaixar-se em qualquer estímulo. Ademais, envolve o uso do determinante cor na resposta, que neste caso tem uma carga afetiva menos angustiante do que na resposta “*sonho*” do cartão anterior. Aqui, “*a pessoa já tá entendendo o sonho dele*”. Entretanto, o prazer transitório de estar podendo “decifrar”, ou de sentir que está decifrando o enigma proposto pelo sonho vai se perdendo quando o inquérito prossegue.

O conteúdo transforma-se em “*outro estágio do pesadelo*”: a nova intervenção do examinador (“você falou que aqui já está tomando definição – explique melhor”) pode de alguma forma ter atuado como se fosse uma pressão – ou pode ter sido percebida como tal. Traz novamente à tona a angústia maior, a impotência de o paciente manter-se organizando ativamente frente à atividade de resolução de problemas. Como conseqüência dessa exigência, que ocorre passo a passo com uma certa fragilização ou fadiga dos processos mentais, o paciente “apela” para a estratégia mágica de que se serve quando necessita uma palavra para decifrar enigmas, ou seja, o uso do conteúdo

“*parte interna do corpo humano*”. Disponível no fluxo mental, aparecendo já por diversas vezes, é uma resposta dada “por inércia” – quando novo esforço mental é requerido com a pergunta do inquérito.

É interessante notar que o conteúdo “*parte interna do corpo humano*”, não tomado em seu sentido literal, pode significar a “*interioridade*”, a “*vida interior*”. De certa forma, essa “*parte interna do corpo humano*” é tão interior quanto a resposta “*sonho*”, inicialmente dada ao cartão. Não obstante, é muito menos abstrata, mais concretizada e palpável.

5.2.3 Um caso de TOC grave com índices mais próximos da média grupal

CASO 15

Dúvida e impasse na divisão de uma pessoa ao meio: um caso para Salomão

*“Duas pessoas disputando um corpo físico.
Essa pessoa quer... Uma quer parte do corpo da outra.
Queria, no caso, a pessoa no meio.
Essa pessoa queria essa parte; a outra pessoa queria essa (outra) parte”*

Prancha I

S: (*Após as instruções*) *Aqui parece uma pessoa com vestido e...(aponta com o dedo na prancha) (pausa longa.) Inventar também não pode, né doutora? Essas duas figuras, esse é esse, não sei o que possam representar.*

E: *Você estava dizendo que são duas figuras...*

S: *São pranchas isso aqui...São duas pessoas disputando uma moça, no caso, mas a moça está sem a cabeça. **Aqui não tem certo nem errado**, como a senhora falou para mim....Duas pessoas disputando um corpo físico. Só.*

Inquérito

E: *Pessoa com vestido?*

S: *Essa sombra (D4) e pés (Dd31). Só sei que essa pessoa está sem a cabeça.*

E: *O que o levou à impressão de pessoa com vestido?*

S: O desenho, doutora.

E: Duas pessoas disputando uma moça?

S: Duas pessoas disputando essa pessoa (D4).

E: Disputando um corpo físico?

S: Essa pessoa (D2), uma quer parte do corpo da outra. Queria no caso a pessoa no meio. Essa pessoa (D2 lado direito) queria essa parte (um dos lados de D4), essa pessoa (D2 lado esquerdo) queria essa parte (lado oposto de D4). Ou são duas pessoas (D2) coladas na moça (D4)

E: Coladas? Disputando? Explique melhor.

S: Não...no caso seria uma disputa (W) **DR2**

Interessa notar que já na fase da associação, o paciente busca algum reassseguramento de que pode ter liberdade de construir suas imagens: “*aqui não tem certo nem errado, como a senhora falou para mim*”. Evoca a figura do examinador como *autoridade* que lhe permita ampliar seus critérios para escolher a resposta, sem avaliá-la como certa ou errada, ou seja, de acordo com seus critérios mais rígidos.

No inquérito já se desenha mais claramente uma questão de moral salomônica: cada pessoa deseja para si e disputa com outra a figura que está entre elas. Então, corta-se a pessoa desejada ao meio, como se essa possibilidade (divisão “igualitária”, num raciocínio mais concreto) fosse viável.

Justiça pré-salomônica: não há um critério hierárquico de autoridade, ou de ordem superior, moral, que permita a decisão. A situação fica presa nesse paradoxo: os dois lados do conflito se fazem atuar com a mesma tensão. A questão é semelhante àquela da criança disputada por duas mães, para a qual o rei Salomão propôs a solução de dividir a criança ao meio, assim descobrindo quem era a verdadeira mãe. Revelou-se a verdade quando o valor moral de uma das mulheres se impôs: nessa

disputa, ficar sem o filho é menos importante do que poupar sua vida, uma vez que, evidentemente, cortada ao meio a criança morreria.

O julgamento inicial do rei é feito na base da divisão mais concreta possível (partir ao meio). Na descrição do paciente, o critério do simétrico, concreto, acaba predominando por ser mais fácil de ser introduzido nesse problema - do que um julgamento que repouse em valores morais. Fica o impasse, de qualquer forma. Ninguém ganha nessa disputa. A tensão permanece. Salomão não intercede...

Prancha II

S: $\wedge \vee \wedge$ (aponta) Me parece dois cavalinhos, esses vermelhinhos aqui assim... (pausa longa para passar de uma associação à outra.) É um pouquinho difícil distinguir as pranchas.

E: Tente...

S: É...Deixa eu ver...Aqui parece como se fosse uma estrada (aponta) – e aqui é floresta, esses dois escuros.

Inquérito

E: Dois cavalinhos?(D2)

S: A pata (parte inferior), a cabeça (parte superior do D2). Como se estivesse **presos** na montanha – floresta, no caso (D6) – um de cada lado. E aqui seria (DS5) a estrada.

E: O que o levou à impressão de dois cavalinhos?

S: As patinhas. Ou dois animaizinhos, o caso.

E: Cavalinhos? Animaizinhos?

S: Animaizinhos.

E: O que o levou à impressão de floresta?

S: Essa sombra escura. Parece que nem uma floresta – apesar que a floresta aqui é escura.

E: Floresta? Explique um pouco melhor...

S: Você vai na estrada, e tem aquele verde do lado direito e esquerdo (D2 + D6+DS5).

Prancha III

S: Aqui esses escuros são pessoas (aponta na prancha e mostra para o examinador). Duas pessoas, aqui e aqui (pausa longa na passagem de uma associação à outra)... Aqui seriam dois pulmões, doutora? Esses vermelhos aqui? Não sei se pulmão é assim. Mas tá se assemelhando a pulmão.

Inquérito

E: Esses escuros são duas pessoas?

S: A perna, o braço... Só que a mão está muito grande. Deveria ser pequena.

E: Descreva um pouco mais...

S: A cabeça, o pescoço, o tronco... E pernas. Só que tá faltando uma perna, para ser a pessoa

E: Dois pulmões?

S: Ou então dois... É... Que nem dois pulmões... Ou dois...

E: O que o levou?

S: Porque tá localizado nas costas. Poderia tirar o pulmão e considerar só essas duas pessoas? Mas o pulmão eu considero.

E: Por que não consideraria...

S: Apesar de que o pulmão **é** do ser humano! (D3) **(DR)**.

Em sua lógica, sua justificativa para re-considerar a resposta *pulmão* é o fato de *estar localizado nas costas*. Ou seja, não consegue realizar o processo todo de elaboração da resposta, utilizando o critério de localização. Acaba aceitando a resposta *pulmão* apoiando-se no argumento lógico ‘*Apesar de que o pulmão é do ser humano!*’

Prancha IV

S: Isso aqui parece um... Monstro, doutora... Ou papel incendiado... Queimado (gesto com o dedo, como se estivesse segurando algo).

Inquérito

E: Podia ser um monstro ou um papel que queimou...

S: Aqui, acho melhor um papel que queimou.

E: Você considera monstro, também?

S: O monstro seria pela cabeça (D3), as duas pernas (D6), rabo (D1) e dois pés . Considerarei também como se fosse um papel queimado

E: O que no estímulo o levou a... Papel queimado?

S: Essa voltas (aponta contornos externos) – esses cantos.

E: Impressão de queimado?

S: Essas voltas (novamente aponta contornos externos da mancha.). São duas figuras que reconheço, monstro e papel queimado.

Prancha V

S: Uma... Borboleta... Como se fosse uma... Um passarinho. No caso, aberto assim, um passarinho.

Inquérito

S: *Ela aberta assim (vira o prancha na posição V). Por ela estar aberta. Aqui e aqui como se fossem asas.* (W)

E: *Como se fosse um passarinho?*

S: *Borboleta não posso considerar bicho... (DR) Um passarinho... Borboleta... Aqui dá mais certo passarinho – aberto, assim (?) pelas asas.* (W)

Prancha VI

S: *(tempo de reação mais longo) E agora, esse aqui tá um pouco difícil... Espera um pouco (vasculha a parte superior da prancha com o olhar) Uma cobra, não pode ser! (aponta com o dedo o D5) – não pode ser. É, esse aqui tá um pouco difícil... Uma tartaruga... Não! Um jacaré... Também acho que não... Uma cobra, mas aí não sei se o corpo – poderia ser de uma cobra. É que cobra tem o corpo comprido, e aqui... O corpo dessa coisa é corpo maior... Pela cabeça, poderia ser uma cobra. Acho que vou considerar uma cobra.*

Inquérito

E: *Você comentou vários aspectos, e ao final disse que pela cabeça poderia ser uma cobra. É isso mesmo?*

S: *Cobra... O corpo seria comprido... A não ser que, ao abrir o corpo com a faca aqui (aponta D1) o corpo dela tornou-se maior. Porque o corpo dava pra ser de jacaré... Quem sabe dá pra ser um jacaré? A cobra tem um corpo... Abrindo com a faca... Abrindo com a faca **não** é um corpo maior... Porque aqui o corpo (D1) é maior, pela abertura... (W) **DR2**.*

Na prancha VI explicita, por meio de suas verbalizações, seu processo mental (DR2): dá um conceito, desfaz a resposta, vai transformando-a, dando explicações tentando “moldar” um conteúdo mais adequado, a seu ver, ao cartão. Mas fica reverberando, paralisado em torno da luta entre um ou mais conceitos que evocou, e as características do estímulo. Pensa em conceitos alternativos (*tartaruga, jacaré*), que também não se encaixam no critério de parecer com o estímulo. Em um esforço de concluir o processo de elaboração da resposta, tenta re-selecionar a resposta “*cobra*”.

Mesmo assim, percebe que cobra, como ele a concebe, não é resposta adequada ao estímulo,” *porque tem o corpo comprido*”. Não lhe ocorre operar mais

flexivelmente com o conceito, ou com o estímulo – de modo a, por exemplo, localizar a “cobra” em apenas uma parte do cartão.

Fica, assim, preso a tentativas de resposta, que não o satisfazem, mesmo porque não consegue efetivamente realizar *todo* o processo de elaboração. Move-se de um conceito a outro, sem se deter na análise de se efetivamente há formas de modificar o conceito dado (*cobra, tartaruga, jacaré*) ou seu modo de perceber o estímulo (em partes, por exemplo). Um jogo compulsivo que não tem fim.

Prancha VII

S: (Segura a prancha e a manuseia) Isso aqui se assemelha que nem papel que se queimou. Um papel. Como tem isso aqui no meio, devia ser um... (D6)...Esse risco aqui no meio... Isso aqui (volta a atenção para o D lateral e depois W) é como se fosse o corpo de uma pessoa. É que esse desenho como um todo se assemelha ao corpo de uma pessoa. Só.

Inquérito

E: Que nem papel que se queimou?

S: Que nem a cinza de um papel – é mais certo assim. Um papel em cinzas. Essa volta (contorno), quase faltando um pedaço para ficar solta. Cinza é todo o desenho.

E: O que o levou...?

S: O aspecto do papel.

E: Explique um pouco melhor

S: Porque a cinza escurece o papel. (W).

E: Você falou que como tem isso no meio, um risco...

S: Aqui (D6)... (Hesita muito)... Seriam os órgãos internos de uma pessoa – ou talvez nem fosse nada (Nega a resposta, censura)

E: Órgãos internos? Explique um pouco melhor.

S: Órgão... Dentro do esqueleto... Não sei se devo considerar isto...

E: Você falou que isso aqui... Se assemelha ao corpo de uma pessoa...

S: Mas aqui considero mais um papel que se desfez pelo fogo.

E: Você pode ver várias coisas; no caso você está considerando também o corpo de uma pessoa?

S: Estou sim. Seriam as partes internas da pessoa.

E: Descreva um pouco mais “partes internas”

S: Nas costas, no caso... O físico. No caso aqui, na frente.

E: Na frente?

S: Acho que vou considerar as costas... (W) .

O conteúdo *papel queimado*, evocado na prancha IV, repete-se aqui. *Partes internas...O físico...as costas*: o limite dos conceitos “*corpo de uma pessoa*”, com “*costas*”, *frente*”, ou *órgãos internos* é muito tênue. Tem dificuldade em percorrer todo um processo associativo e de seleção para optar com maior determinação para resolver o problema proposto pela prova.

Além disso, o conceito “*corpo de uma pessoa*” tem uma qualidade de inércia, pois já foi dado em sua primeira resposta ao teste, num contexto bizarro (prancha I), e novamente ocorre neste cartão, durante o inquérito.

Pode-se supor neste caso que à dificuldade de percorrer o processo envolvido na resposta se some a inércia de conteúdos, e mais ainda a dificuldade de lidar com os elementos sexuais despertados por esse estímulo. Esses fatores turvam ainda mais sua percepção e dificultam as últimas fases de seleção dos elementos da resposta.

Prancha VIII

S: Aqui se assemelham dois bichos... Dois animaizinhos, esse (aponta D1) e esse (D1 simétrico). Aqui (aponta D6 mostrando a localização para o examinador) se assemelha... Como se fosse um corpo humano, o esqueleto

Inquérito

E: Dois animais?

S: Aqui e aqui, pela patinha dele.

E: Aqui se assemelha como se fosse corpo humano?

S: Aqui (D6) As costas (explique um pouco melhor) porque nas costas tem o pulmão — é como se fosse o desenho de um esqueleto humano.

Prancha IX

S: ^ V ^ Isso aqui se assemelha a.V (pausa; tenta selecionar, elaborar, mas cede à inércia dos processos mentais, e dá a resposta que já repetiu e está mais fácil de ser extereorizada, ou é mais dificilmente submetida a proceso inibitório ou seletivo) V... A um corpo humano – aliás, um esqueleto humano. O pulmão, os órgãos internos do corpo.

Inquérito

E: Você falou que se assemelha a corpo humano, esqueleto, órgãos.

S: Não! Nessa eu falei um quadro de pintura...

E: Você mencionou um quadro de pintura, sim, mas na outra prancha. Você acha que se parece agora com o que?

S: Esse agora não lembro bem a definição que dei!

E: Você tinha falado um corpo humano, esqueleto, pulmão, órgãos; você acha parecido? Ou não?

S: Tou achando, sim.

E: Está achando...?

S: De ser as partes internas do corpo humano.

E: O que, na prancha, o levou à ideia de partes internas do corpo humano?) è, as partes internas do corpo humano (W)

Prancha X

S: ^ Assemelha a um quadro de pintura... Um quadrinho de pintura

Inquérito

E: Quadro de pintura?

S: Pelas figuras, a variação dessas cores. (W)

A inércia, provavelmente associada a uma fadigabilidade intrateste e às características formais deste cartão em particular fazem com que novamente elabore uma resposta na associação cujo traço não se estabiliza o suficiente para poder ser reconhecido quando novamente confrontado com a resposta. É como se, a um certo momento, os estímulos IX e X ficassem iguais, a ponto de ele confundir em qual deles deu determinada resposta.

O esforço de elaboração de uma resposta, em todos os seus passos, fica cada vez mais difícil para essa pessoa. Apega-se a um conteúdo mais firmemente

estabelecido (*corpo humano*) como uma fórmula mágica que possa dar conta do processo de resolução de problemas. Ou usa outra *fórmula*, já que o cartão é colorido: usar a cor como determinante, dando resposta vaga o suficiente para caber tanto no cartão X (como efetivamente o fez) como no IX. Nesse momento, vê-se impotente para articular uma resposta mais adequada, e, ao mesmo tempo, sente-se na obrigação de fornecer alguma resposta.

5.2.4 Caso de TOC leve com índices acima da média grupal

Caso 13

Rei poderoso, forte, enfeitado com plumas e com órgãos genitais de fora? O rei está nu.

*“...Um cara poderoso, forte - pode ser um rei... Usa uma máscara, quase de um carrasco...
Os órgãos genitais dele tão de fora, acho que tá sem roupa...
Mas são pequenos em relação à força dele... Olhando bem dá para ver que é um homem.
Parece mais frágil”.*

A presença de códigos críticos neste protocolo situa-se acima da média do grupo leve (G1), e próximo da média dos graves (G2). Verifica-se assim que alterações no funcionamento cognitivo-afetivo tal como afere o Rorschach podem estar presentes mesmo em um paciente caracterizado como leve nas escalas clínicas.

RG tem 30 anos, é do sexo masculino, tem superior incompleto e é casado (informalmente separado da esposa). Descreve-se como uma pessoa com muita dificuldade de lutar por seus objetivos, frágil nesse âmbito. Devido ao nascimento de seu filho, teve que abandonar os estudos aos 26 anos para sustentar a família. Começou a apresentar colecionismo no ambiente de trabalho e rituais de *ordem / sequência* e

limpeza nas atividades da vida diária (no vestir-se, na higiene). Entrava, por exemplo, no banheiro, e lá permanecia por 2 ou 3 horas: “*não conseguia mais sair, sentia como se algo me prendesse*”. Além disso, tinha a sensação, para ele desesperadora, de “*as coisas não estarem certas*” (*just right*). De acordo com dados em escalas clínicas, obteve melhora nos sintomas, após tratamento psicoterápico e medicamentoso (vide Tabela 4).

De modo geral, é possível captar-se a presença de conflitos associados a afetos mais primitivos e intensos, ligados a sentimentos de frustração e à intensa angústia. São simbolizados pelas respostas de sangue e mórbidas no cartão II (*rosto, escorrendo sangue da boca; corpos disformes*).

A sensação subjetiva de repetição do conteúdo sexual (*vou falar...vagina!*) denota preocupação compulsiva com o tema, que reflete conflitos sobre a questão do poder e da masculinidade – contemplados com o código DR2. Essa preocupação com conteúdo sexual, em si, não foi por ele mencionada nas entrevista, nem detectada em escala objetiva dos tipos obsessões e compulsões aplicadas no paciente.

Respostas desviantes incluem a presença de transparências inadequadas (*besouro e coração*), assinaladas com FABCOM 2.

Prancha I

S: Aqui é uma dança, tem umas moças dançando. Agora - aqui parecem asas, mas não são anjos, são umas moças. Essa aqui tá sem cabeça. (Pode ver quantas coisas quiser?) (Pode mudar a posição?) V Aqui é uma máscara, mas de um ritual - da Malásia - como chama, Polinésia - um pouco brava, mas não muito. Poderiam ser também pinheiros - árvores - lembra Natal.

Inquérito

E: Moças, asas...?

S: É – aqui (D2, D4 e novamente D2). Parece um movimento. Essa aqui (D4) está sem a cabeça...(W)

E: Máscara de ritual?

S: (aponta Dds29)... Aqui, eventualmente, podem ser olhos; aqui ... Nariz (Dds30)... Aqui (parte remanescente do W), o resto da máscara (idéia de máscara.polinésia)...É uma coisa meio plana, então parecia (brava) brava...Mas não muito(Ws)

E Pinheiros... Lembra Natal?

S: Acho que essas formas triangulares (aponta D2 e DdS26) é essas aqui.(DdS26)

Prancha II

S: A primeira coisa que veio é que são dois ursos dando as mãos, não sei se tão brigando ou... Tem uma imagem de um gato - um rosto - ou leão... Sangue, vejo sangue. **V** Um rosto, tá escorrendo sangue da boca... Parece uma máscara, também, de uma feiticeira africana... **^** Aqui tem dois rostos - mas o corpo, assim - seria... Um desenho porque o corpo é disforme, né?. Parece uma coisa assim de um pintor - porque é bem expressivo, o rosto é bem expressivo e o corpo é bem disforme **^** Vejo aqui um osso do esqueleto - é o sacro - esse osso aqui (aponta em si) **^** Vou falar - parece que tem uma vagina!.

Inquérito

E: Ursos dando as mãos ou brigando?

S: Dando as mãos ou brigando. A cor, um pouco acinzentada (?) preta.(D1)

E: Gato, rosto, leão...

S: Imagem de gato – rosto.(localiza os olhos no centro do D2; o nariz é no D4, e a boca no Dd29 – forma um círculo em torno desses detalhes, compondo uma imagem de gato- só o rosto dele(DdS99).

E: Sangue?

S: Vi muito vermelho - espalhado - tudo onde tá vermelho (aponta diversas áreas em vermelho no Prancha) (Dd99)

E: Rosto?

S: O que forma o rosto é o sangue (aponta vermelhos), que tá descendo aqui, daí formei o rosto (W) Mas o rosto não é muito definido... (máscara de feiticeira africana?) não vejo mais... Deixa só o rosto...

E: Rosto e corpo disforme?

S: Corpo meio disforme - com as mãos espalmadas, um com a mão no outro; o rosto, o olho, sobrancelha, nariz, boca (Dd99)

E: Osso sacro?

S: Formato. (D3)

E: Vagina?

S: Também pelo formato (Dd24).

Neste cartão, R. mostrou-se bastante sensível às características da cor vermelha do estímulo. Insere o conteúdo “*sangue*” em duas respostas com conteúdo dramático bastante intenso: “*Sangue, vejo sangue*” e “*Um rosto, tá escorrendo sangue da boca...* Na sequência, provavelmente ainda sob efeito ansiógeno dessa situação, repete o conceito “*máscara*”, já dado no cartão I. Esse conteúdo se impõe no curso ideatório, sem que o paciente possa percorrer todas as etapas necessárias à elaboração dessa resposta. Finaliza a associação com elementos mórbidos (*corpo meio disforme*) e anatomias. Sob condições de inquérito, critica a resposta “*máscara*” e a desconsidera como tal.

Prancha III

S: Duas mulheres segurando uma bolsa cada uma, ou fazendo ginástica. V Um besouro gigante com as garrinhas assim. Meio monstruoso, assim. Só.

Inquérito

E: Duas mulheres.?

S: Cabeça, tronco, perna, salto alto... Seios... Tão segurando com os braços... Uma bolsa - ou fazendo ginástica(D1).

E: Besouro gigante?(D1+D3+Dds24)

S: As pernas (D5), garras (D8), e aqui uma mancha (D3)... Pode não ser uma mancha (no besouro)...Pode ser coração (coração?) pelo formato, pela cor, coração meio dividido(Dds99).

A resposta “*besouro gigante...pode ser o coração*” envolveu uma combinação de transparência e um conteúdo impossíveis (*besouro e coração*), de modo que foi atribuído o código especial FABCOM.

Prancha IV

S: É uma coisa que lembra terror - tou vendo um gigante, olhando de baixo para cima. Ele tem um porrete na mão, que encosta no chão. Ele é forte, ameaçador, mas não chega a me provocar medo.

V Do outro lado é um dragão, visto de cima, voando.> Um cavalo alado - visto de frente - com uma coroa na cabeça. É isso.

Inquérito

E: Gigante...?

S: Gigante, segurando com duas mãos um porrete (D1) (Lembra terror...) Como se você tivesse olhando de baixo...Gigante, lembra terror...(W)

E: Dragão...?

S: V Não tá inteiro. Eu to vendo de cima, ele tá olhando para baixo (voando) é, asas aqui... Mas não tem o corpo inteiro. Esse negócio tá atrapalhando (Dd99)V.

E: Cavalo alado?

S: Tá de frente, aqui os dois olhos (detalhe interior do D1), cabeça, rosto. Tem asinbas (D6), mas só que termina aqui também. Coroa na cabeça(aponta parte superior do D1) (Dd99).

Aqui, o temor ao poder da autoridade, representado por um gigante, fica minimizada pela tentativa de negação do paciente “*mas não chega a me provocar medo*”

Prancha V

S: ^ Um inseto voador. v Borboleta com asas estreitas. ^ Uma mariposa. ^ Aqui é uma águia - com a cabeça invisível. > Aqui é um rosto, tá com a boca aberta, e tem um inseto saindo da boca dela. Ela parece que tá gritando... Parece uma pessoa da raça negra, uma mulher. Dando um grito de liberdade... Uma mulher jovem... < Do outro lado a mesma coisa..... Só que ela tá olhando pro outro lado. Só.

Inquérito

E:Inseto voador?

S: Antenas, asas (W).

E: V Borboleta?

S: Mariposa ou borboleta – o formato (W).

E: Águia?

S: O Formato – ta com as asas abertas, a cabeça invisível... (W).

E: Rosto, inseto saindo...Dando grito?

S: Tanto a cor quanto o formato. A testa, o olho,a boca, e aqui – aqui um inseto (D6), saindo da boca... Gritando...

E: Inseto saindo da boca?

S: Achei estranho... - mas... (Ri da própria resposta) (W)(do outro lado, a mesma coisa?) a mesma coisa: rosto de pessoa de raça negra – cor e formato; tem o mesmo queixo, mas está mais contida

E: Mais contida?

S: A expressão dela (refere-se à mulher, já mencionada na resposta anterior). Como se o inseto (D9) tivesse entrando, como se tivesse entrando. Ela vai ter que engolir – o grito! UGH! (emite um som de sensação desagradável frente a esse conteúdo da resposta) (W)

Frente ao temor a autoridade, minimizado e negado na prancha anterior, retoma aqui o clima de medo, mas seguido de uma necessidade de rebelar-se: “*dando um grito de liberdade*”, “*gritando*” e “*um inseto saindo da boca*”. Sua aderência ao tema e a necessidade de elaborá-lo, oscilando entre expressar alto e abertamente seus impulsos ou reprimi-los transparece na necessidade de construir outra resposta, semelhante, na face oposta da prancha. Num trocadilho, podemos dizer que ele mostra sua outra face, mais contida, reprimindo suas emoções e necessidades mais intensas. Representa esse conflito sob a forma da imagem “*como se o inseto estivesse entrando...ela vai ter que engolir*”. Sufoca o desejo, o grito de liberdade, e engole sapos - como na metáfora popular - aqui substituídos pelo inseto. Emite o som “*UGH*” ao identificar-se com essa situação percebendo na própria pele a aflição descrita na resposta.

Prancha VI

S: >^ A pele de um urso, pendurada numa cerca - arame - num fio. Parece uma coisa assim indígena, ou então dos pioneiros - Daniel Boonie... ✓ Aqui parece um dragão sem asas.> V Uma pele de algum animal, pode ser um antílope, espalhada no chão de uma sala. A pele tá aberta, como um tapete.> Parece um rei, que tá num - dentro de uma pele muito grande, de urso ou tigre, e tá estendendo a mão, gritando. Tem uma lança na mão. Também segura umas plumas, acho que enfeite de guerreiro. Aqui o rosto de duas bruxas, uma olhando para um lado, e a outra para o outro. Tão meio bravas, mas não podem fazer nada - meio consternadas, contrariadas.

Inquérito

E: Pele de urso pendurada...?

S: Vendo de cima, pendurada - num fio (Impressão de dependurada?) Acho que por causa da simetria - se você imagina um fio repartindo aqui (D12).

E: (pele de urso) parece de urso (pega a prancha, passa a mão no interior dela)

E: Coisa indígena) – e que parecem penas (Dd22) parecem penas - essas coisas esvoaçantes, várias penas presas - só balançando ao vento. (D1).

E: Dragão?

S: Sem asas. Não sei – o que ... Acho que cabeça (D3) e corpo (aponta D1) - impressão de estar aberto - alguma coisa aberta (W).

E: Pele...Antílope? A cabeça...

E: A cabeça... A pele pela textura, diferença de tonalidades(W).

E: > Rei dentro de pele?

S: Aqui o braço com lança na mão; estendendo a mão – gritando. E também segura essas plumas (plumas?) Essa coisa, assim – está dentro disso (aponta vagamente o a parte remanescente do W) (disso?) enfeite, plumas (Dd22) – e segura uma lança (W).

E: Rosto de duas bruxas?

S: Aqui o nariz (Dd24), queixo (partes externas ns pontas do D1- um de cada lado). Uma ta olhando para um lado, e a outra pro outro lado (você falou bravas, mas...?) estão com a expressão consternada – ou melhor, contrariadas. (D1)

Nesta prancha, que suscita o elemento sexual, constrói um personagem poderoso, armado, com enfeite de guerreiro, que grita, põe para fora, expele, seus sentimentos reprimidos. Mas em seguida aparece a face impotente: projeta a sensação de frustração no próximo personagem “duas bruxas...Tão meio bravas, mas não podem fazer nada - meio consternadas, contrariadas.”

As próximas pranchas de interesse para este trabalhos são as IX e X, nos quais sua luta interna continua.

Prancha IX

S: Dois cavalos marinhos, um de frente para o outro - com algas em volta - no fundo do mar. Um... Turco - mongol - da Mongólia, mesmo - tá pensando, tá pensativo. Tá com a mão no queixo e segura um espada. Tem um espelho que reflete a imagem dele.✓ Aqui uma pessoa, brava, posição de desafio, ou brava mesmo. É uma mulher e ela tem uma cabeça de ... Lagosta - tem ferrões -

como chama - do lado da cabeça. Ela tá assim, numa posição de enfrentamento. ^ Tem uma coisa que tou vendo – mas vi tantas vezes!... De novo, uma vagina!

Inquérito

E: Cavalos marinhos no fundo do mar?

S: Os cavalos marinhos pela cor e o formato deles (D3); (algas em volta?) a cor, também – meio esverdeado (D1); (no fundo do mar?) parece que é o mar porque é tudo meio esfumaçante - meio quando tá no fundo do mar - meio... Correntes - Faz com que as algas fiquem flutuantes

E: Fundo do mar?

S: A imagem borrada. Aqui embaixo (D9) seriam pedras (pedras) o formato (W).

E: Turco mongol?

S: Aqui o chapéu, queixo, mão. Segura espada. Tá com a mão no queixo... e do outro lado (D1) tem um espelho que reflete a imagem dele.

E: Pessoa brava?

S: No todo (mulher... cabeça de lagosta) é, tem ferrões – como chama? Do lado da cabeça (D9). Tá assim, mãos na cintura, coxa - posição de brava.(W).

E: Vagina.

S: Pelo formato... E pela cor (Dd30).

Na associação, novamente R. se vê repetindo o conteúdo sexual e se auto-critica: “*tem uma coisa que tou vendo – mas vi tantas vezes!*”. Recebe um INCOM 2 para a resposta em que indevidamente combina “mulher” e “cabeça de lagosta...tem ferrões...em posição de enfrentamento”. O resultado é a concepção de um elemento do sexo feminino com características agressivas e potentes.

Prancha X

S: Esse é um colorido meio macabro, assim. São dois animaizinhos azuis, muito bravos, maldosos. Parece que tão em luta, ou tão em guarda. V... E no meio tem um cara poderoso, forte - pode ser um rei. Ele usa uma máscara, quase de um carrasco. Tá com a mão na cintura, os órgãos genitais dele tão de fora, acho que ele tá sem roupa. Mas são pequenos em relação à força dele. Os órgãos genitais dele são meio esquisitos, não dá para identificar direito que sexo é, mas olhando bem dá para ver que é um homem. Parece mais frágil. v Do outro lado parece uma máscara triangular - de enfeite - mas com expressão nos olhos - é uma expressão alegre, mas um pouco contida - meio enigmática - não dá para saber o que a pessoa está querendo dizer. Só.

Inquérito

E: *Animalaizinhos azuis?*

S: *É mistura de caranguejo e outras coisas... (D1). Ele é azul, mas acho que bichinho azul dá... Em luta, são bravos e maldoso (D1.)*

E: **V** *Cara poderoso, rei...?*

S: *Aqui a máscara (D1), aqui a mão na cintura, sutiã (D6)... Mas (o sutiã) fica meio fora do contexto...*

E: *Órgãos genitais de fora?*

S: *Aqui (D5), e aqui as pernas dele (D4) (órgão genital e pernas (D10)... e aqui seria um manto do rei (D9)... e órgãos genitais esquisitos (?) pequenos em relação à força dele. (DdS99).*

E: **V** *(máscara triangular...) (aponta D9).*

E: *Enfeite?*

S: *O colorido, a forma do rosto; os olhos; o nariz; a boca (D3).*

E: *Expressão alegre?) ...é e não é alegre...Enigmática- não dá pra saber o que a pessoa tá querendo dizer... (DdS22).*

A sensação inicial provocada por esse cartão é de desagrado: *“um colorido meio macabro”*. Projeta sentimentos humanos negativos em animais *“muito bravos, maldosos”* e uma postura de cautela *“tão em luta, ou tão em guarda”*. Em seguida, ocorre a projeção de sentimentos de poder, de força no personagem *“no meio tem um cara poderoso, forte - pode ser um rei”*, que de rei se transforma em carrasco: *“ele usa uma máscara, quase de um carrasco”*.

A inclusão do componente sexual nesse personagem poderoso e agressivo segue-se a uma nova transformação: o rei está nu, e seu poder desmistificado: *“os órgãos genitais dele tão de fora, acho que ele tá sem roupa...são esquisitos, pequenos em relação à força dele”*. Neste cartão, o elemento projetivo dá um colorido muito forte para as caracterizações de seus personagens. Denota conflitos associados atitude de desconfiança e suspeita, além de oscilação de sensações de potência–impotência e agressividade-submissão,

quando o conteúdo sexual entra em foco. Sua última resposta aqui mencionada recebe o código DR2, denotando verbalizações inusuais com conteúdos irrelevantes à resposta em si, que provavelmente tem importância em sua dinâmica pessoal, já que sua construção é pouco adequada, embora muito peculiar e idiossincrática.

Como este estudo é transversal, não há como determinar com os dados obtidos se essas questões surgiram *a priori* ao TOC, se foram resultado dos problemas a ele associados, ou ainda se se sobrepuseram à patologia. De qualquer forma, o aparecimento dessas derrapagens cognitivo-afetivos mostra que, a despeito da melhora observada nos demais instrumentos, o método de Rorschach permitiu trazer à tona conflitos bastante significativos, que merecem ser abordados na continuidade de seu tratamento.

5.2.5 Síntese dos aspectos qualitativos

Numa descrição sintética da qualidade do funcionamento cognitivo-afetivo dos pacientes com TOC grave, verifica-se como traço comum entre eles a diminuição ou perda da flexibilidade mental relacionada à intrusão de elementos obsessivos intrusivos, perturbando uma ou diversas etapas do processo de resolução de problemas tal como propõe a instrução do Rorschach (Exner, 1999) .

Transitória ou mais constante, intensa ou leve, desorganizadora do raciocínio ou configurando um verdadeiro ritual de TOC, essa dificuldade quanto à flexibilidade mental toma proporções e formas de expressão muito variadas.

Assim, em alguns casos, o descontrole sobre o processo de resolução de problemas assume tal intensidade que a paciente se desliga, se desvia completamente da atividade, repetindo frases, fazendo contagem, ou repetidamente confirmando algo com a examinadora. Ou seja, a ansiedade se eleva a tal ponto que o paciente apela para **comportamentos ritualizados**, absurdos e inadequados no contexto da aplicação da prova e das instruções propostas. Esses rituais foram codificados como DR2, dada sua absoluta irrelevância frente à proposta da instrução e à tarefa. Dentre os casos selecionados para análise qualitativa, a presença desse fenômeno é mais nítida no caso 11, nas pranchas IV, VI, VII, e IX (seção 5.2.1). As verbalizações expressando comportamento ritualístico estão assinaladas em negrito para serem melhor visualizadas.

Outra maneira de esse componente de inércia expressar-se, afetando a flexibilidade do fluxo mental ideatório, é sob a forma de **comentários indicando**

sensação subjetiva de uma repetitividade de conteúdos como respostas aos estímulos - os quais não são suscetíveis à inibição, sendo então compulsivamente verbalizados. Pode-se denominar esses fenômenos de **“quase-respostas”** – pois o paciente as formula no plano hipotético, apresentando-as sob a fórmula: *“em todos os cartões eu poderia ver....”; ou “todos tem”.....*. O caso 4 ilustra bem esse processo; os comentários estão assinalados em negrito, para melhor visualização (seção 5.2.1). Nesse caso, antes mesmo de o paciente iniciar a prova, já revela ao interlocutor seu problema: *“eu tenho que raciocinar, ou vou falando o que vem? Atualmente estou com tendência a ver coisas de sexo. Antes, tinha de não ver...”* Ou seja, o dilema de ter que ver *versus* impedir-se de ver está onipresente em seu fluxo mental. No processo de resolução de problemas proposto pela prova, o paciente está lutando o tempo todo, tentando driblar, vencer essa tendência compulsiva – que ao final toma força e acaba interpolando-se, impondo-se, imiscuindo-se em cada tentativa de E. elaborar uma resposta e tomar decisões quanto à seleção final do conteúdo a ser verbalizado.

Os deslizos cognitivo-afetivos também se expressam, em todos os casos graves selecionados para análise, sob a forma de **repetições reiteradas de conteúdos e/ ou localização da resposta**, ou de **parte do conteúdo** da mesma. Estes se misturam, interpolam, combinam, mas com o mesmo tom semântico presente em todas as pseudo-variações de resposta.

A seguir, são sintetizadas as repetições temáticas dos quatro pacientes com códigos críticos acima da média grupal descritos na seção 5.2.1. No Caso 4, as repetições temáticas envolvem conteúdo sexual, associado à morbidez e a críticas

sobre a forma imperfeita da resposta (pranchas I, II, III, VII, VIII, X). No Caso 9, a temática reverbera em torno da idéia de proteção (II,III, VI), apoio (VII) e ligação (VIII,IX, X) entre objetos ou pessoas. Monstro (I), monstro alienígena e ET (III, VIII) são exemplos de conteúdos semelhantes repetidos ao longo dos protocolos no Caso 7. No Caso 11, a reverberação temática gira em torno do conteúdo sangue (pranchas II e III) e sujeira, ou algo mal feito (IX, X).

Mesmo nos dois protocolos com códigos críticos abaixo da média (seção 5.2.2) o fenômeno da repetição temática aparece. No Caso 1, o paciente transita entre filme de ficção, e robô (prancha I), nave espacial (II), ET (III), novamente robô ou monstro (IV) e fantasma (VII). No Caso 14, o paciente fixa-se no conteúdo corpo: parte interna de um corpo humano, o genital, quadril (prancha II); esqueleto e quadril (III) e corpo humano (X).

No caso do paciente com códigos críticos próximos da média (seção 5.2.3) a temática do corpo humano se repete. Este é visto como dividido ao meio e objeto de disputa (prancha I), peça de anatomia (III), esqueleto (VIII), corpo que não consegue definir (de cobra, tartaruga, jacaré – ou corpo aberto por uma faca?) e novamente corpo humano – órgãos internos (IX).

Em outros casos, as dificuldades cognitivas são representadas por **representações** ou metáforas do problema tal como o vivencia o paciente. No Caso 15, cujos rituais aparecem também sob a forma de dúvidas obsessivas, pode-se considerar o conteúdo de sua associação à prancha I, “*duas pessoas disputando um corpo.....dividindo um corpo ao meio*” como imagem de uma situação de tomada de decisão na qual prevalece

a dúvida e o impasse sobre “com quem fica o corpo humano”. No caso, o critério é concreto, matemático (dividir ao meio) e não hierarquicamente superior, como o de Salomão...

Qualitativamente, também se observa que o caráter intrusivo das idéias obsessivas é também representado sob a imagem metafórica de uma invasão ao corpo humano de micro-organismos que podem consumir suas forças e recursos, invadindo seus limites eu-outro e ameaçando dominá-lo. Assim se interpretou a resposta à prancha X, do caso 14 (seção 5.2.2): *“tem uma semelhança com o corpo humano, internamente, alguns órgãos do corpo. E parece também que está sendo invadido por micróbios....(?) (...) aqui as figuras externas, invadindo o pulmão, e os outros órgãos também...”*. Essa sensação de ser invadido por elementos de um “não-eu” (*micróbios*) é em seguida reformulada pelo paciente como uma vivência sua, própria, mas nefasta *“mas também pode ser parte de um pesadelo....”*.

Em relação ao Caso 4, também é relevante apontar a elevada frequência de comentários de auto-crítica ou de crítica projetada ao objeto constituído como resposta à prancha. Refletem a angústia e o extremo incômodo de o indivíduo constatar que sua criação não corresponde a um “ideal de resposta”, ou à “resposta perfeita”. Destarte, deduz que o objeto (por ele construído) contém deformidade ou imperfeições. A insegurança aqui se alia a uma atitude perfeccionista muito intensa e nefasta, caracterizada pela presença de verbalizações com tonalidade negativa, difórica e mórbida. Isso se ilustra na prancha II, quando, ao final do inquérito, solicitado a complementar sua resposta “ânus”, o paciente responde: *“não tá bem feito, não parece bem.*

Realmente, não tem função nenhuma. Nem ia poder chamar de ânus, dado que os cachorros estão bem delineados, justamente pelo branco...Dado isso, é deformidade...”

Importante ainda mencionar, no caso dos pacientes com TOC, que, dadas as alterações afetivo-cognitivas próprias do quadro clínico, o examinador pode cair em uma armadilha. Por um lado, tem que captar o percepto formado pelo sujeito durante a associação – o qual não tem os atributos concretos da mancha de tinta, e ao mesmo tempo não é tão abstrato e geral como a palavra-conceito emitida como resposta. De outro, temos um paciente que permeia o conteúdo de suas respostas com hesitações, dúvidas, que não respeita o limite categorial entre conceitos, que oferece múltiplas alternativas de resposta que giram em torno de um mesmo elemento semântico. Assinala-se que o aplicador não pode se deixar levar pela ansiedade e definir o que constitui para *e/le* uma unidade de resposta. Nesse caso, estaria projetando suas próprias necessidades sobre a resposta do paciente – e não respeitando um tempo muitas vezes longo e um modo prolixo de elaboração característico do indivíduo com TOC. Atuando dessa forma precipitada pode, assim, perder essa importante informação sobre a pessoa que pretende conhecer.

6 DISCUSSÃO

6.1 Características da amostra

Com relação aos aspectos sócio-demográficos, no grupo de pacientes graves (G1) havia predominância de indivíduos do sexo masculino (9 homens e 6 mulheres), e o contrário se verificando nos leves (10 mulheres e 5 homens). Os dados da literatura nesse âmbito são conflitantes. Ferrão (2004) e Shavitt et cols (2002) não encontraram diferenças significativas entre os grupos experimental e de controle quanto à variável sexo. Na discussão de seus resultados, Ferrão (2004) argumenta que a distribuição por gênero tem sido relatada como diferente, mas mais particularmente na infância, com uma prevalência maior para o sexo masculino, vindo a igualar-se na idade adulta.

A escolaridade dos casos graves envolve número médio de anos estudados (12 anos) comparável ao grupo leve (11 anos). Assim, especificamente quanto a este aspecto, nossos dados são discrepantes de Ferrão (2004), cujos grupos de pacientes refratários e responsivos diferiram significativamente quanto a à escolaridade, sendo que os primeiros tiveram, em média 3 anos a menos de estudo do que os respondedores.

Entretanto, o nível de educação não pode ser tomado como variável isolada. Embora em nossa pesquisa o nível de escolaridade nos grupos leve e grave seja semelhante, temos que levar em conta o fato de que a maior parte dos graves (11 indivíduos) estão inativos, ou (4 deles) exercem suas atividades profissionais com restrições importantes. Também Ferrão (2004) verificou que os pacientes refratários, no momento do estudo, mais freqüentemente estão desempregados.

Quanto às escalas clínicas, os pacientes graves mostraram no YBOCS (GOODMAN; PRICE, 1990) uma média de 32 pontos indicando nível de intensidade sintomatológica grave no que se refere ao tempo ocupado pelos pensamentos e rituais ao grau de sofrimento impingido aos pacientes; nos pacientes leves, a média era de 6,93 pontos, indicando nível de intensidade sintomatológica leve quanto ao tempo ocupado pelos pensamentos, rituais e grau de sofrimento dos pacientes. Esses dados são comparáveis aos relatados por Ferrão (2004). Este verificou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) quanto à intensidade dos sintomas aferido pela YBOCS entre os grupos de pacientes refratários a tratamento (média: 27,82 e desvio padrão de 6,09) e responsivo (média: 17,24 e desvio padrão de 7,74).

6.2 Os códigos críticos: aspectos quantitativos

Estatisticamente, pode-se observar pontos em comum intragrupo e diferenças quantitativas quanto aos grupos de TOC grave e leve quanto aos códigos críticos Wsum6, DR2, Nível 2 e MOR. Usando o modelo cinco proposto por Foulds (1976) na seção 3.5, que propõe possível sobreposição entre patologia e personalidade, poderíamos fazer algumas especulações.

Este trabalho assume que os pacientes com doença crônica e mais severamente comprometidos teriam uma área de sobreposição maior entre doença e personalidade. A imagem é de que as características sintomatológicas, associadas à presença mais significativa de co-morbidade e exacerbadas pelas dificuldades de adaptação pessoal e social se tornem uma bola de neve que vai cada vez mais turvando a visão das características afetivo-cognitivas mais básicas de funcionamento do paciente. Continuando a metáfora, a presença mais acentuada de desvios cognitivo-afetivos no grupo grave seria um correlato de uma influência maior desses aspectos psicopatológicos e de adaptação social sobre o funcionamento afetivo-cognitivo desses pacientes. Em outra perspectiva, diríamos que a patologia encobre virtualmente a personalidade, de modo que os desvios afetivo-cognitivos se sobressaem e as características mais essenciais do indivíduo passam para um segundo plano.

Exner (1994) aborda essa questão quando se refere a patologias crônicas – com é o caso do TOC - podendo deixar uma marca mais duradoura na estrutura básica da personalidade: da mesma forma que interferem num âmbito variado de comportamentos, também influenciam a seleção de respostas ao Rorschach.

Em contrapartida, observando-se por outro ângulo os achados, e analisando a distribuição na amostra dos casos graves esses resultados, novos dados emergiram. Em análise mais apurada dos resultados quantitativos, verificou-se que a amplitude de variação desses índices nos pacientes graves é grande, e inclui casos com um número de códigos críticos comparáveis aos normais, alguns casos aproximando-se de zero.

Analisando alguns estudos que focalizam a variável Wsum6 em pessoas saudáveis, observamos resultados variando de 8,11 a 10,79 (Nascimento,2001) e 16,60 (Antunes,2004). A rigor, os protocolos de TOC grave com índices iguais ou ao redor desse número poderiam ser considerados com falsos negativos. Ou seja, embora as escalas clínicas apontem para comprometimento em termos sintomatológicos, gravidade do quadro e funcionamento global (YBOCS, ACG e ICG), os achados quantitativos do Rorschach não são necessariamente sensíveis a essas alterações cognitivo-afetivas psicopatológicas levando-se em conta exclusivamente esse índice. De outro lado, há protocolos leves com índices superiores à norma e à média grupal.

Tomando-se literalmente esses dados, poder-se ia dizer que os códigos críticos não discriminam efetivamente entre pacientes com TOC grave e leve.

Sob uma perspectiva mais ampla do problema, temos que considerar que, de fato, um único instrumento, e muito menos um índice isolado, tem o poder de gerar hipóteses diagnósticas consistentes. Weiner (2000) é muito claro quando afirma que estudos de caso adequados exigem informações detalhadas sobre os problemas apresentados pelo indivíduo, histórico do desenvolvimento, antecedentes familiares e contextos social e pessoal correntes.

Avaliações psicodiagnósticas amplas implicam a utilização de baterias de instrumentos de avaliação selecionados em função das hipóteses de diagnóstico que devem ser investigadas, envolvendo *tanto instrumentos estruturados quanto relativamente não-estruturados, todos integralmente interpretados* (grifo nosso).

6.3 Análise qualitativa do processo de resposta

Especula-se inicialmente os possíveis elos entre os achados quantitativos e qualitativos no Rorschach e aspectos psicopatológicos descritos no TOC. A seguir, discutem-se particularidades da relação sujeito e examinador que se configura quando se defronta com um paciente portador dessa patologia tão paradoxal – em que elementos bizarros, compulsivos, coabitam no mesmo ambiente mental que uma atitude de autocrítica, vergonha e de medo de expor esses conflitos.

6.3.1 O processo de elaboração da resposta e aspectos psicopatológicos

Dentre os fenômenos observados durante o processo de análise qualitativa está a elevada frequência de comentários de auto-crítica ou de crítica projetada ao objeto constituído como resposta à prancha. Na literatura, Piotrowski (1965), já havia assinalado esse tipo de funcionamento caracterizando-o dentre os sinais de obsessividade e rigidez.

Vale retomar aqui a questão da reiteração temática de uma resposta ou parte dela, conforme observamos na seção 5.2.5. Esse modo de funcionamento reiterativo, repetitivo, também foi mencionado por Piotrowski (1965) quando descreveu sinais de “obsessividade muito forte”: o indivíduo dá respostas na mesma área, mas as considera possibilidades remotas, dentre as quais não consegue optar; ou então elabora meticulosamente o percepto, porém de forma pouco criativa, e sem acrescentar detalhes novos.

Weiner (2000) faz uma leitura do fenômeno da repetição sob outro ângulo: no contexto dos chamados temas preferenciais. Estes têm a particularidade de serem “os mais recorrentes, os mais dramáticos, os mais originais e os mais espontâneos” (Op.cit. p.183), complementando que “há considerável probabilidade de que os temas recorrentes no protocolo de um determinado indivíduo digam mais a seu respeito do que os temas ocasionais” (Op.cit.p.183). No caso dos pacientes com TOC grave, a relação entre os elementos repetitivos temáticos nas respostas ao Rorschach e conteúdos de seus sintomas obsessivos e compulsivos se revelou ao longo da análise qualitativa dos casos (seção 5.2).

Para ampliar a discussão em outra direção, cita-se novamente Perry, que em sua recente observação (2005) sobre o fenômeno da inflexibilidade cognitiva, desenvolveu uma nova proposta de categorização nesse âmbito. Distingue basicamente três formas de repetitividade de resposta. A primeira, a forma mais severa de déficit inibitório, é denominada por ele de *estereotipia*, que no Sistema Compreensivo recebe o código Perseveração (PSV). Neste trabalho observamos que esse índice não diferiu significativamente entre pacientes graves e leves, conforme visto na Tabela 10. Sato (2006), estudando o fenômeno da perseveração em pacientes com TOC leve, observa presença pouco freqüente do índice PSV (um entre 10 casos), tal como o define Exner, (1999) nesse grupo.

Um segundo tipo de fenômeno repetitivo seria a *perseveração*, definida pelo autor a partir de critérios mais amplos que os de Exner (1999). Para Perry (2005), esta reflete a dificuldade de o indivíduo desligar-se de uma idéia ou tema evocados em um primeiro momento, assim como sua inabilidade de acessar novos conteúdos.

O autor discrimina três tipos de perseveração: *semântica*, na qual ocorre a repetição de conteúdos da resposta ou parte desta. Esse tipo de perseveração é codificado somente na fase de associação. Aparece, por exemplo, no caso 14 (seção 5.2.2), em que os conteúdos *papel incendiado* (IV) e *papel queimado* (VI) se repetem entre pranchas. Outro tipo é a perseveração *organizacional*, na qual o elemento repetitivo se constitui de frases que qualificam, explicam ou animam um conteúdo de resposta. Um exemplo desta poderia ser, no Caso 4 (seção 5.2.1.) o uso repetitivo do qualificativo *deformado*, que se associa ao índice MOR. A terceira, mais difícil de ser identificada, é denominada de *léxica*, e implica a repetição de um elemento derivado e foneticamente semelhante à resposta original. Um exemplo desse tipo ocorreu também no Caso 14, na prancha VI (seção 5.2.2) em que o paciente parece brincar com o som das palavras “*seco e dissecado*”.

Finalmente, Perry (2005) descreve as *repetições associativas*, que se refletem em respostas que se repetem e reverberam em torno de um tema particular. Para o autor, esse fenômeno tem sido interpretado como refletindo preocupações, ruminações, ou mesmo obsessões. Assim, faz sentido analisar em pacientes com patologia obsessivo-compulsiva esse tipo de inflexibilidade mental que Perry classifica como “repetições associativas”.

Este trabalho verificou a presença desse fenômeno denominado de repetição associativa em todos os casos graves selecionados para análise qualitativa (seção 5.2), tanto aqueles que quantitativamente tem resultados nos códigos críticos acima, quanto os abaixo ou na média do grupo de pacientes com TOC grave. Assim, esse achado foi

considerado relevante, embora com a ressalva de não ter sido pesquisado em todos os elementos que compuseram a amostra dos pacientes graves.

O problema diminuição ou perda da flexibilidade mental, observada nesses indivíduos portadores de TOC grave, se coaduna bem com a descrição do fenômeno obsessivo-compulsivo descrita por Jaspers (1979, p.161), quando este menciona à perda da capacidade de *escolha* do eu, que passa a *não ter influência sobre o objeto que pretende torna conteúdo na consciência*. Este trabalho ainda acrescenta que, no caso de pacientes com TOC em particular, que vive a iminência da perda da capacidade de escolha do eu, (como coloca Jaspers (1979), a instrução da prova - que requer justamente a geração de alternativas e possibilidades de interpretação a estímulos com características variadas - choca-se diretamente com suas limitações psicopatológicas.

Ainda mais surreal parece ser a situação da prova de Rorschach para aqueles indivíduos extremamente racionais, rígidos, e obsessivamente apegados a números, à precisão e exatidão. Para o paciente AM, ou caso 1 (seção 5.2.2), a idéia e o próprio ato de construir a resposta a partir de um borrão de tinta é algo que não faz sentido, beira ao absurdo. Interpretar é decifrar um enigma, algo sem significado, sem sentido – à prova de qualquer racínio cartesiano linear. Ter que interpretar é enfrentar o temor de ser engolido, devorado pela ansiedade – caso não decifre esse enigma.

Quando observamos os pacientes sob a mira da amplitude e heterogeneidade das manifestações clínicas que vem a tona na leitura do processo de elaboração de resposta às manchas de tinta, temos que nos remeter a Insell (1999). Sua análise sobre

a variabilidade de denominações que recebeu o TOC ao longo de sua história toma forma, dá forma e repercute em nosso estudo.

Momentos de quase-insanidade, mergulho na psicose. Emergência inadequada e irresistível de rituais entremeados entre respostas a manchas de tinta. Obsessões sexuais associadas a elementos agressivos se introduzindo reverberativamente na tarefa de interpretação. Desejo de exatidão e precisão paralisando o processo de resposta aos estímulos ambíguos. Dúvida aprisionando o indivíduo em um labirinto de manipulações ideo verbais. Perfeccionismo e rigidez. Morbidez. Estas foram algumas dentre as inúmeras faces e dimensões psicopatológicas do TOC que captamos ao longo do processo de análise qualitativa das respostas dos pacientes graves.

Ainda com relação aos aspectos psicopatológicos do TOC, este trabalho, na sua introdução, menciona a elevada freqüência de *comorbidades* em pacientes com TOC (seção 3.5). Sob essa perspectiva, podemos especular sobre a presença da variável MOR significativamente maior em pacientes graves. Confrontando com os dados da literatura, a presença elevada deste índice pode ser compatível com os achados de Miranda (1999); ao avaliar 42 pacientes com TOC, comparativamente com um grupo controle normal, verificou que o transtorno psiquiátrico mais frequente entre os casos foi de depressão. Mas são discrepantes da pesquisa de Ferrão (2004), que comparou indivíduos com TOC refratário e respondedores, e não verificou diferença significativa quanto à presença de comorbidades entre os grupos, incluindo-se a depressão.

Deve-se fazer aqui a ressalva de que a interpretação da variável MOR não pode ser tomada literalmente como associada ao quadro clínico de depressão maior, o qual implica uma série de sintomas físicos e mentais que não são captados pelo Rorschach. Também cabe mencionar que Antunes (2004), contrastando pacientes com TOC e normais, por meio do Rorschach, não encontrou diferença significativa quanto a este índice. A explicação para tais discrepâncias supomos estar em problemas amostrais referentes aos critérios para inclusão nos grupos controle-experimental nos diversos estudos, assim como na diferença entre os sintomas de depressão e os fenômenos mórbidos representados pelo índice MOR.

A importância da análise qualitativa do processo da resposta cabe também no que tange a elementos psicopatológicos mais sutis no TOC que nem sempre são acessíveis por outros métodos de exame – particularmente quando nos reportamos a pacientes com TOC leve. Sendo capazes de perceber e criticar seus comportamentos estranhos ou bizarros, porém não tão graves a ponto de comprometer seu funcionamento pessoal e social, podem tentar escondê-los de familiares e mesmo do próprio psiquiatra (Okasha, 2005).

Em trabalho de iniciação científica, Sato (2006), orientada por esta pesquisadora, estudou qualitativa e quantitativamente em pacientes com TOC leve o fenômeno da perseveração. Observa que, embora a maioria dos pacientes não receba esse código tal como o define Exner (1999), à luz da análise qualitativa vem à tona alterações cognitivo-afetivas importantes. Tais indivíduos apresentam em seus protocolos repetições freqüentes do conteúdo da resposta, de partes desta ou de frases de complementação que tem caráter repetitivo e reverberativo.

Detectar esses deslizes cognitivo-afetivos em pacientes com TOC, se possível em fases mais precoces do processo de adoecimento, contribui para um diagnóstico e tratamento mais efetivos da doença, evitando o desenvolvimento de quadros mais graves, crônicos, e que desorganizam a vida profissional, pessoal e afetiva do portador de TOC.

6.3.2 Relação entre sujeito e examinador nas fases de associação e de inquérito

Em nossa análise do processo de resposta, pudemos observar a presença de conflitos envolvendo o papel examinador que pode ocorrer particularmente na fase do inquérito, cujas instruções implicam na necessidade de o paciente *“mostre onde está sua resposta, e o que tem na mancha faz que pareça isso, para que eu possa ver também, tal como você viu”* (Exner, 1999, p.22). Tais informações são necessárias para que o examinador possa *“tomar as decisões relativas à classificação”* (Exner, 1999; p.23).

Ironicamente, essa instrução do inquérito acaba por colocar também o próprio examinador frente a uma situação de definição de uma informação vaga ou ambígua – a resposta composta pelo participante da prova – e tomada de decisão sobre a melhor forma de codificá-la. Ancora-se na anotação objetiva e literal das palavras do pacientes, como rezam as instruções, mas o objetivo maior do inquérito repousa na frase: *“Para que eu possa ver também, tal como você viu”* (Exner, 1999, p.19). Assim, observamos aqui que as dificuldades inerentes a um processo de tomada de decisão e os conflitos a

ela associados, geralmente descritos para o indivíduo que faz o papel de *sujeito*, podem também caber quando está sob nossa mira a tarefa do *examinador*.

Ora, na descrição qualitativa dos casos 7, por exemplo, observamos que o contexto da aplicação das manchas de tinta de Rorschach, em pacientes com TOC, pode tornar-se uma armadilha para o examinador que assuma esse papel de um modo mais rígido. Vimos que o grau de ansiedade, insegurança, indecisão e dúvida que assolam o indivíduo com TOC em certos casos são de uma grandeza tal, que o examinador fica em situação análoga ao do familiar, ou da pessoa que convive com o paciente.

Ferrão (2004) discute esse aspecto afirmando que quando o familiar participa diretamente do sintoma, dando condições para que o paciente realize a compulsão, ele está, sem se dar conta, reforçando o sintoma do paciente. Dentro desse raciocínio, cada vez que um paciente atende a uma compulsão ele “reforça” o TOC; cada vez que ele desafia um sintoma e não o pratica, ele “enfraquece” o TOC. Acrescentamos que essa forma de participação, “reforçando” ou “enfraquecendo” o TOC pode ser reproduzida em uma entrevista clínica, por exemplo, e em particular observamos o risco desse comportamento, por parte do examinador, no contexto da aplicação do Rorschach.

Isso inclusive porque, em certos casos, a situação de ambigüidade frente à atividade de interpretação das manchas de tinta se eleva a tal ponto a ansiedade o paciente, que este acaba por efetivamente desviar-se totalmente da tarefa proposta pelo examinador. O aparecimento de sintomas obsessivo-compulsivos, em pleno

processo de elaboração de resposta e do inquérito, ocorre, dentre os casos submetidos à análise qualitativa, no protocolo número 11, em que a paciente efetua diversos rituais envolvendo simetria, repetição e verificação durante as fases de associação e de inquérito do Rorschach.

Sob outro ângulo teórico, em sua tese de doutorado (1986) e em livro versando sobre a abordagem psicanalítica do Rorschach, Silva (1987) já mencionava que o tipo de material obtido (ou a se obter) no contexto de uma aplicação deste método “depende da forma como a relação se estrutura” (SILVA, 1987, p.17). Acrescenta ainda que “a interpretação do Rorschach torna-se mais frutífera quando se consideram as respostas tendo em vista dinâmica da relação com o psicólogo” (op.cit. p17).

Montagna (2005) recoloca essa questão quando desenvolve sua tese sobre o raciocínio clínico na Escala de Inteligência Wechsler Infantil. Também para esta autora a análise qualitativa é fruto da relação entre examinador e paciente; possibilita que ultrapasse os limites de uma mera correção impessoal das respostas dadas pelo examinando abrindo-se espaço para articular sua produção com o conjunto mais amplo de seus processos psíquicos. Fazemos nossas essas suas palavras.

6.3.3 Limitações do estudo

WOOD, J. M. et al (2000) partem de um estudo clássico de Garfield (1947) sobre o valor diagnóstico do Rorschach como referência para desenvolver uma revisão extensa e metodologicamente rigorosa sobre esse tema, na literatura disponível até o momento.. Comentam limitações de estudos que focalizaram, dentre outras variáveis,

as verbalizações desviadas e as respostas de forma negativa, assim como índices delas derivados. Concluem que poderia haver alguma relação entre essas variáveis e esquizofrenia, desordem bipolar e, com menos confiabilidade, transtorno de personalidade esquizotípico. Em contrapartida, defendem o ponto de vista de não haver sustentação empírica para se estabelecer relações entre tais variáveis no Rorschach e várias outras patologias, incluindo-se aqui desordens de ansiedade como o TOC.

Acabam por estabelecer uma série de critérios que consideram como importantes para se considerar como válida uma pesquisa científica utilizando-se essa prova. Dentre eles está a necessidade de aplicador e avaliador utilizarem um mesmo sistema de abordagem;; além disso, o aplicador do Rorschach não deve ser o mesmo indivíduo que o codifica. Este deve estar cego para as hipóteses do pesquisador, assim como para as características dos pacientes que fazem parte da amostra.

O estudo de Antunes (2004), que em estudo exploratório analisa a presença dos códigos especiais críticos, com delineamento do estudo grupo com TOC e grupo-controle, a nosso ver atende às exigências propostas por WOOD, J. M. et al (2000). Dentre outros, Antunes (2004) teve o cuidado de avaliar a precisão do avaliador em todos os índices que foram objeto de sua análise.

Torna-se importante assinalarmos que, justamente os índices de precisão do avaliador relativos aos códigos críticos - como o WSum6, por exemplo, que foi objeto de nosso trabalho - apresentam índices de fidedignidade moderados ou baixos na pesquisa de Antunes (2004). Resultado semelhante foi observado por Nascimento (2000), quanto a esses mesmos códigos.

Em nossa pesquisa, cientes da relatividade do elemento quantitativo no que concerne à elevada margem de erro na codificação desses índices, decidimos por minimizar os efeitos dessas variações por meio de duas estratégias.

Primeiramente, enviando os protocolos para dois psicólogos com experiência em pesquisa com o Rorschach para sua classificação. Em um segundo momento solicitamos a professora dessa disciplina que revisasse cada uma das classificações e desse seu “voto de Minerva” quando se verificasse discrepâncias. Consideramos que esse recurso pelo menos permitiria reduzir o viés, na medida que os critérios de alguma forma estariam mais homogeneizados.

Além disso, expusemos protocolos completos de diversos casos, a fim de que o leitor pudesse avaliar de que forma foram codificados tais índices, assim como ter acesso ao colorido e às peculiaridades que esses assumem especificamente em se tratando de pacientes com TOC.

Perry (2001), de outro ângulo, mais clínico, discute a questão do valor do método das manchas de tintas como um instrumento de investigação, em resposta a Dawes, pesquisador que critica um índice desenvolvido por Perry (2001). Este defende-se com o seguinte argumento: o Rorschach é uma ferramenta de avaliação, e assim como as demais, tem forças e fraquezas associadas a seu uso. Por conseguinte, em estudos futuros, a questão que deve ser proposta é: sob *quais condições* um determinado índice do Rorschach pode ser mais útil ou valioso? (Perry, 2001).

Acrescenta ainda que todos os instrumentos são sujeitos a influências do ambiente afetando suas qualidades psicométricas; destarte, é papel dos pesquisadores

da área fazer uso de uma metodologia mais específica, visando aferir sob quais condições e quais medidas podem prover resultados válidos e significativos.

Neste trabalho, verificou-se a relatividade dos achados no que tange à sensibilidade da prova das manchas de tinta para distinguir alterações cognitivo-afetivas entre pacientes portadores de TOC grave e leve.

A diferença estatisticamente significativa encontrada entre os grupos grave e leve quanto aos índices WSum6, Dr2 e MOR teve que ser submetida a uma leitura mais apurada observando-se sua distribuição na amostra dos pacientes. Com esse artifício, detectou-se a presença de falsos negativos (pacientes diagnosticados como graves pelo DSM-IV e escalas clínicas, mas com índices de alterações nessas variáveis muito baixos ou mesmo zero), bem como de falsos positivos (pacientes diagnosticados com leves, e mas com índices elevados nas variáveis em estudo).

Respondendo à questão colocada por Perry (2001), o valor clínico destes índices depende não só de seu valor quantitativo, mas também de sua relativização frente a outras formas, métodos e fontes de investigação.

Ainda como limites deste estudo temos a questão dos critérios clínicos para inserir os pacientes no grupo grave ou leve. Ferrão (2004), comentando as limitações de sua pesquisa quanto à conceituação dos critérios de inclusão nos grupos refratário ou respondedor, lembra que estes se basearam na literatura e experiência clínica. Ressalta que tais critérios não são absolutos, isto é, não impedem que, em outro momento, um paciente respondedor possa, por algum motivo, tornar-se refratário. Por

outro lado, a possibilidade de um refratário vir a ser considerado como respondedor seria menor, mas possível. Dependeria da utilização de tratamentos não previstos em seus critérios de inclusão, ou seja, não convencionais.

Observando nosso trabalho sob essa perspectiva, analogamente temos que levar em conta a relatividade dos critérios assumidos para inserção para TOC grave e leve, de modo que, como coloca Ferrão (2004) a generalização dos resultados deve ser feita com cuidado.

6.3.4 Sugestões para estudos futuros

Dar continuidade à análise dos elementos que tem caráter repetitivo, tal qual pudemos observar por meio da análise qualitativa em pacientes com TOC grave e leve é uma proposta que pode ter valor heurístico importante. Perry (1996, 2005) propôs uma esquema qualitativo para aferição desses fenômenos envolvendo repetição de resposta ou partes desta, ampliando o conceito de perseveração mais estrito definido por Exner (1999). Abordar sistematicamente esse fenômeno no processo de resolução de manchas de tinta, no sentido mais amplo desenvolvido por Perry (1996, 2005) pode permitir o acesso a alterações neuropsicológicas mais sutis presentes em patologias neuropsiquiátricas como é o caso do TOC.

O conceito neuropsicológico de funções executivas, estudado no contexto de alterações neuropsiquiátricas de um espectro de pacientes que tem em comum alterações nos gânglios da base aplica-se ao TOC. Permite que realize uma leitura dos

fenômenos psicopatológicos presentes nesses indivíduos à luz dos recentes achados sobre a relação entre essas patologias e funções corticais (Royal, 2002).

Rosenthal et al. (2004), em um ensaio nessa direção, elaborou artigo visando descrever sistematicamente o processo de resposta ao Rorschach à luz do conceito de Funções Executivas (FE), apoiando-se na revisão do termo realizada por Royal (2002). Como exemplo de alteração nas funções executivas menciona o fenômeno da perseveração e os DR. São situações nas quais distúrbios nos processos de inibição-seletividade e de desalinhamento com o objetivo proposto nas instruções dessa prova se expressam. Sob esse ângulo, a presença elevada desse tipo de código crítico, dentre outros, observada em nosso trabalho, poderia ser interpretada como alteração nas funções executivas nesses pacientes com TOC.

A tentativa de estabelecer pontos de contato entre as diferentes dimensões, perspectivas e métodos por meio dos quais se podem alargar os conhecimentos sobre o TOC é uma sugestão para próximos estudos.

7 CONCLUSÃO

A investigação realizada levou às seguintes conclusões:

A) O estudo comparativo dos resultados do Rorschach, aferido de acordo como Sistema Compreensivo, entre pacientes com TOC grave e leve, revelaram as seguintes características relacionadas à presença dos Códigos Especiais Críticos:

- Pacientes com TOC grave diferem quantitativamente do grupo de pacientes leves no que tange à média de dos códigos críticos WSum6, DR2 e Nível 2, sugerindo a presença significativa de distorções afetivo-cognitivas nas quais o indivíduo se desvia da tarefa em curso apresentando comentários irrelevantes à mesma.
- Valores significativamente elevados no índice MOR no grupo grave envolveram a presença de comentários indicando morbidez, deformidade, amputação ou perda, maior que no grupo de pacientes com TOC leve;
- O estudo inter-casos mostrou variabilidade grande na amostra quanto aos valores dos códigos críticos no grupo dos pacientes graves, e menor nos leves. Isto supõe a possibilidade de o paciente não apresentar esse código, mas, qualitativamente, apresentar desvios em seu funcionamento mental. O oposto, mas menos freqüente, também é possível ocorrer no caso dos pacientes leves: o paciente ser considerado como leve nas escalas objetivas, e apresentar resultados elevados nos códigos críticos tal como aferidos pela prova de Rorschach.

B) A análise qualitativa da forma específica de expressão desses índices nos sete casos graves selecionados do grupo de TOC grave verificou como ponto em comum, entre os casos graves, a diminuição ou perda da capacidade de flexibilidade mental, devido à presença de idéias intrusivas permeando o fluxo mental, assumindo formas e proporções variadas, dentre as quais:

- freqüência elevada de reiteraões de resposta e partes de resposta intra e inter-pranchas, presente em todos os casos selecionados para análise qualitativa;
- presença de rituais obsessivos que se inserem inadequadamente na atividade de resposta às pranchas, levando o paciente a se desviar completamente da instrução em curso;
- aparecimento de quase-respostas, ou seja, de respostas formuladas sob forma hipotética (como: aqui eu veria....) que deixam implícito um potencial de respostas repetitivas e compulsivas;e
- aparecimento de comentários em que o paciente se percebe criticamente como impotente para refrear a tendência à repetitividade das respostas;

Além disto, esta pesquisa buscou relacionar os fenômenos observados por meio do Rorschach com a variabilidade de denominações que o TOC recebeu ao longo de sua história. Isso levou à captação e descrição de uma ampla uma gama de vivências, tais como: momentos de quase-insanidade, mergulho na psicose, emergência inadequada e irresistível de rituais entremeados em respostas às manchas de tinta, obsessões sexuais associadas a elementos agressivos introduzindo-se

reverberativamente na tarefa de interpretação. Enfim, exatidão, precisão e dúvida aprisionando o indivíduo em um labirinto de manipulações ideo verbais ao lado de perfeccionismo e rigidez.

Um trabalho inútil e sem esperança: assim define Camus o castigo que os deuses impuseram a Sísifo. Se esse mito é trágico, é porque Sísifo era um herói consciente - assim como o são os pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo, que em vão lutam para obter algum alívio para seu sofrimento, realizando rituais que temporariamente o atenuam, mas nunca o livram da enorme angústia com que se apresentam.

Estes são também os Heróis do absurdo - de disporem do saber de que os impulsos e representações que se repetem interminavelmente e os atormentam são bizarros, inapropriados, indesejáveis - e paradoxalmente perceberem-se como absolutamente impotentes para agir e re-agir em função desse conhecimento.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, K. Contribuições à teoria do caráter anal. In:(Org).**Teoria Psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 174-205.
- AKLIN, M. W. E WU-HOTL, P. Contributions of cognitive science to the Rorschach technique: cognitive and neuropsychological correlates of the response process. **Journal of Personality Assessment**, 67(1), p.169-178, 1996.
- AKISKAL, H. S.; HIRSCHFELD, R.M. A.; YEREVANIAN, B.I. The relationship of personality to affective disorders. **Archives of General Psychiatry**, v.40, p.801-810. 1983
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington D.C: American Psychiatric Association.1952.
- _____.**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
- _____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
- _____. **Diagnostic of Mental Disorders**. Fourth Edition, Washington DC: **American Psychiatric Association**, 1995.

ANTUNES, A.E.A. **Estudo da afetividade em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo por meio do método de Rorschach: estudo caso-controle e estudo de casos**. 2004. 155 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1972.

BAER, L. JENIKE, M. A. Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v.15, n 4, p.803-812, 1992.

BERNIK, M.A.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L.H.S.G. A importância médico-social dos transtornos ansiosos. In: GENTIL, V; LOTUFO NETO, F.; BERNIK, M.(Eds) **Pânico, fobias e Obsessões**. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

BOHM, E. Manual del psicodiagnóstico de Rorschach. Madrid: Ediciones Morata, S.A., 1979.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. São Paulo: Record 2004 Edição: 1

CAWLEY,R.; TARSH, M. Peer Review of "Psychosurgery Subcaudate Tractotomy.An Indispensable Treatment". **British Journal of Psychiatry**, v.165, p.612-613, 1994.

CORDAS, T.A; LOTUFO NETO, F.; RAMOS, R.T. Tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. In GENTIL, V., LOTUFO NETO, F. e BERNIK, M.A. (Eds.). **Pânico, fobias e obsessões**. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

COURSEY, R. D. The dynamics of obsessive-compulsive disorder. In: Insel T.R. (ed.): **New Findings in Obsessive-Compulsive Disorder**. Washington,D.C.: American Psychiatric Press, p.104-121, 1984.

CUNHA, A. G. **Dicionário etmológico nova fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DEL PORTO, J.A. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, supl.2. São Paulo. Out.2001.

EISMAN, A.H. Psychoanaysis and general psychiatry: obsessive disorder as paradigm. **Journal of the American Psychoanalytic Association** 37: 319-336, 1989

EXNER, J.E. **Manual de Classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo** / **John E.Exner**; Tradução: Antonio Carlos Pacheco. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

EXNER, J.E. El Rorschach- um sistema compreensivo- fundamentos teóricos básicos- 3ª.ed. Tradução: Ramirez M.E. Rorschach Workshopos, Madrid: Prismática, 1994.

EXNER, J. E.; WEINER, I.B. **Rorschach Interpretation Assistance Program TM** . RIAP™ .Version 5.30.154. Psychological Assessment Resources, Inc. 1976, 1985, 1990, 1994, 1995, 1999, 2001, 2003 de PAR - Psychological Assessment Resources, Inc., Flórida, EUA, 1995 - www.parinc.com

EY, H.; BERNARDO, P.; BRISSET, C. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Masson, 1981.

FRANK, L. K. Projective Methods in the study of personality. **Journal of Psychology**, v.8, p.389-413,1939.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das neuroses**. São Paulo: Atheneu, 1997.

FERRÃO, Y.A. **Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo

FREEMAN, A. M., KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J.. **Comprehensive textbook of Psychiatry-II**. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1975.

FREUD, S. Analisis de um caso de neurosis obsesiva (1909). In: **Obras Completas**. Madrid: Biblioteca Nueva, v.1, p.624-661,1948a.

_____. El carácter y el erotismo anal (1908). In: **Obras Completas**. Madrid: Biblioteca Nueva, v.1, p. 969-971, 1948b.0

FOULDS, G. A. **The hierarchical nature of personal illness**. London: Academic Press, p.31, 1976.

GOLDBERG, E; PODELL, K. Adaptative decision making, ecological validity, and the frontal lobes. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**, v. 22 (1), p.56-58, 2000.

GOLDBERG, E. **O cérebro executivo**. São Paulo: Imago, 2002

GOLDSTEIN, W. Obsessive-Compulsive Behavior, DSM-III, and a Psychodynamic Classification of Psychopathology. **American Journal of Psychotherapy**, v. 39, p. 346-359, 1985.

GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H. – Rating scales for Obsessive-Compulsive Disorder. In Jenike, M.A., Baer, L., Minichiello, W.E. (eds) **Obsessive Compulsive Disorder; Theory and management**. MA: Littleton, Yearbook Medical publishers, 1990.

GUY, W. ECDEU. **Assessment manual for psychopharmacology**, revised NIMH. Bethesda: Publishers.1985.

HERMANS, H.J.M. On the integration of nomothetic and idiographic research methods in the study of personal meaning. **Journal of Personality**. v. 56, p. 785-812, 1988.

INGRAM, D. 1982. Compulsive-personality disorders. **American Journal of Psychiatry** ; v.42, n.3, p.189-98, 1982.

INGRAM, I.M. The obsessional personality and obsessive illness. **American Journal of Psychiatry**; v.117, p. 1016-1019, 1961..

INSEL, T. R. Obsessive- compulsive personality disorder: five clinical questions and a suggested approach. **Comprehensive Psychiatry**, v.23. p.241-251, 1982

_____ Phenomenology of obsessive- compulsive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 51, supl2, p.4-8, 1990.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. 2 ed. Tradução: Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.

JENIKE, M. A. Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, vol.51:2 (Suppl), 1990b.

_____ Management of patients with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. In: PATO, M.T., ZOHAR, J. (Eds.) Current treatments of obsessive-compulsive disorder. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC, 1991.

_____ Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. **The British Journal of Psychiatry**, vol. 173, suppl 35, p. 79-90, 1998.

JENIKE, M. A; BAER, L.; MINICHIELLO, W. E., et al. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 143, p. 530-533, 1986a.

_____ **Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management**. Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc., p.295-311, 1990a

_____. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: A poor prognostic indicator. **American Journal of Psychiatry**, v.43, p. 296, 1986b.

JENIKE, M.A.; RAUCH, S.C. Managing the patient with treatment resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.55, p.11-17, 1994.

JOFFEE, R.T.; SWINSON, R.T., REGAN,J.J. Personality features in obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry**, v.147: 1127-1129, 1988

KARNO, M.; GOLDING, J.M. et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S communities. **Archives of General Psychiatry**, v. 45, p. 1094-1099, 1988.

KLOPPER,B.;AINSWORTH,M.D.;KLOPPER,.W.G; HOLT,R.R **Developments in the Rorschach Technique. Vol I Technique and Theory**. New York: Harcourt, Brace World Inc., 1954.

LILIENFELD, S.O.; GARB H.N.;LILIANFIELD, NEZWORSKI, M.T. The Rorschach Test in Clinical Diagnosis: A Critical Review, with a Backward Look at Garfield (1947). **Journal of Clinical Psychology**, vol.56 (3), p. 395-430, 2000.

LECKMAN, J.F. et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry**, vol.154 (7), 1997.

LEE, H. J.; KWON, S.M. Thought disorder in patients with obsessive-compulsive disorder. **Journal of Clinical Psychology**, vol 61 (4), p. 401–413, 2005

_____. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. behaviour research and therapy, **Journal of Clinical Psychology**, vol. 41, p. 11–29, 2003

LOTUFO NETO ET AL.Transtorno obsessivo-compulsivo. In: GENTIL, V., LOTUFO NETO, F.; BERNIK, M.A.(EDS.) **Pânico, fobias e obsessões**. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

MIGUEL, E.; RAUCH, A.; JENIKE, A. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: LECKMAN, J. F. (Eds). **Neuropsiquiatria dos Gânglios da Base**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

MINDUS, P.; JENIKE, M.A. Neurosurgical treatment of Malignant Obsessive Compulsive Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 15, p. 921-938, 1992.

MIRANDA, M. A. **Transtorno obsessivo-compulsivo e comorbidade**: Um estudo caso controle. São Paulo, 1999. 181p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

MONTAGNA, M.E. **O uso do raciocínio clínico na escala Wechsler de Inteligência Infantil**. 2005. 152p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

NASCIMENTO, R. S. G. F. et al..Um estudo das médias de qualidade formal em um grupo de sujeitos não-pacientes de São Paulo, conforme o sistema compreensivo de Exner. In: CÍCERO VAZ (Org) **Livro dos Anais**. Porto Alegre: Ed.A. G. E., 2000.

OKASHA, A. Diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. In:MAJ, M.;SARTORIUS, N.; OKASA, A.; ZOHAR, J. (Eds.) **Transtorno Obsessivo-compulsivo** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

O MITO DE SÍSIFO.TIFF. Disponível em <<http://blog.abusemagazine.com/wp-content/images/sisifo>>. **Acesso em 14 fev. 2007**.

PERRY, W. et al. A neuropsychological approach to the rorschach in patients with dementia of the Alzheimer type. **Assessment**. vol.3 (3) p. 351-363, 1996.

PERRY, W. Incremental validity of the ego impairment index. A re-examination of Dawes. **Assessment** .Vol. 13 3), p. 403-407. 2001

1040-3590 Number: pas133403 Copyright: For personal

use only-not for distribution

_____. **The use of Rorschach as a Neuropsychological Instrument**. Texto sobre curso administrado durante o Congresso Internacional de Rorschach e Técnicas Projetivas. Barcelona, Espanha, 2005

PIOTROWSKI, Z.A. **Perceptanalysis**. 2. Ed. Filadélfia: Ex Libris, 1965.

POLLAK, J.M. Obsessive-compulsive personality: a review. **Psychology Bulletin**, v.86, p. 225-241, 1979.

RAPAPORT, D. **Testes de Diagnóstico Psicológico**. Buenos Aires: E. Paidós, 1976.

RAPOPORT, J. **O menino que não conseguia parar de lavar as mãos**. Tradução: José Ricardo Brandão Azevedo Rio de Janeiro: Ed.Marques Saraiva, 1990.

RASMUSSEN, S. A.; EISEN, J.L. The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. **The Psychiatric Clinics of North America**, v. 15, p. 743-758, 1992.

_____ The Epidemiology and Differential Diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 55, p. 5-10, 1994.

REICH, J.H., GREEN A. Effect of personality disorders on outcome of treatment.

Journal of Nervous and Mental Diseases, v.179, p. 74-82, 1991.

RICCIARDI, J.N, JENIKE, M.A. e col. Changes in axis II diagnoses following treatment

of obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry**, v.149, p. 829-831, 1992.

RORSCHACH, H. (1921) **Psicodiagnóstico**. 3 Ed. Buenos Aires: Paidós, 1961.

ROSENTHAL, M. C. P. **Transtorno obsessivo compulsivo e personalidade. Uma investigação com o Psicodiagnóstico de Rorschach através do Sistema Compreensivo**. 2000. 91p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

ROSENTHAL, M. C. P et al. Neurocirurgia funcional (cingulotomia extereotóxica) em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo resistente a tratamentos: seguimento através do método de Rorschach e WAIS. **Revista de Psicologia Hospitalar**, v. 9, p.27-33, 1995.

_____. Psicodiagnóstico de Rorschach e Neuropsicologia: uma revisão à luz das funções executivas. In Vaz, C.E.; Graef, E.V. (Orgs.) **Livro dos Anais**. Porto Alegre. Ed.Casa do Psicólogo; SBRo, 2004.

ROYAL, D. et al. Executive control function: a review of its promise and challenges for clinical research. **Journal of Neuropsychiatric Clinical Neurosciences**, vol.14, p.377-405, 2002. SALZMAN, L. **Obsessional personality**. New York: Science House, 1968.

SALZMAN, L., THALER, F.H. Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. **American Journal of Psychiatry**, v. 138, p. 286-296, 1981

SALZMAN, L. **Obsessional Personality**. New York: Science House, 1968

SATO, M.T.; ROSENTHAL, M.C.P. **O fenômeno da perseveração em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo leve observado por meio do método das manchas de Rorschach**. 2006. Iniciação Científica. 32p. Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006

SILVA, M.D.V. **Parece uma mancha de tinta: o Rorschach sob a ótica da psicanálise**. 1986. 140 f. Dissertação. Mestrado em Psicologia Clínica - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

_____. **Rorschach: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1987.

SWAVIT, R.G. **Fatores preditivos de resposta ao tratamento em pacientes com o transtorno obsessivo-compulsivo**. São Paulo, 2002. 137p. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

TYRER P, CASEY, P; FERGUSON, B. Personality disorders in perspective. **British Journal of Psychiatry**. v.159, p.463-571, 1991.

TYRER, P.; CASEY, P.; SEIVEWRIGHT, N. Common personality features in neurotic disorder. **British Journal of Medical Psychology**. v. 59, p. 189-294, 1986.

- TORRES, A. R. **Figura e fundo: um estudo da comorbidade do distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbios de personalidade.** 1994. Tese. (Doutorado em Psiquiatria e Psicologia Médica) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP. São Paulo, 1994.
- VAUGHAN, S. C., SALZMAN, L. Antianxiety function of impulsivity and compulsivity. In: Oldham, J.M., Hollander, E., Skodol, A.E. (Eds) **Impulsivity and compulsivity.** Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- VAZ, C. E. **O Rorschach: Teoria e desempenho,** 2. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda., p. 118-120, 1986.
- WEINER, I. B. **Princípios da Interpretação do Rorschach.** Tradução Maria Cecília de V.M.Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.
- _____. Current status of the Rorschach Inkblot Method. **Journal of Personality Assessment,** 68 (1), p. 5-19, 1997.
- _____. **Principles of Rorschach Interpretation.** Lawrence Erlbaum Associates. Publishers New Jersey, 1998
- WOOD, J. M.; LILIENFELD, S.O.; NEZWORSKI, M.T. The Rorschach test in clinical diagnosis: A critical review, with a backward look at Garfield (1947). **Journal of Clinical Psychology,** 56(3), p.395–430, 2000.

ANEXO

ANEXO 1

TERMO de CONSENTIMENTO

Ao assinar este papel, você estará concordando em se submeter a uma pesquisa sobre personalidade e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Por esse motivo, leia atentamente o que se segue e esclareça todas suas dúvidas com a psicóloga responsável por esta pesquisa.

O TOC é uma doença que se apresenta com alguma frequência em nosso meio, sendo capaz de causar grande sofrimento e comprometimento no convívio social e nas atividades em geral da pessoa acometida por esse problema.

Apesar de os estudos nos últimos anos terem contribuído significativamente para o conhecimento do TOC e seu tratamento, uma parcela importante dos pacientes pode responder insatisfatoriamente aos tratamentos, enquanto que outra tem resposta mais positiva.

Com o objetivo de melhor compreensão dos aspectos cognitivo-afetivos de personalidade dos indivíduos com TOC, realizamos esse projeto. Neste, consultaremos prontuários, faremos entrevistas, aplicaremos escalas objetivas e o teste projetivo de Rorschach.

Como parte do estudo, é necessária sua presença no Hospital das Clínicas ou em consultório particular, em horários marcados antecipadamente e convenientes para você e os profissionais que tomarão parte na pesquisa.

Para a realização do estudo de personalidade, solicitamos sua autorização, caso seja necessário entrar em contato com familiares para complementar alguns pontos.

Você não é obrigado a participar desse estudo e sua recusa não o(a) impedirá de receber ou continuar recebendo atendimento e tratamento adequado no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, ou nos consultórios dos médicos que o (a) encaminharam para esta pesquisa.

Concordando em participar, você estará colaborando para aumentar nossas possibilidades de compreender essa doença tão peculiar como é o TOC.

Todos os participantes da pesquisa receberão os resultados do estudo de caso realizado, e receberão sugestões para continuidade do tratamento, quando for necessário.

Declaro ter lido e compreendido o acima exposto, e, após esclarecimento da psicóloga, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do paciente:.....

Pesquisador responsável: Maria Cristina Petroucic Rosenthal

São Paulo, dede.....