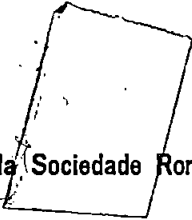


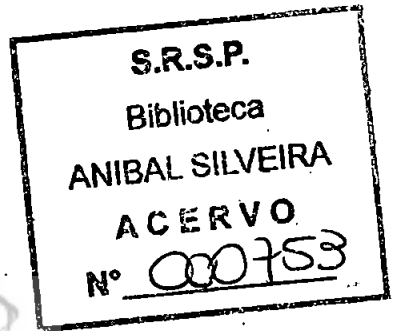
BOLETIM DA

SOCIEDADE
RORSCHACH
DE SÃO PAULO



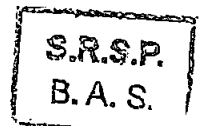
Orgão Oficial da Sociedade Rorschach de São Paulo
Vol. III n.º 1

Jan. - Dez./1984



BOLETIM DA SOCIEDADE RORSCHACH
DE SÃO PAULO

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE RORSCHACH DE SÃO PAULO
VOLUME III - nº 1 Jan./Dez./1984





S.R.S.P.
Biblioteca
ANIBAL SILVEIRA
ACERVO
Nº 000753

SOCIEDADE RORSCHACH DE SÃO PAULO
Rua Itapeva, 490 - cj. 74
Fone: 289.2067 - S. Paulo-SP

S.R.S.P.
B. A. S.

CORPO DOCENTE E MEMBROS DA DIRETORIA
DA SOCIEDADE RORSCHACH DE S. PAULO

Presidente

Líliá Piccinelli

Mestra em Psicologia Educacional, Profª do 3º ano do Curso Oficial da SRSR

Vice-Presidente

Lúcia Coelho

Drª em Ciências Médicas e Mestra em Filosofia das Ciências, Profª de Teoria da Personalidade e Interpretação do Rorschach

Secretário Geral

Dr. Ruy Benedicto Mendes Filho

Licenciado em Medicina - Especialização em Psiquiatria

Segunda Secretária

Drª Hilda Morana

Licenciada em Medicina - Especialização em Psiquiatria

Tesoureira

Leda França

Licenciada em Psicologia

Comissão Científica

Ana Maria T.B. Pereira

Profª Mestra em Psicologia Clínica

Drª Maria Helena Steiner

Doutora em Psicologia

Comissão de Nomeação e Orçamento

Fantina Duarte

Licenciada em Psicologia

Dayse Maria Bracco

Licenciada em Psicologia

Comissão de Cursos da Sociedade Rorschach de São Paulo

Ruy Benedicto Mendes Filho

Psiquiatra, Prof. de Psicopatologia Geral

Mário Balster Martins

Psiquiatra, Prof. de Psicopatologia Especial

Leontina Waack Ferreira

Socióloga, Orientadora de Metodologia de Pesquisa

Ruy Coelho

Prof. de Personalidade e Cultura, Livre Docente em Sociologia

Ana Maria Pereira

Licenciada e Mestra em Psicologia, Profª do 1º ano do Curso Oficial

Sonia Marchini

Licenciada em Psicologia, Profª do 2º ano do Curso Oficial

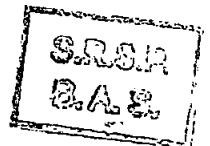
Norma Lottenberg

Licenciada em Psicologia, Profª do 3º ano do Curso Oficial

Coordenadora Administrativa

Sonia Ivania Fantauzzi Lobo

Tradutora, nível universitário.



Í N D I C E

Editorial, Hilda C.P. Morana.....	XI
Homenagem à Profa. Lilia Piccinelli.....	XIII
A Concepção Neuro-Psiquiátrica de Aníbal Siveira Ruy Mendes Filho.....	1
Uma Comparação entre Duas Investigações Acerca da Personalidade de Estudantes de Psicologia, Ana Maria Pereira.....	8
Áreas de Aplicação em Psicologia do Psicodiagnóstico de Rorschach, Mária Helena C. De Figueiredo Steiner.....	22
Alterações Observadas no Teste de Rorschach em Pacientes Portadores de Lesões Cerebrais, Hilda Morana e Miguel Matamoros.....	31
Noticiário.....	99

EXPEDIENTE

Responsável

Dra. Hilda Clotilde Pendeado Morana

Conselho Editorial

Profa. Dra. Maria Helena Steiner

Dra. Hilda Morana

Dr. Ruy Benedicto Mendes Filho

Psicóloga Leda França

Redatora

Dra. Hilda Clotilde Pendeado Morana

Secretária da Redação

Sonia Ivania Fantauzzi Lobo

Permutas

Rua Itapeva, 490 - Conj. 74

Fone : 289,2067

EDITORIAL

A Sociedade Rorschach de São Paulo vem em seus 33 anos de existência formando especialistas no Psicodiagnóstico.

Considerando a importância do teste na compreensão da dinâmica de personalidade, tanto em seus aspectos normais como patológicos e suas diversas áreas de aplicação, é com extremo rigor que a Sociedade Rorschach vem orientando os que a ela se dirigem, no sentido da adequada aplicação, interpretação e utilização de seus resultados.

O Psicodiagnóstico desde a sua aplicação até a elaboração do laudo final, exige do especialista várias horas de trabalho num prolongado esforço de concentração, o que dificulta a sua utilização em pesquisas de extensa amostra de população. Qualquer tentativa de simplificá-lo, redundará em um decréscimo da qualidade técnica, a qual é imprescindível.

O que vemos ocorrer é a sua aplicação muitas vezes indevida, seja quanto à técnica, seja quanto ao fim pretendido; mau uso do resultado, invadindo a privacidade do indivíduo e ainda interpretações apenas parciais do contexto global da dinâmica da Personalidade. Acreditamos que a causa disso seja a falta de informação sobre a necessária capacitação teórica.

A Sociedade Rorschach sempre ofereceu cursos, supervisões de testes e pesquisas a todos aqueles que desejem aprimorar os seus conhecimentos na área. E, o objetivo desse Boletim é divulgar uma parte dos trabalhos que vem sendo desenvolvidos por seus membros. Contamos com a colaboração de todos, a fim de podermos nos aprimorar e contribuir para o desenvolvimento da Psicologia.

HILDA C.P. MORANA

A 7 de fevereiro de 1945, nascia, em São Paulo, Lilia. Uma vida breve de mais para os que conviveram com ela, seus familiares, amigos, colegas e alunos. A todos tocou uma saudade imensa quando partiu deste mundo. Para nós, deixou a impressão do muito que foi, e do muito que seria. Lilia sempre foi o presente, na sua historicidade, e o futuro, o constante vir a ser.

Adolescente ainda, já se revelava a aluna envolvida em estudos e projetos profissionais, no Curso Normal do Instituto de Educação Caetano de Campos (1962-1964). Chegou a trabalhar como professora primária substituta no Grupo Escolar de Vila Ede, na Capital, (1965). Pouco depois a reencontramos no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, formando-se bacharel, licenciada e psicóloga. Optou, portanto, pelo ser humano como objeto de suas indagações, pesquisas e atuação profissional. Fez o Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Escolar na Universidade de São Paulo. Obteve o título de Mestre em 1980, época em que já atuava como Auxiliar de Ensino no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia. Continuou sua carreira, com a mesma responsabilidade que a caracterizava no desempenho de suas funções, completando o Curso de Doutorado. Mas a busca de um aprofundamento que exigia de si mesma exigiu - lhe um tempo de que, sem o saber, não mais disporia. Sua tese foi elaborada quase que até o fim. Mas, ainda incompleta, será uma fonte de consulta para os estudiosos de Psicodiagnóstico de Rorschach, tema em que se especializou desde que se matriculou no Curso sobre Psicodiagnóstico de Rorschach, da Sociedade Rorschach de São Paulo. Discípula de Aníbal Silveira e de Lúcia Coelho, assimilou e divulgou o modelo teórico de seu mestre, reconhecendo o valor e o alcance do mesmo em Psicologia, Psiquiatria e Neurologia.

Lilia via a complexidade do estudo do comportamento humano, e a importância das variáveis sócio-culturais na personalidade. Atirou-se ao estudo dessa área, contando com o auxílio de etnólogos do Departamento de Antropologia, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, e foi aluna de Ruy Galvão de Andrada Coelho. Tanto sua pesquisa de conclusão do Curso sobre o Psicodiagnóstico de Rorschach, como sua dissertação de Mestrado, foram elaboradas a partir de trabalho de campo, com um grupo de índios Xavante, na aldeia de São Marcos em Mato Grosso. Mas não foi só na Antropologia que procurou completar sua formação. Seus interesses multiplicavam-se à medida que se detia na diversidade dos problemas psíquicos. Constam de seu currículo vários cursos de especialização ou extensão, cujos temas abrangiam a psicologia clínica, a psicoterapia, a psiquiatria, a psicopatologia, a neuropsicologia, e outros.

Sua participação em Congressos era marcada pelas suas contribuições ao Psicodiagnóstico de Rorschach. Estava participando intensamente da preparação do VI Congresso Latino-Americano de Rorschach e outras Técnicas Projetivas. Fazia parte da Comissão Organizadora e foi indicada pela diretoria da Sociedade de Rorschach para ser representante da mesma no referido Congresso. Esta Sociedade sempre contou com Lília, como professora, supervisora e, como componente da Diretoria nas funções de Secretária (1973-1974), Tesoureira (1975-1980), Vice-Presidente (1981-1982) e Presidente (1983-1984). Sua colaboração foi da maior importância, pelo muito que deu de seus esforços e de seu interesse para mantê-la conforme os objetivos de Aníbal Silveira, seu fundador: a pesquisa científica e a formação de especialistas na área de Psicodiagnóstico.

Seu passamento deixa uma grande lacuna, por todo o seu empenho e realização durante tantos anos. Sua amizade criou raízes profundas entre nós, e jamais será esquecida.

Sua família pode orgulhar-se do que Lília foi e do que representou para todos nós.

* Esta nota foi incluída neste volume pelo fato do mesmo se encontrar ainda no prelo por ocasião do passamento da referida professora.

A CONCEPÇÃO NEURO-PSIQUIÁTRICA DE ANÍBAL SILVEIRA

(Aula inaugural proferida pelo Prof. Dr. Ruy Mendes Filho, no Curso Sobre Psicodiagnóstico de Rorschach, no ano de 1984).

A Sociedade Rorschach de São Paulo adota a terminologia e o critério do Prof. Aníbal Silveira (1902-1979) para o psicodiagnóstico.

Vem, assim, ao encontro dos objetivos deste curso que iniciam, a apresentação, em linhas gerais, dos fundamentos de sua concepção teórica.

Não podemos entretando, e, em especial no caso do Prof. Aníbal Silveira, dissociar a produção científica, da vida do autor que a engendrou, no decorrer de quase cinquenta anos de atividade clínica e universitária. Durante toda a sua existência, esses planos nunca foram divergentes.

Para os que não o conheceram, parecerá que sua principal contribuição científica liga-se à psicologia experimental, através de sua obra sobre o Teste de Rorschach.

Em nosso meio psiquiátrico, o conhecimento que se tem das suas idéias suscita muita controvérsia, apesar de não haver dúvida quanto à influência marcante que exerceu na psiquiatria brasileira.

Contudo, enfatizam-se suas investigações sobre a patologia cerebral e sobre a terapêutica biológica em psiquiatria, em detrimento da extensa contribuição que prestou aos mais diversos campos da medicina e da psicologia. Sua produção científica distribui-se em mais de quatrocentas publicações, em revistas especializadas, e versa sobre temas tão complexos como o planejamento das instituições psiquiátricas assistenciais, a psiquiatria clínica, em seus campos semiológico, nosológico e psicopatológico; a prevenção e a terapêutica dos transtornos mentais; os recursos subsidiários para o diagnóstico psiquiátrico, entre outros.

O prof. Aníbal Silveira iniciou sua carreira no Hospital de Juqueri, tendo apresentado em 1931 sua tese de doutoramento sobre "A Clínica Psiquiátrica e o Ambulatório de Higiene Mental". Inúmeras propostas exaradas nesse trabalho vêm sendo aplicadas somente agora, em programas de assistência pública, na área de Saúde Mental.

Verifica-se, desde essa época, sua preocupação com o ângulo social da psiquiatria. Durante muitos anos, em centros de saúde de São Paulo empenhou-se na integração da psiquiatria à saúde pública. Estimulou a prática ambulatorial integrada, que reúne em equipe a psicologia, a higiene mental e a assistência social. Foi um dos pioneiros na investigação e na divulgação da psicoterapia de grupo, da psicoterapia breve e de outros recursos terapêuticos pouco usuais, como a hipnose. Seu invulgar interesse científico estendeu-se até mesmo aos domínios da parapsicologia, que investigou criteriosamente.

Livre-docente em Psiquiatria (U.S.P.), estudou em uma de suas teses os tratamentos biológicos, depurando as suas indicações no âmbito da patologia psiquiátrica. É importante recordar que, na época, essas modalidades de tratamento eram utilizadas de forma abusiva e sem critérios precisos. Sua outra tese sobre o método de Rorschach, mereceu comentário elogioso de Morgenthaler, com quem se correspondia e que se destacou o valor de sua sistematização.

Profundo conhecedor da patologia cerebral e da neuro-patologia, Silveira aplicou princípios positivos para a investigação das funções psíquicas e sua correlação com os diversos níveis da atividade cerebral.

Sob a orientação de Mc Culloch, participou de investigações sobre a fisiologia cortical e colaborou no desenvolvimento de técnicas inovadoras nesse campo de pesquisa, juntamente com Bayley e Von Bonin. Nessa ocasião obteve o título de "Fellow" em Fisiologia cerebral (John Simon - Guggenheim Memorial Foundation, 1941). Sua divulgação da obra neuro-psiquiátrica de Karl Kleist foi reconhecida como a mais completa apreciação de suas idéias pelo ilustre psiquiatra de Frankfurt-am-Main. Entretanto, foi interpretada como adesão irrestrita à escola kleistiana, da qual, por de-se comprovar, assimilou fundamentalmente a tipologia nosológica, por ser compatível com as próprias investigações e observações clínicas. Vem daí o rótulo injusto de "localizacionista", que lhe coube nos meios acadêmicos, o que apenas denuncia o conhecimento superficial acerca de suas idéias.

Em seus trabalhos sobre o teste de Rorschach demonstra ampla compreensão da psicodinâmica e evidencia ter sofrido influência da Psicanálise, quanto à patogênese das neuroses e dos conflitos emocionais.

A fonte principal de sua teoria e de seus métodos de investigação reside na epistemologia comtiana. A riqueza do pensamento de Auguste Comte não mereceu ainda, em nosso meio, estudo suficientemente extenso e profundo, a ponto de elucidar todas as questões que despertou, e de bem aquilatar sua influência. Em geral, a noção de positivismo ficou identificada exclusivamente com o empirismo e o racionalismo, que impregnaram os métodos científicos em nosso século. Porém, o método objetivo foi apenas uma das vertentes da epistemologia positivista. Desde o "Sistema de Política Positiva", Comte formulou o sentido definitivo de sua epistemologia. Para o filósofo, nos campos mais complexos e específicos da investigação humana, ou seja, na psicologia, na sociologia e na moral, não se pode prescindir do método de filiação histórica, da consideração do todo, como anterior às partes, e do recurso da síntese, o que exige a formulação de modelos teóricos especiais, como artifício abstrato necessário à investigação dos fenômenos. Em outras palavras, do método subjetivo.

Contudo, o "Sistema de Política Positiva" é uma obra densa, de difícil leitura, e foi alvo de críticas acerbadas, até mesmo de eminentes discípulos de Comte, como Littré e Stuart Mill. Essa é uma questão controversa, e não pode senão ser indicada, nesta aula, de modo superficial.

Pois bem, é no "Sistema de Política Positiva" que o fundador da sociologia apresentou sua "Classificação das Funções Subjetivas do Cérebro", dis-
correndo de forma original sobre inúmeros problemas que ainda absorvem a
psicologia e a biologia. Tal é a base da teoria da personalidade desen-
volvida pelo prof. Aníbal Silveira, e que será apresentada em aulas pos-
teriores neste curso. Limitar-nos-emos a tecer algumas considerações so-
bre seus postulados fundamentais.

Para a teoria positivista, o estudo do comportamento, seja em biologia,
seja em psicologia, não pode omitir o fato de que se trata sempre de uma
interrelação dinâmica, entre o organismo vivo e o meio ambiente que o
circunda.

Os seres vivos são dependentes de condições cada vez mais específicas e
complexas, aumentando na escala animal, até a espécie humana, a capacida-
de de agir sobre o ambiente, modificando-o. Específico do caso humano, o
meio social exerce papel proeminente na gênese do psiquismo individual.
Mas, se o homem assimila as influências histórico-sociais, isto somente
ocorre porque possui dotação orgânica específica. O ambiente social am-
pliou as aptidões funcionais humanas, aperfeiçoando-as. Entretanto, os
processos psíquicos assentam em estrutura comum à espécie.

Para a teoria positivista, o estudo da estrutura psíquica própria da es-
pécie humana não se confunde com a dinâmica peculiar que caracteriza ca-
da caso individual, e muito menos com as características do sujeito con-
creto, ou agente social no dizer da profa. Lúcia Coelho.

A atividade psíquica configura um nível funcional específico, que media a
interrelação complexa entre o organismo humano e o meio ambiente. O estu-
do desse nível funcional exige a consideração sociológica prévia e o co-
nhecimento de suas raízes biológicas, mas o seu domínio é exclusivo, e
configura o objeto principal da psicologia. A atividade psíquica encontra
correlato na fisiologia cerebral, mas não pode ser reduzida a qualquer ou-
tra manifestação, dinâmica ou funcional (bioquímica, bioelétrica ou neurológi-
ca).

Apresentam-se, dessa maneira, os três postulados fundamentais da teoria
positiva:

- 1) A natureza humana é essencialmente social.
- 2) No caso individual, há dependência do fato psicológico para com o fun-
cionamento do cérebro.
- 3) Quanto à atividade mental, é necessário distinguir dois planos de es-
tudo: as funções objetivas e subjetivas do cérebro.

A estes, acrescentam-se dois princípios, formulados originalmente por
Gall, como o reconheceu Comte:

- 1) As funções subjetivas configuram disposições fundamentais inatas.
- 2) As manifestações subjetivas exprimem organização funcional e pluralida-
de, em resultados complexos.

S.R.S.P.
B.A.S.

Desenvolvendo estas proposições fundamentais de Comte, Silveira formulou um modelo teórico representativo da atividade psíquica, em base genético-estrutural e sistêmica, que vem a ser a estrutura axial de todas as suas concepções, inclusive no campo de nosso interesse, do psicodiagnóstico de Rorschach.

O resultado geral da atividade psíquica é a adaptação individual à realidade. Depende simultaneamente, das condições ambientais e das disposições do indivíduo.

Dessa interrelação dinâmica, resulta em plano intelectual a concepção de realidade. Porém, o que caracteriza esse processo é o fato de ser essencialmente ativo. Trata-se sempre de um indivíduo em ação no meio social; mais do que um ator, de um agente. O indivíduo não se acomoda puramente às condições de sua existência, mas age também sobre o meio, modificando-o e a própria realidade social.

A análise do comportamento individual, pode ser apreciada, como destacou Silveira, em três planos: o feito da adaptação à realidade, enquanto trabalho intelectual, as modalidades de ação explícita, o comportamento propriamente dito; e as características do relacionamento interpessoal, que dizem respeito à vida afetivo-emocional. Caracterizam-se desse modo traços mais ou menos nítidos e frequentes, tanto com relação à capacidade mental, como à capacidade de ação e à modalidade individual de caráter. Tais traços resultam da interação contínua entre as condições específicas do ambiente e do indivíduo, incluindo-se as suas predisposições genéticas, que são solicitadas em maior ou menor grau no decorrer da existência.

Segundo a concepção positivista, a atividade psíquica assume configuração sistêmica. Os sistemas psíquicos desempenham operações complexas, que se codificou em psicologia como atenção, memória e consciência. Esses processos transcorrem de forma integrada, e exigem a participação de todos os níveis da atividade cerebral. Segundo Silveira, torna-se ilusória a pretensão de circunscrever tais processos a determinados setores de cérebro. Entretanto, e nesse aspecto a teoria positivista aproxima-se da concepção do neuro-psicólogo russo Luria, é válido concluir, qual a participação específica de cada setor cerebral nos processos psíquicos. Esse estudo correlativo exige a distinção entre os aspectos vegetativo (anatômico e dinâmico) e funcional (neurológico e psíquico), como o ressaltou Silveira em sua monografia sobre a psicologia "fisiológica".

As funções psíquicas simples, ou seja, as categorias funcionais irredutíveis da atividade psíquica, desde a vertente afetivo-conativo até a intelectual, dependem de órgãos específicos, que se distribuem de modo complexo e seletivo desde as zonas sub-corticais até a convexidade cortical. Mas, como referiu Luria em seu livro sobre Fundamentos da Neuropsicologia, o conhecimento das bases cerebrais da vida psíquica deve ser prece-

fez Silveira, distinguindo na estrutura da personalidade, três setores funcionais: afetivo, conativo e intelectual. Nenhum deles participa isoladamente de qualquer processo psíquico. Toda a atividade mental resulta de interação sistêmica entre eles; a análise do comportamento e a semiologia dos transtornos cerebrais permitem entrever os diferentes níveis e a predominância da participação funcional e tornam possível estabelecer conclusões entre o plano psíquico e o cerebral.

Como salientou a profa. Lúcia Coelho, as funções psíquicas simples foram deduzidas por Comte a partir do estudo comparativo da série filogenética, da evolução ontogenética, das características dos processos morfológicos e funcionais do sistema nervoso central, e sobretudo da análise das expressões psicossociais do comportamento humano. Cada categoria funcional é uma unidade qualitativamente distinta do sistema total, mas somente sob ângulo abstrato pode ser assim considerada.

As funções psíquicas expressam-se sempre em conjunto, e mostram-se interdependentes, nos dinamismos psíquicos.

Um estudo mais amplo das funções psíquicas que compõem a estrutura da personalidade, de acordo com a teoria de Silveira, pode ser encontrado nos trabalhos de sua principal discípula, a profa. Lúcia Coelho.

Abstemo-nos de estender esta aula, pois pensamos haver já discorrido sobre questões muito complexas, que deverão agora ser motivo de reflexão para todos os que pretenderem prosseguir pela senda fértil das concepções do Prof. Anibal Silveira.

Em nosso ver, mais do que uma nova teoria, o prof. Anibal Silveira nos legou uma via de síntese sobre o conhecimento psicológico e psiquiátrico sistematizando dados díspares em aparência, de nosso extenso campo de interesse e depurando-os criticamente com o vigor intelectual, a integridade de caráter e a solidez de toda uma vida dedicada à medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO, Lúcia M. S.: Epilepsia e Personalidade (1978) 2a. ed. São Paulo, Ática, 1980.

Fundamentos Epistemológicos de uma Psicologia Positiva. São Paulo, Ática, 1982.

COMTE, Auguste : Systême de Politique Positive (1851) 5a. ed. Paris, Mathias, 1929, 4 v. I: 564 - 763

LÓRIA, Aleksandr R.: El Cerebro en Acción. Trad. de Torres, M. 2a. ed. , Barcelona, Fontanella, 1979.

SILVEIRA, Anibal : Da Clínica Psiquiátrica e do Ambulatório de Higiene Mental. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1931.

"Lesões Casuais e Lesões Sistemáticas do Cérebro em Doenças Mentais". In: Arquivo de Assistência aos Psicopatas de São Paulo. São Paulo, 1937, 2: 191 - 217.

"Psicologia Fisiológica". In: KLINEBERG, O: Psicologia Moderna. São Paulo, Agir, 1953, cap.III, 73 - 100

"Cerebral Systems in the Pathogenesis of Endogenous Psychoses". In: Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo, 1962.

Prova de Rorschach : elaboração de psicograma. São Paulo, 1964.

I - Introdução

De alguns anos para cá, vem aumentando o número de trabalhos procurando aferir as características de personalidade de indivíduos de um mesmo campo profissional. Porém, as investigações relativas aos que optam por Psicologia são bastante escassas. É interessante notar que o psicólogo se volta para a pesquisa de várias áreas profissionais, e quase que evita a sua própria. No entanto, a busca da verdade e do auto-conhecimento deve nortear nosso trabalho, por mais angustiante ou decepcionante que possam ser os resultados encontrados.

Alice G. de Mira (1), cita em um de seus trabalhos :

"Em nossa experiência, ao realizar um curso de PMK, na Universidade de um país latino-americano, submetemos à prova professores e alunos de sua Escola de Psicologia. A análise, tanto quantitativa como qualitativa, sobre um grupo de 100 casos do sexo feminino, revelou que são 30% correspondentes a personalidades medíocres; 20% com características marginais, e 10% francamente patológicas. Isso significa que aproximadamente 1/3 dos que procuram essa carreira profissional, de alguma forma, buscam na Psicologia um refúgio para seus conflitos e traços patológicos, ou procuram uma explicação para seus desvios ou complexos".

Infelizmente, os dados concernentes a esta pesquisa, até o momento não foram divulgados, impossibilitando dessa forma, uma avaliação mais minuciosa por nossa parte.

Em 1979, concluí uma pequena pesquisa, onde através do Método de Rorschach, avalei a personalidade de 31 estudantes de Psicologia, comparando os resultados com os padrões estabelecidos por A. Silveira para a população brasileira, e com estudantes de Administração - de Empresas e Medicina. (2)

(1) Mira, Alice Galland de - "Valor do Diagnóstico do PMK num Caso de Orientação".

* Trabalho apresentado no X Congresso Internacional de Rorschach, em Washington.

No presente trabalho, apreciando o artigo "Approche de la Personnalité des Psychiatres et des Psychologues, et Motivations de leur choix Vocationnel" de J. Donnay Richelle e M. Timsit, publicado em outubro de 1974, procuro estabelecer as semelhanças e diferenças entre os resultados obtidos nas duas amostras. Me aterei exclusivamente ao estudo das características dos estudantes de psicologia.

II- Estudo Comparativo

1) Amostras:

- Amostra A - da Universidade de Liège e Bruxelas :
 - a. sujeitos de 20 a 25 anos;
 - b. estudantes do 3º ano do curso de Psicologia;
 - c. 20 elementos do sexo masculino - Grupo I
38 elementos do sexo feminino - Grupo II
- Amostra B - de uma Faculdade de Psicologia de São Paulo :
 - a. sujeitos de 18 a 23 anos;
 - b. estudantes do 1º ano de Psicologia;
 - c. 31 elementos ao todo :
 - 27 do sexo feminino, e
 - 04 do sexo masculino.

Os sujeitos da Amostra A, sendo do 3º ano do curso Psicologia, são um pouco mais velhos que os da Amostra B, que foram selecionados do 1º ano da Faculdade. Quanto à distinção por sexo, isto não foi feito quando do estudo da Amostra B, devido ao pouco interesse dos sujeitos do sexo masculino pelo curso de Psicologia no Brasil (3). Assim sendo, a Amostra B se assemelha mais ao Grupo II da Amostra A.

2. Abordagem Formal

No estudo da Amostra B, utilizamos a terminologia e os critérios para avaliação segundo Dr. Aníbal Silveira. Os resultados médios do grupo, podem ser observados no Quadro I.

Dos dados formais da Amostra A, do artigo mencionado, temos $\text{BD}1$ (respostas de espaço - E na nossa nomenclatura); IF , IG , K:k (N:m segundo a terminologia de Silveira); K(m) ; IH e FC:CF:C . Vide quadro II.

Nos ateremos essencialmente à análise dos dados formais, visto que em uma análise interpretativa simbólica, os critérios são mais amplos e portanto menos precisos, dificultando uma comparação mais fidedigna.

2.a) Respostas de Espaço - E/ou Dbl

Na amostra A, como os autores afirmam, "é preciso notar a aparição quase que constante de respostas Dbl", sendo que "A porcentagem de respostas Dbl é menos elevada em sujeitos do Grupo II". Porém, ao confrontarmos este dado com a Amostra B, verificamos que as respostas E nestas estudantes, se apresentam de maneira acentuada.

Amostra A :

Grupo I - E em 10 dos 20 protocolos --- 50%
Grupo II - E em 08 dos 38 protocolos --- 21,05%

-
- (2) Camargo, Ana Maria T.B.P. - "Uma Investigação da Personalidade de Estudantes de Psicologia através do Método Rorschach".
- (3) Na Faculdade pesquisada, em 1978, 89,28% dos alunos matriculados na quele ano, para o 1º ano do curso de Psicologia, eram do sexo feminino. Nas demais faculdades de Psicologia do país, a proporção entre os alunos do sexo feminino e do sexo masculino, permanece quase que a mesma, isto é, com a predominância do sexo feminino.

Amostra B - Súmula do Protocolo Médio

I - Tipo de Trabalho Mental

R = 29,30 n %F = 66,34n T/R = 1',06 n' Qualidade de G: +
 %F = 74,21+ Elab/R = 0,88+ Gs imediatos
 %V = 22,02+ Perc. = (G)P(p)E Qualidade de P: +
 %A = 37,59+
 %H = 25,25+
 Rmi = 44,19% Dinâmica Rmi = %F⁺; %V; %A;

Mecanismos inusuais de reação encontrados :

Crítica  mancha - 61,29% Ref.  pp. Exper. - 9,68%
 Fabulação 58,06% Reversão 22,58% Liberação 9,68%
 Inibição 58,06% Ref. a C 22,58% Condensação .. 9,68%
 Ref.Eixo..... 35,48% Lien 19,35% Repetição 6,45%
 Posição 35,40% Perseveração. 12,90% Confabulao.. 6,45%

II - Feitio de Personalidade

M : ps - variável Ps < ps + ps L : C' variável FC < CF + C
 M < m + m' L < l + l
 m + m' - variável L + C' : i + l' G:R = 0.16
 G>M = 0

Af.A = 1,46+ Imp. = 0,74+ Cog. = 40+ L (Beck) = 0,58 variável
 (PS + M) : (L + C) = coaftado Eq = M < ERC Qualidade de M: +
 (m + m') > (l - l - C') Eq' = I RM > RC Grau de M (Plotrowski) = 2
 Tipo de M = variável

Srie Harrower () : R ___ Mx m x FC ___ %F x %A ___ %an ___ ChC ___
 ChL ___ In ___

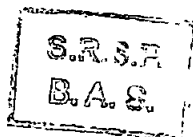
Série Piotrowski () : R ___ T ___ M x ___ nC ___ %F⁺ ___ Aut ___ Lib ___ Ppl ___
 Rpt ___ %V ___

Contedos : Faixa satisfatória

A > pA
 H < pH

Categorias gerais :

"vago"
 "afetivo"
 "intelectual"



Pranchas Monocromáticas:

T/R = †	VF ⁺ = variável
Elab/R = †	VA = †
Perc = G P (p)	VV = †
VF = †	Con = †
Rmi = n	L (back) = †
VH = †	
H pH	

Pranchas Coloridas :

T/R = †	VF ⁺ = †
Elab/R = variável	VA = †
Perc = (G)P (p) E	VV = †
VF = †	Con = †
Rmi = †	L (Beck) = †
VH = †	
H < pH	

Cont. Quadro I

Nota : Os valores correspondem às médias. As setas indicam a tendência apresentada de acordo com os cálculos da Prova da Adaptação, sendo o n a representação para a faixa de normalidade estabelecida por Silveira.

Dados dos Estudantes de Psicologia estudados por
Donnay-Richelle e Timsit.

	GRUPO I	GRUPO II
	N = 20	N = 38
	Sexo Masculino	Sexo Feminino
E (ou Db1)	10	08
VF+ > 80	14	30
VG > 30	05	09
M > m (ou K > k)	07	17
M > 2 (ou K > 2)	14	24
WH > 20	13	21
FC > CF + C	06	12

Amostra B :

E em 21 dos 31 protocolos	67,74%
sendo :	
de 1 a 3 respostas E em 15 protocolos	48,39%
de 4 a 7 respostas E em 06 protocolos	19,35%
	<u>TOTAL</u> 67,74%

Portanto, a um nível de significância de 5%, a presença de E nos protocolos da Amostra B, mostra-se significativa ($\chi^2_0 = 3,904$; $\chi^2_c = 3,841$)

Comparando-se os dois grupos, notamos que as estudantes da Amostra B revelam tendência à oposição e ao negativismo de maneira até mais acentuada que os estudantes do Grupo II e I, da Amostra A. Esta elevada aparição de E na Amostra B, não teria aspectos desejáveis, como acontece em alguns casos, devido à ocorrência também significativa de outros elementos no conjunto dos protocolos, tais como :

- Reduzido aparecimento (ou ausência significativa) de elementos que no todo indicariam inteligência superior - G (ou mesmo GE), Elab/R, VF + na média, M e Ps;
- Em Eq (equilíbrio das forças subjetivas-respostas de movimento humano, para a somatória das respostas de cor), temos que predominam as respostas de cor sobre as de movimento humano, denotando que a oposição revelada se mostra contra o ambiente;

- As respostas CF e C apresentam-se igual ou maior que o número das FC, na maioria dos protocolos, assim como o índice Imp (impulsividade) se encontra significativamente elevado;
- Outro fator a considerar, são os mecanismos inusuais de reação: Reversão e de Reação ao Espaço.

Desta forma, verificamos traços como oposição, negativismo, agressividade e reimosia.

2.b) Porcentagem de F⁺

Tanto no Grupo I, como no Grupo II da Amostra A, os autores assinalam uma elevação da F⁺.

F⁺ > 80 em 14 dos 20 protocolos do Grupo I.....70%
 F⁺ > 80 em 30 dos 38 protocolos do Grupo II.....78,95%

Na amostra B (4), temos:

F ⁺	Nº	%
BAIXO	22	70,97
NORMAL	06	19,35
ELEVADO	03	09,68
TOTAL	31	100,00

predominando significativamente a ocorrência de valores para F⁺, abaixo da faixa normal de variação ($\chi^2_0=20,200$; $\chi^2_c=5,991$).

Verificando a F⁺, quanto ao conjunto de pranchas monocromáticas e coloridas separadamente:

F ⁺	MONOCROMÁTICAS		COLORIDAS	
	Nº	%	Nº	%
BAIXO	12	38,71	24	77,42
NORMAL	10	32,26	04	12,90
ELEVADO	09	29,03	03	09,68
TOTAL	31	100,00	31	100,00

(4) A fórmula empregada por A. Silveira para a $\%F^+$ é :

$$\frac{F^+ \cdot x \cdot 100}{F^+ + F^-} \text{ e não } \frac{F^+ \cdot x \cdot 100}{R} \text{ como a maioria}$$

dos autores.

Desta forma, notamos que, o rebaixamento da $\%F^+$ se dá essencialmente frente aos estímulos da série colorida :

($\chi^2_0 = 27,170$; $\chi^2_c = 5,991$), enquanto que, apesar de haver maior número de protocolos com rebaixamento da $\%F^+$ na série monocromática, este número não chega a ser significativo estatisticamente : ($\chi^2_0 = 0,452$; $\chi^2_c = 5,991$).

Assim sendo, temos que na Amostra A, os estudantes de Psicologia tanto do sexo masculino como os do sexo feminino, apresentam autodomínio exigido, utilizando-se de controle pelo pensamento racional. Já nos alunos da Amostra B, encontramos dificuldade de manterem estável a atenção e concentração, prejudicando uma visão mais objetiva do meio, com deficiência de auto-controle. Tal quadro, se manifesta principalmente, quando estes indivíduos se encontram envolvidos efetivamente de modo direto.

2.c) Respostas Globais - G

Na amostra A, observamos :

$\%G > 30$ - em 05 dos 20 protocolos do Grupo I.....25%

$\%G > 30$ - em 09 dos 38 protocolos do Grupo II.....23,68%,

denotando um reduzido aparecimento das respostas G, o que se assemelha aos resultados obtidos na Amostra B :

G	Nº	%
NORMAL	07	22,58
DESVIOS P/MAIS	04	12,90
DESVIOS P/MENOS	20	64,52
TOTAL	31	100,00

onde a um nível de significância de 5%, predomina a categoria - desvios para menos da modalidade G no tipo de Percepção :

($\chi^2_0 = 14,004$; $\chi^2_c = 5,991$). Porém, ao observarmos as pranchas monocromáticas e coloridas, temos :

G	MONOCROMÁTICAS		COLORIDAS	
	Nº	%	Nº	%
NORMAL	09	29,3	04	12,90
DESVIOS P/MAIS	14	45,15	00	00,00
DESVIOS P/MENOS	08	28,81	27	87,10
TOTAL	31	100,00	31	100,00

A modalidade G nas lâminas monocromáticas possui igual probabilidade de ocorrência nas três categorias citadas:

($\chi^2_0 = 2,001$; $\chi^2_C = 5,991$), enquanto que na série cromática, - prevalece significativamente a categoria desvios para menos: ($\chi^2_0 = 41,110$; $\chi^2_C = 5,991$).

Desta forma, notamos que principalmente quando em situações predominam afetivas, é que os estudantes de Psicologia da Amostra B revelam dificuldade em organizar a visão do mundo como um todo, carecendo de uma observação de modo mais amplo dos fatos. Por outro lado, as respostas G encontradas, eram na sua maioria de qualidade e do tipo imediato, refletindo o caráter mais concreto na percepção do todo, e não propriamente capacidade de abstração, generalização e planejamento.

2.d) Relação entre as respostas Globais e as de Movimento Humano G:M (ou G:K).

Na Amostra A, os autores mencionam que tanto no Grupo I como no Grupo II, as respostas M são superiores ou compatíveis com as G. Infelizmente, estes dados não foram explicitados.

Na Amostra B, a maior parte dos casos apresentavam a modalidade G maior do que as respostas M, por estas se encontrarem ausente, como mostra a tabela, apresentada a seguir.

G : M	Nº	%
3:1 NORMAL	2	6,45
G < M	1	3,22
0 : 0	1	3,22
G ≥ 3:1	7	22,58
G > M=0	20	64,53
TOTAL	31	100,00

Não podemos dizer que os estudantes da Amostra B sejam propriamente ambiciosos! (as respostas G não são elevadas, ao

contrário), mas que, não se utilizando adequadamente da imaginação e criatividade, em um plano mais consciente e objetivo, suas aspirações intelectuais se apresentam além da capacidade intelectual para o momento. O que não acontece com os indivíduos da Amostra A, onde as respostas de movimento humano se encontram presentes em número de pelo menos dois em :

14 dos 20 protocolos do Grupo I 70%, e
 24 dos 38 protocolos do Grupo II..... 63,15%,
 enquanto que na Amostra B, em 21 dos 31 protocolos, não houve uma M sequer, revelando carência de auto-afirmação e de sistema de valores próprios; bem como deficiência empática, apesar do interesse que demonstram pelas relações interpessoais : (H↑).

2.c) Comparação entre as respostas de movimento M:m:m'

Verificando a incidência das respostas de movimento humano (M), para as de movimento animal (m) e de objeto inanimado ou que se dão por forças externas à figura em movimento(m'), encontramos na Amostra B:

M : m + m'	09	29,0
M > m + m'	02	6,0
M < m + m'	23	72,0
TOTAL	31	100,0

Desta forma, prevalece significativamente a categoria $M < m + m'$ ($\chi^2_0 = 15,387$; $\chi^2_c = 3,841$), indicando imaturidade emocional, predominância das fantasias e das concepções mais infantis em detrimento das mais racionais e amadurecidas, assim, como conflitos e sensação de insegurança e impotência, nos estudantes da Amostra B.

No estudo dos alunos da Amostra A, foi estabelecida a relação apenas de $M \rightarrow m$ (ou $K > k$), aparecendo desta forma em :

07 dos 20 protocolos do Grupo I.....35%
 17 dos 38 protocolos do Grupo II.....44,73%

Considerando-se que as respostas m' não foram incluídas junto com as m, e que $M = m$ fazem parte destes números, cremos que os resultados entre as proporções das respostas de movimento entre si, não são discrepantes nas duas amostras. Um fator positivo na Amostra A, é o número superior de M em relação à Amostra B.

2.f) Relação das Respostas de Cor - FC : CF : C. Na Amostra A observamos :

FC > CF + C em 06 dos 20 protocolos do Grupo I.....30%
 FC > CF + C em 12 dos 38 protocolos do Grupo II.....31,57%
 enquanto que na Amostra B as proporções entre esses mesmos elementos são semelhantes, como mostra a tabela abaixo :

FC : CF : C	Nº	%
FC > CF > C	12	38,71
FC ≤ CF > C	16	51,61
FC < CF ≤ C	01	3,23
AUSENCIA	02	6,45
TOTAL	31	100,00

onde as respostas CF mostram-se significativamente mais frequentes que as FC e C ($\chi^2_o = 21,257$; $\chi^2_c = 7,815$), denotando a espontaneidade nas relações afetivas, onde a consideração pelo ambiente externo e pelos sentimentos alheios são deixados em segundo plano, predominando a labilidade afetiva.

Apreciando o índice Imp (Impulsividade) de Silveira, obtemos o que segue na Amostra B :

Imp	Nº	%
BAIXO	02	6,45
NORMAL	03	9,68
ELEVADO	26	83,87
TOTAL	31	100,00

refletindo elevada suscetibilidade às estimulações afetivas de caráter mais instintivas, nesses alunos de Psicologia.

2.g) Porcentagem das respostas de Figura Humana - FH.

Tanto na Amostra A (Grupos I e II), como na Amostra B, a FH se encontra elevada na maior parte dos indivíduos estudados, indicando um interesse ativo pelo relacionamento e comportamento humano.

Amostra A:

PH > 20% em 13 dos 20 protocolos do Grupo I.....65%

PH > 30% em 21 dos 38 protocolos do Grupo II.....55,26%

Amostra B:

PH > 20 em 21 dos 31 protocolos.....67,74%

Porém, no caso da Amostra B, as respostas PH prevalecem significativamente sobre as H ($x_o^2=26,552; x_c^2 = 5,991$), mesmo quando observamos o conjunto de pranchas monocromáticas : ($x_o^2 = 6,260; x_c^2 = 5,991$) e coloridas ($x_o^2 = 18,263; x_c^2=5,991$), traduzindo dificuldades e conflitos no relacionamento interpessoal.

Não possuímos infôrmes a respeito da proporção H:pH na Amostra A.

III - CONCLUSÕES

À semelhança da Amostra A, onde fazendo uma apreciação global dos protocolos, dizem seus autores :

"... alguns evocam fortemente a constelação de traços apresentados pelos casos limites: poucos dentre eles podem ser considerados "normais" se tomarmos como critério um protocolo "standard" - sobre o plano formal..."

Na Amostra B, observamos que na maioria dos casos estudados, estes indivíduos denotam desvios, muitas vezes profundos, de personalidade.

Nas duas Amostras, encontramos entre os alunos do curso de Psicologia, dificuldade em apreciar o ambiente em sua totalidade, com carência de abstração e generalização, imaturidade emocional e reações lâbeis e espontâneas de afetividade, bem como interesse acentuado pelas relações interpessoais.

Os estudantes belgas, do sexo masculino (Grupo I da Amostra A) e os estudantes paulistanos, denotam tendência à oposição e ao negativismo, "ou ao menos, uma certa liberdade em vista das convenções" (5).

Verificamos (no caso dos estudantes de São Paulo) que as dificuldades e os conflitos surgem, ou se acentuam, principalmente quando estes se encontram sob envolvimento afetivo mais intenso.

O que difere a Amostra A da Amostra B, quanto ao perfil psicológico dentre os dados que confrontamos, e a maior capacidade de empatia e de auto-identificação dos primeiros, em relação ao segundo grupo. Outro fator a considerar, é a estabilidade de atenção e con

centração destes, por períodos longos de tempo, possibilitando as sim juízo crítico e auto-controle, se bem que estes se exigem em demasia neste aspecto. No entanto, nos sujeitos da Amostra B, notamos a presença de imaturidade emocional, com carência de auto-afirmação e auto-conhecimento, bem como instabilidade conativa levando-os à uma visão mais subjetiva do meio.

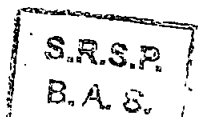
Podemos aventar a hipótese de que, sendo a faixa etária mais elevada nos primeiros, possibilitaria ao grupo, uma maior maturidade - nos aspectos levantados acima, que no caso dos demais. Porém este dado só poderá ser averiguado com uma reaplicação posterior do Método de Rorschach, nestes mesmos indivíduos da Amostra B.

-
- (5) Donnay-Richelle, L. e Timsit, M. - "Approche de la Personnalité des Psychiatres et des Psychologues, et Motivations de leur Chix Vocational", pg.



IV - BIBLIOGRAFIA

- Adrados, I. "Avaliação do Nível de Aspiração Mediante o Teste de Rorschach" Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, R.Janeiro 1969, jul/set, 21(3) 99-105.
- Camargo, A.M. "Uma Investigação da Personalidade de Estudantes de Psicologia através do Método de Rorschach. Dissertação para o grau de Mestrado pela Pontifícia - Universidade Católica de Campinas".
- Coelho, L. Epilepsia e Personalidade; Psicodiagnóstico de Rorschach, entrevistas e anamnese hereditária em 102 examinados. S.Paulo, Ed. Ática, 1975.
- Coelho, L. "Identificação do Fator Determinante Forma, Critério para Avaliação". Publicação interna da Sociedade Rorschach de São Paulo.
- Coelho, L. "Mecanismos Inusuais de Reação". Publicação interna da Sociedade Rorschach de S. Paulo.
- Coelho, L. "Modalidade de Respostas". Publicação interna da Sociedade Rorschach de São Paulo.
- Coelho, L. "Respostas de Cor". Publicação interna da Sociedade Rorschach de São Paulo.
- Donnay-Richelle, (L. & Timsit, M.) "Approche de la Personnalité des Psychiatres et des Psychologues et Motivations - de leur Choix Vocational" - Bull. Soc. Franç. du Rorschach et des Méth. Proj. 1974 (out.) 7;15(28).
- Mira, A.G. "Valor do Diagnóstico do PMK num caso de Orientação" - Arquivos de Psicologia Aplicada, R.Janeiro, 1971, Jan/Mar: 23(1), 119-136.
- Piotrowski, Z. Perceptanalysis, N. York, MacMillan, 1957
- Silveira, A. "Método de Rorschach, Terminologia e Critério", Arquivos de Assistência a Psicopatas, S.Paulo, 1963, 275-277.
- Silveira, A. "Problemas Práticos dos Métodos de Rorschach". Publicação interna da Sociedade Rorschach de São Paulo.
- Silveira, A. Prova de Rorschach : Elaboração do Psicograma, S.Paulo, Ed. Edanele, 1964.



Maria Helena C. de Figueiredo Steiner

Não é exagero afirmar que o Psicodiagnóstico de Rorschach foi uma das técnicas mais criativas e abrangentes colocadas à disposição dos estudiosos do comportamento humano. Hermann Rorschach, prematuramente desaparecido aos 34 anos de idade, não a considerava ainda terminada quando apareceu a 1.ª edição do mesmo, em 1921, cujo título foi PSYCHODIAGNOSTIK, editado por Hans Huber em Berna e Stuttgart. Desde então vem essa técnica projetiva estimulando estudos e pesquisas, a tal ponto de constituir-se, ela própria, uma área de especialização. Os assim chamados rorschachianos, reúnem-se em sociedades existentes em diversos países, filiadas, por sua vez, à Sociedade Internacional de Rorschach.

No Brasil devemos ao Prof. Dr. Annibal Silveira (1902-1979) a introdução da mesma em São Paulo, em 1930, à qual dedicou grande parte de seus esforços, com inúmeros estudos e pesquisas publicados aqui e no exterior. Fundou a Sociedade Rorschach de S. Paulo, frequentada desde os anos 50 por psicólogos, psiquiatras, psicanalistas, sociólogos, antropólogos, estudantes e outros. Não apenas mergulhou em seus trabalhos, mas foi sempre o mestre pronto a orientar seus alunos e a formar grupos de discussão de casos.

Surgiam, não raro, pontos de convergência de interesses profissionais - diversos, possibilitando uma intercomunicação entre os mesmos, na base de trocas úteis e produtivas de experiências e conhecimentos.

Segundo Rabin (1), quando apareceu nos Estados Unidos, despertou certa desconfiança, superada aos poucos através de pesquisas que se desenvolveram visando verificar sua validade. Algumas foram realizadas comparando-se avaliações psiquiátricas ou psicológicas com informações obtidas através do Rorschach. Os psicólogos da linha experimentalista, informa esse A., embora mais resistentes à sua aceitação, acabaram constatando as grandes possibilidades que oferece à pesquisa científica. Lembra, a propósito, as palavras de Beck: "O pesquisador que trabalha com o Rorschach deve submeter os fatores independentes aos controles necessários, para cimentar solidamente a base científica do teste."

(*) Aula inaugural dos cursos de 1985 da Sociedade Rorschach de São Paulo. Agradecemos o material posto à nossa disposição pela Dra. Látife Yazigi, e por Sonia I. Fantauzzi, Coordenadora Administrativa da Sociedade Rorschach de São Paulo.

(**) Trabalho referente à abertura do ano de 1985 da Sociedade Rorschach de São Paulo, incluído neste número dado o atraso da publicação do mesmo.

Os rorschachianos não se contentaram, portanto, apenas com a utilização instrumental da nova técnica. Consideraram também da maior importância a articulação de seus componentes com uma teoria da personalidade, e isso acentuava Annibal Silveira em suas aulas. Elegeu ele o esquema da teoria positivista como referencial básico. Ninguém melhor do que Lúcia Maria Salvia Coelho para explicar, refletir e comentar essa posição em Psicologia (2), incluindo o pensamento positivista atual. Por certo, outras abordagens teóricas da personalidade são comumente utilizadas. O Rorschach permite uma visão gestáltica da personalidade, abrangendo mecanismos manifestos e latentes da mesma. A inter-relação dos dados de um protocolo foram, e continuam sendo analisadas na sua dinâmica específica em dadas síndromes ou problemas. Do ponto de vista estrito de suas aplicações em Psicologia, dividimos, num esforço de esquematização, duas grandes áreas: uma, que busca a descoberta de resultados consistentes na análise dos dados, capazes de contribuir ao esclarecimento de problemas em Psicopatologia, principalmente no que se refere à alteração de dinamismos psicológicos, numa concepção sistêmica da personalidade. Conjuntos de dados já foram relacionados entre si por Rorschach, e por vários especialistas depois dele. A outra área concentra-se na elaboração do perfil psicológico, visando objetivos variados. Entre estes, resumiremos os seguintes, procurando exemplificá-los com algumas pesquisas feitas em nosso meio, especialmente as realizadas por membros da Sociedade Rorschach de São Paulo:

1. O Rorschach como instrumento de avaliação da personalidade - quer de maneira global, quer como de levantamento de informações específicas. Muitos psicólogos não dispensam uma avaliação inicial ou periódica de clientes com dados problemas. Ou então, frente a determinada queixa, por exemplo, o baixo aproveitamento escolar de uma criança, o levará a dar atenção especial aos dados mais úteis para a elucidação do caso. Para tanto, verificaria não apenas a elaboração dos estímulos externos, mas também as possíveis flutuações da mesma na presença e na ausência de estímulos afetivos. O tempo de reação, o número de respostas, a sucessão, os fatores formais, os conteúdos, etc., seriam indispensáveis. A avaliação da personalidade é talvez o objetivo mais comum dos psicólogos na utilização do Rorschach. A bibliografia sobre o assunto é extensa, tanto do ponto de vista teórico, como do da interpretação dos dados, servindo até de aprendizagem e treinamento da técnica. Latife Yazigi fez um levantamento de trabalhos variados feitos no Brasil, os quais refletem uma amplitude de temas muito além deste primeiro item, e de grande alcance como fonte de informação (3).
2. O Rorschach aplicado a grupos de Sujeitos com dadas síndromes: Em 1972 Lucia Maria Salvia Coelho elaborou sua tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, intitulada "Estudo Psicológico dos Epilépticos", já publicada (4). Em 1973 Latife Yazigi apresentou a tese de doutoramento ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, -

"A Prova de Rorschach em Vinte Crianças com Dislexia Específica de Evolução", e ainda numerosos trabalhos apresentados em congressos ou publicados principalmente no Boletim de Psiquiatria, Órgão oficial do Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina. Muitos trabalhos em nosso meio tiveram sua origem na Sociedade Rorschach de S. Paulo, quer sob a orientação ou supervisão recebida no último ano do curso, quer por seus membros interessados em pesquisa científica. Citaremos, por ora, alguns deles, cabíveis neste item: Leda França e Lia Bicu do (1972), "O teste de Rorschach com indivíduos que deixaram o hábito de beber"; Neila Freitas Viegas (1972), "A prova de Rorschach em 22 crianças com síndrome de disfunção cerebral"; Fernando Villemor Amaral (1972), "Retardamento, Aceleração e Ritmo de Produção - no Rorschach"; Maurício Levi Jr. (1972), "O teste de Rorschach nos quadros de Pseudogravidez"; Lúcia Maria Salvia Coelho (1972), "Probandos clinicamente impulsivos"; Viviana Minerbo e Daisy Bracco (1977), "The para-natal period : a comparative study of pregnant women by the Rorschach method"; Lúcia Maria Salvia Coelho (1977), "Les niveaux d'intégration psychosocial de l'être humain et les facteurs de Rorschach"; Ana Maria Tereza Benevides (1979) "Uma investigação da personalidade de estudantes de Psicologia através do método de Rorschach"; Cleusa Gouveia Neri (1981), "Rorschach em asmáticos"; Maria Helena C. de Figueiredo Steiner (1974) em colaboração com o Dr. José Goldenberg e o Dr. E. Atra, do Depto de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina de São Paulo, "Psicodiagnóstico de Rorschach em artrite reumatóide do adulto"; Latife Yazigi (1977), "Obesity : the study of a group of obese patients submitted to analytic group therapy and evaluated by Rorschach method"; a mesma A. em colaboração com o Prof. Dr. Raul Marino Jr. e Dr. Claudio Rossi (1978) "Personality studies in surgery for epilepsy"; em colaboração com o Dr. Júlio Ricardo Souza Neto (1981), "Psychodiagnostic assessment of therapeutic follow-up of a case of anorexia nervosa"; Lúcia Maria Cruz Costa (1984), "Correlação entre prolapso da válvula mitral, elementos da constelação epileptóide e prova de Rorschach"; Hilda Maria Morana e Miquel R. Matamores (1984), Alterações observadas no teste de Rorschach em pacientes portadores de lesões cerebrais"; Maria Adélia Jorge Mac Faden e Alda Vial Ribeiro (1981), "Observações de pacientes hipertensos através da prova de Rorschach"; Maria Adélia Jorge Mac Faden (1982), "Estudo sobre a personalidade de pacientes psoriáticos", etc.

3. O Rorschach aplicado em antropologia e Etnologia :

A utilização dessa técnica apresenta estreita relação com o desenvolvimento da área de estudos sobre cultura e personalidade, principalmente desde os trabalhos de campo de Margareth Mead, Ruth Benedict, Cora Dubois, Clyde Kluckhohn, Ralph Linton, Irvin Child, A. Kardiner, e muitos outros, que nas décadas de 40 e 50 eram lidos com avidéz nos cursos de Ciências Sociais. No Brasil coube a Herbert

Baldus, etnólogo brasileiro de origem alemã, a primeira aplicação do Rorschach a Índios, por ocasião de sua pesquisa de campo entre os Kaingang do Ivaí. Descreve ele seu trabalho de maneira minuciosa num capítulo do livro de Otto Klineberg, *A Psicologia Moderna* (5). A interpretação dos dados foi feita por Aniela Ginsberg (6). Posteriormente Cícero Cristiano de Souza fez uma segunda elaboração dos dados dos protocolos, tendo a mesma também sido publicada (7). Alguns trabalhos nessa área foram elaborados na Sociedade Rorschach - de São Paulo. Em 1972, Carlos Wagner S. dos Santos, Inês A. Dolci, João Augusto Frayse Pereira e Lília de Muzio Piccinelli, fizeram a pesquisa de conclusão de curso "Aspectos afetivos de um grupo de Índios Xavante através do Psicodiagnóstico de Rorschach". No mesmo ano, Leontina de Almeida Waack apresentou "O Rorschach em crianças carabras". Em 1977 Lília de Muzio Piccinelli apresentou no IX Congresso Internacional de Rorschach "Aspects of personality of a Group of Shavante Indian evaluated by Rorschach's Psychodiagnostic", e, em 1982, defendeu no Instituto de Psicologia da USP a dissertação de Mestrado, "Recortes na observação do real sobre a função intelectual de observação através da prova de Rorschach em um grupo Xavante : uma proposta para classificação de modalidades". Aqui também não nos propomos a fazer um levantamento bibliográfico mais abrangente, mas tão somente lembrar algumas colaborações de reconhecido valor à etno-psicologia. Por certo, incentivarão nossos alunos a novas pesquisas.

4. A aplicação dessa técnica em pesquisas interculturais, as quais constituem, em si mesmas, um dos campos mais férteis da Psicologia, aproximando psicólogos de vários países através de pesquisas que permitem testar alguns pontos da personalidade mais suscetíveis às influências sócio-culturais. Disse Douglas M. Kelley, da Universidade da Califórnia, prefaciando o livro de Cícero Cristiano de Souza (8): "... o A. pode dar uma contribuição genuína aos problemas de variações nos padrões de reação devidos às diferenças culturais na civilização ocidental". Vários pesquisadores têm se preocupado nessa, e em outras áreas, com o grau de discriminação que os dados permitem quanto à sua interpretação em termos de normalidade. Vale a pena reportar-nos ao artigo de Rui Benedito Mendes Filho, no qual discute esse problema de maneira sintética e didática, ressaltando a sua importância em Psicologia e em Psiquiatria (9). Mas, focalizando especificamente a variável cultura, a classificação formal das respostas têm sido objeto de estudos, como o da conhecida especialista Isabel Agrados, que já adaptou uma série de respostas obtidas em nosso meio (10). Superadas as dúvidas de ordem teórica, parece-nos que se abrem novas perspectivas para facilitar estudos

comparativos com a utilização de microcomputadores. José Luiz Tito Camacho está desenvolvendo seu projeto de pesquisa na construção de programas adequados a tais objetivos. Já tivemos a oportunidade de conhecer seus primeiros ensaios, bastante promissores.

5. O Rorschach tem sido aplicado com significativa frequência em serviços de Seleção de Pessoal. A respeito disso, entrevistamos o Prof. Irto de Souza, do Instituto de Psicologia da USP, e com longa experiência nesse campo. Sua opinião é a seguinte, em resumo: Não se aconselha a utilização desse teste por vários motivos, a saber: 1º-Do ponto de vista ético, há o problema de sigilo das conclusões referentes à personalidade dos examinados. Podem ocorrer situações que escapem ao controle do psicólogo; 2º-É um teste dispendioso, e por esse motivo torna-se inviável a muitas empresas, ou é simplesmente descartado; 3º-Não é necessário, de maneira geral, diante de formas de Seleção de Pessoal atualmente empregadas, e que cobrem as informações solicitadas. O assunto merece a maior atenção, portanto. Em 1984, Ana Maria Nogueira, Maria do Carmo Freitas e Sonia Hannel, elaboraram a pesquisa "Estudo sobre a influência da situação de seleção nos índices do teste de Rorschach", revelando o interesse de nossos jovens pesquisadores numa área da Psicologia Aplicada que, apesar de sua riqueza bibliográfica, está passando por uma revisão de posições.

6. Em Orientação Profissional as controvérsias também têm suscitado discussões produtivas, ligadas principalmente a posicionamentos subjacentes à própria conceituação do processo de escolha de profissão e do significado do trabalho na vida do indivíduo. O Prof. Irto de Souza também nos transmitiu o seu ponto de vista: em princípio acha dispensável a aplicação de Rorschach aos orientados, a menos que se queira levantar alguma informação para esclarecer possíveis impedimentos ou problemas de atuação em profissões constantes de suas escolhas. Na revista Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, o estudante encontra inúmeros trabalhos desenvolvidos no Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro. Nessa revista, que tinha o título de Arquivos Brasileiros de Psicotécnica (1949 a 1968), revela-se o enorme vigor intelectual dos técnicos do ISOP, com suas pesquisas e trabalhos de Seleção e Orientação Profissional e de Aconselhamento. Muitos estudos sobre a aplicação do Rorschach nessas áreas podem ser considerados pioneiros em nosso país. Um outro enfoque seria o de detectar eventuais características comuns a estudantes de dadas profissões. Lembramos aqui a pesquisa de Ana Maria Tezera Benevides Prestes de Camargo, "Uma investigação da personalidade de estudantes de Psicologia através do método de Rorschach" - apresentada em 1979 como tese de dissertação a Mestrado, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e cujo orientador foi Maurício Knobel. Outro aspecto das especulações sobre os papéis pro

fissionais é a personalidade; há várias décadas presentes em Psicologia Social, continua estimulando pesquisas segundo perspectivas variadas. Leda França e Maria Cristina Balleiro desenvolveram um trabalho na Universidade Estadual Paulista (1980) "Caracterização Psicológica de um Grupo de operários soldados", utilizando o Rorschach como instrumento de pesquisa, e chegando a conclusões muito coerentes.

7. O Rorschach aplicado à Psicologia do Desenvolvimento revela-se de grande utilidade em dois sentidos: como instrumento de avaliação psicológica e como objeto de pesquisa da precisão de própria técnica. No primeiro caso, basta lembrar que um dos temas do XI Congresso Internacional de Rorschach e de Métodos Projetivos, realizada em Barcelona em 1964, foi sobre "Crianças, Adolescentes e Terceira Idade", com a coordenação e integração geral de Elida J. Tuanã (Uruguai). A bibliografia sobre o assunto é muito rica, e de fácil acesso ao estudioso. Cabe-nos lembrar, em particular, as possibilidades que o teste oferece para a avaliação do nível de maturidade do indivíduo, quer global, quer em aspectos seletivos. Anibal Siveira, no significado que atribui às respostas de luminosidade e perspectiva, permite constatar os dinamismos psicológicos em jogo, em vários níveis de subordinação à realidade externa (11). Os fatores mais comumente detectados como diferenciais nas diversas etapas da vida, são os conteúdos, mas sem se deixar de lado os determinantes, forma, cor, movimento, etc. Como já dissemos, as respostas têm que ser levadas em conta dentro do conjunto que se oferece nos dados de um protocolo. Na Soc. Rorschach de S. Paulo, Maria Waldezinda Moreira Barreto e Vera Lúcia Gonçalves Beres (1983), apresentaram sua pesquisa "O Rorschach na Terceira Idade", o que vem demonstrar a participação de nossos alunos em temas dos mais atuais. Quanto à precisão do teste, é conhecido o trabalho de Margarida Windholz em nosso meio, baseado na pesquisa que fez com escolares paulistas submetidos ao Psicodiagnóstico de Rorschach (12). André A. Jacquenin também se interessou por essa área, publicando um trabalho de grande utilidade (13). Sobre os adolescentes é muito consultado o livro de Isabel Agrados, baseado num levantamento de milhares de respostas obtidas numa amostragem de jovens (14).

8. O Rorschach em Psicologia Social: antes de mais nada, diríamos que muitos dos trabalhos aqui citados encaixam-se em várias áreas da Psicologia Social, como os que se referem à escolha profissional, aos papéis sociais, e outros. Gostaríamos, agora, de salientar alguns temas que merecem a atenção de nossos futuros rorschachianos. O comportamento interpessoal é um deles, e sua abordagem teórica e metodológica é diversificada. Mas o ponto de partida é a percepção que o sujeito A tem de B, reagindo àquilo que percebe, e, processo idêntico ocorre em B. Fica claro, portanto, a importância da captação e elaboração dos estímulos interpessoais para se compreender as

mútuas ações e reações, incluindo-se aí não apenas a percepção de pessoa, mas tudo o que possa influenciá-la. O Rorschach detecta, do ponto de vista subjetivo, o feitiço da personalidade, e outros fatores que interferem nesse processo. Os dados nos revelam até que ponto dado indivíduo compartilha das normas, valores básicos ou do concensus de seu grupo. Mostram se ele tem capacidade de empatia, se o seu tipo de vivência facilita ou não as relações interpessoais, se ele consegue ser objetivo diante de uma realidade externa, se a figura humana é caracterizada de maneira positiva ou não, e assim por diante. Assim sendo, só em situações muito simples as interações são analisadas em si mesmas. Gergen, estudioso da abordagem experimental de processos psicossociais, como a acomodação ou o conflito, sugere que se dê um lugar à cognição para uma compreensão mais ampla dos mesmos. (15). Para finalizar, diríamos ainda que são muitos os problemas humanos psicossociais. Para a análise dos mesmos, qual quer posição reducionista - o determinismo individual, o social, o cultural, e tantos outros, são insatisfatórios. Há, isso sim, a constelação de fatores diversos interdependentes, como muito bem mostrou Kurt Lewin (16). Como exemplo, temos o suicídio, objeto de pesquisas desde o início do século, com E. Durkheim. O Boletim de Psiquiatria, Vol XII, 1979, é dedicado a esse tema, com a participação de especialistas de várias áreas. Chamamos a atenção para a contribuição de Latife Yazigi, "O Psicodiagnóstico no Suicídio", sugerindo que mais estudos se façam nessa linha. Poderíamos nos alongar na citação de muitos problemas mais comuns na nossa sociedade. Mas só queremos ressaltar a importância da troca de conhecimentos entre os profissionais capacitados a tais estudos, tanto para o diagnóstico, como para o planejamento adequado da intervenção para mudanças. O rorschachiano tem um papel entre eles.

CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

1. Rabin, Albert A. "Validacion y estudios experimentales sobre el metodo de Rorschach", in Anderson y Anderson, Técnicas Projectivas del Diagnostico Psicologico, Ed. Rialp, S.A., Madrid, 1963, pp. 163-165.
2. Coelho, Lucia Maria Salvia, Fundamentos Epistemológicos de uma Psicologia Positiva, Trad. de Zakie Yazigi Riskallah, Ed. Ática, S. Paulo, 1982.
3. Yazigi, Latife, "The use of Projective Techniques in Research in Brazil", apresentado no XI International Rorschach Congress, Barcelona, 1984.
4. Coelho, Lúcia Maria Salvia, Epilepsia e Personalidade, Ensaios nº 14, 2a. ed. revista e aumentada, S. Paulo, Ed. Ática, 1980.
5. Baldus, Herbert, "Psicologia Étnica", in Otto Kinebert et alii, Psicologia Moderna, Livr. Agir editora, S. Paulo, 1953 pp. 429-447.
6. Baldus, Herbert e Ginsberg, Anielá, "Aplicação do Psicodiagnóstico de Rorschach a Índios Kaingang", Revista do Museu Paulista, Nova Série, Vol. I, S. Paulo, 1947, pp. 75-87.

7. Souza, Cícero Critiano de, "O método de Rorschach aplicado a um grupo de índios Kaingang, Revista do Museu Paulista, Nova Série, Vol. VIII, 1953, pp. 311-341.
8. Souza, Cícero Cristiano de, O Método de Rorschach, Introd. de Fouglas M. Kelley, 3a. ed. T.A. Queiroz Editor, EDUSP, S. Paulo, 1982, p. XIV.
9. Mendes Filho, Rui Benedito, "Sobre o conceito de normalidade em Psiquiatria", Boletim da Sociedade Rorschach de S. Paulo, Vol. I, nº2, Ago./Dez./1982, pp. 13-19.
10. Adrados, Isabel "Teoria e Prática do Teste de Rorschach, Fundação Getúlio Vargas, R.J., 1967, Terceira Parte.
11. Silveira, Anibal, Prova de Rorschach : Elaboração do Psicograma, Tipogr. Edanee, S/A., S.Paulo, pp.138-146
12. Windholz, M.H., Rorschach em Crianças, (2 vols.), Vetor, S.Paulo, 1969.
13. Jacquenin, André A., O Teste de Rorschach em Crianças Brasileiras, Pesquisa e Atlas, Vetor, Edit. Psico-Pedag. Ltda, São Paulo, 1975
14. Adrados, Isabel, Rorschach na Adolescência Normal e Patológica, Edit. Vozes Ltda., R.J. 1976.
15. Gergé, J. Kennet, A Psicologia do Intercâmbio do Comportamento, trad. Dante Moreira Leite, Ed. E. Blucher e EDUSP, S.Paulo 1973, p. 110
16. Mailhiot, Gérald Bernard, Dinâmica e Gênese dos Grupos, Atualidade - das descobertas de Kurt Lewin, 2a. Ed., Livr. Duas Cidades Ltda., S.Paulo, 1973.



"ALTERAÇÕES OBSERVADAS NO TESTE DE RORSCHACH
EM PACIENTES PORTADORES DE LESÕES CEREBRAIS"



HILDA CLOTILDE P. MORANA
MIGUEL RODRIGUEZ MATAMOROS

"...E os homens devem saber que de nenhum lugar, a não ser do cérebro, provêm alegrias, prazeres, risos e zombarias; tristezas, amarguras, desprezo e lamentações. E por isso, de uma maneira especial, nós adquirimos sabedoria e conhecimentos, aprendemos a ver e a ouvir o que é certo e errado, doce e amargo..."

"...E pelo mesmo órgão tornamo-nos loucos e delirantes, medos e temores nos assaltam, alguns à noite, outros durante o dia, sonhos importunos, transtornos, preocupações inadequadas, ignorância das circunstâncias do presente, desabitucação e inabilidade. Todas essas coisas nós sofreremos através do cérebro, quando ele não é sadio..."

(HIPÓCRATES)

S.R.S.P.
B.A.S.

I N T R O D U Ç Ã O

"Eu não tenho inclinação para deter o domínio da oscilação psicológica como ela está, no ar, sem uma fundamentação orgânica... deixemos os biólogos irem tão longe quanto puderem, nós iremos tão longe quanto possível. Algum dia os dois nos encontraremos".

(FREUD)

Este trabalho visa relacionar alterações encontradas nos dinamismos psicológicos de pacientes portadores de lesões neurológicas. Para isso associamos o exame neurológico e tratamento cirúrgico do paciente, tendo sido realizado o Teste de Rorschach previamente.

O método de Rorschach fundamenta-se na primazia da percepção visual para o estabelecimento da distinção entre a realidade externa e o mundo intrapsíquico. De fato, a noção do ambiente propiciada especialmente pela sensação visual, mobiliza diretamente a reação afetiva. A correlação entre os estímulos oriundos do meio externo e a repercussão afetiva por eles provocada, irá determinar no curso das primeiras experiências da criança, a sua noção de unidade subjetiva permitindo a distinção entre ela pró - pria e o ambiente.

Os estímulos externos são múltiplos e variáveis, ao passo que a reação - afetiva segue uma modalidade peculiar ao indivíduo. Durante o desenvolvimento ontogenético, o amadurecimento cerebral e o processó de integração social permitem o manejo de uma ampla gama de sinais estimulantes, assim através da seletividade percentual e da categorização conceitual estabelecem-se conjuntos significativos da experiência com a realidade externa. A preocupação de Rorschach em investigar o modo segundo o qual diferentes indivíduos percebem e estruturam os estímulos do ambiente, e as concepções sobre si mesmos, levou-o a utilizar uma série de estímulos ambíguos, sistematizando o seu trabalho como "experiências de percepção de forma ocasionais".

Consideramos a prova de Rorschach como um método de apreensão multidimensional da personalidade, mais que um teste ele é o modo de raciocínio sobre a dinâmica psíquica. A investigação dos diferentes dinamismos envolvidos no modo do indivíduo perceber e organizar estímulos do Rorschach , permite a melhor compreensão das diversas expressões do comportamento manifesto.

Os dados oferecidos pelo emprego de tal método, não devem ser apreciados sob o prisma de totalidade difusa, impressionista, não passível de codificação sistemática, e nem tampouco eles permitem uma interpretação analítica, discreta, aditiva de fatores isolados. Os resultados de uma prova de Rorschach deverão ser apreciados como um sistema integrado funcional, onde os fatores assumem valor particular segundo o tipo de articulação que eles mantêm entre si. E, tais articulações não são fortuitas ou arbitrarias, mas decorrem do processo seletivo perceptual que é peculiar ao próprio trabalho mental dos seres humanos.

Portanto, a personalidade não pode ser examinada a partir de um único aspecto do material oferecido pela prova de Rorschach, mas sim pela inter-relação entre eles.

O significado de cada componente depende do tipo do grau que os outros - aparecem em um dado protocolo. Na situação experimental do psicodiagnóstico de Rorschach, a participação das esferas e dos sistemas psíquicos - se reflete nos componentes perceptuais cujos mecanismos são atualmente conhecidos através de estudos neuropsicológicos e de psicologia social efetuados a partir de diferentes modelos teóricos de personalidade.

Assim, nos parece plenamente justificável a utilização deste método para investigação da personalidade, pois ele permite apreciar tanto os aspectos mais superficiais do comportamento quanto os dinamismos mais profundos, afetivo-emocionais do examinado.

O presente trabalho consiste no estudo sistemático do Teste de Rorschach aplicado em 17 pacientes adultos, portadores de patologia neurológica.

Os pacientes foram subdivididos em 2 grupos :

- Grupo 1 - pacientes com lesões expansivas intracerebrais - Tumores
- Grupo 2 - pacientes com patologia vascular intracraniana - Aneurismas cerebrais e oclusões de grandes artérias intracerebrais.

Os testes de Rorschach foram analisados e tentamos encontrar correlações entre os achados do teste e o tipo de patologia neurológica envolvida; moral ou vascular.

MATERIAL E MÉTODO

O trabalho estudou 17 pacientes, os quais foram submetidos ao Teste de Rorschach antes do tratamento cirúrgico e com diagnóstico já realizado através de exames complementares.

Foi estabelecido um protocolo inicial para o ingresso dos pacientes neste estudo.

-
- I - Idade : mínima de 15 anos
máxima de 65 anos
 - II - Todos eram pacientes com patologia neurológica confirmada por exames complementares: LCR e Tomografia, Carótidoangiografia Cerebral (C.A.G.) e E.E.C.
 - III - Os pacientes encontravam-se em estado vigil.
 - IV - Os pacientes deveriam encontrar-se sem uso de drogas que alterassem a capacidade de percepção.
 - V - Os pacientes deveriam poder expressar-se de forma adequada e congruente.
 - VI - Pacientes com quadro clínico de Hemorragia Subaracnóidea espontânea deveriam estar em fase assintomática e em Escala de Botterell no máximo em grau I.
-

O protocolo acima foi estabelecido afim de evitarmos algumas alterações que poderiam ocorrer, em virtude de fatores que seriam responsáveis por alterações e determinismos prévios. Assim, a faixa etária foi determinada acima de 15 anos para considerarmos a análise do teste de Rorschach na dinâmica de adultos. E abaixo de 65 anos para evitarmos algumas alterações decorrentes de processos arterioscleróticos e/ou alterações fisiológicas normais na faixa de senilidade.

Com relação ao item II, todos os pacientes eram portadores de patologia neurológica confirmada pela Tomografia e/ou carotidoangiografia, condição básica do trabalho.

Os itens III, IV e V foram considerados por si só, fundamentais para a aplicação do Teste de Rorschach e a sua validade.

Em relação ao item VI - Pacientes com Hemorragia Subaracnóidea Espontânea em fase assintomática e graduação máxima I na Escala de Botterell, as características do quadro clínico e a própria história natural e evolução da doença tornam essa determinação uma necessidade.

A hemorragia subaracnóidea é apresentada mais frequentemente no aneurisma intracraniano. Felizmente muitos episódios de sangramento subaracnóideo são de natureza pequena, com pouca ou nenhuma disfunção neurológica resultante. O sintoma mais comum dessa hemorragia é a cefaléia. Os pacientes em geral descrevem a cefaléia como intensa, em geral de início súbito, por vezes associada com breve perda de consciência, náusea e vômito, dor no pescoço, dor de cabeça, fotofobia e mal estar geral.

Alguns pacientes com sangramento maciço podem mergulhar rapidamente em coma e evoluírem para a morte. Algumas complicações tardias de hemorragia subaracnóidea são : vasoespasmó, hidrocefalia e hemorragia subaracnóidea recorrente.

A graduação ou classificação dos pacientes com hemorragia subaracnóidea com base no estado clínico é útil no seu tratamento. A classificação proposta por Botterell, modificada por Hunt, revelou-se útil a muitos clínicos (Quadro I).

QUADRO I - CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES COM
HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA (*)

-
-
- | | | |
|--------|---|---|
| GRAU 1 | - | Consciente, com ou sem sinais de sangue no espaço subaracnóideo |
| GRAU 2 | - | Sonolência branda, cefaléia nenhum déficit neurológico |
| GRAU 3 | - | Sonolência, confusão, déficit neurológico focal |
| GRAU 4 | - | Estupor, déficit neurológico moderado a severo |
| GRAU 5 | - | Coma, com aspecto moribundo |
-
-

(*) Modificado de Botterell

De modo geral, os pacientes nos graus 1 e 2 são tratados clinicamente durante 10 dias; a operação é a seguir indicada para evitar uma hemorragia recidivante. Aos pacientes nos graus 3 e 4 concedem-se 3 a 4 semanas para se estabilizarem antes da cirurgia. Os pacientes moribundos não são candidatos à operação, exceto para remoção de hematoma ameaçador à vida ou derivação de hidrocefalia.

Torna-se lógico que apenas pacientes de GRAU 1 desta escala estão em condições de serem submetidos ao Teste de Rorschach.

Este grupo é constituído de 08 (oito) pacientes. A idade média do grupo foi de 34,1 anos, com limites de 18 anos a 56 anos. A incidência foi de 6 homens para 2 mulheres (Tabela 1) .

O quadro clínico dos pacientes (Quadro 1.1) foi característico de processos de natureza expansiva. Todos os pacientes apresentaram um quadro sindrômico de "Hipertensão Intracraniana", e associado a um quadro localizatório de natureza irritativa ou deficitária. Os pacientes com processos expansivos de fossa posterior apresentaram um quadro cerebelar - que se caracterizava por uma síndrome de acometimento de "vermis" ou hemisférico.

Em relação aos exames complementares a história dos pacientes já sugeria uma "síndrome de hipertensão intracraniana" logo evidenciada pela anamnese. Em virtude disso a punção líquórica não foi efetuada a fim de não descompensarmos um processo já instável. (Nos casos 02 e 05, quando chegaram ao Serviço já tinham o resultado de L.C.R. feito em outro serviço).

Todos os pacientes foram submetidos a estudo por Tomografia Computadorizada Axial (CT SCANNER) de crânio e estudo eletroencefalográfico (Quadro 1.2). Os E.E.G. revelaram-se normais para todos os tumores de fossa posterior e evidenciaram um comprometimento cortical nos tumores supratentoriais.

Os pacientes de série exceto o nº 06 que apresentava graves problemas - cardiológicos todos foram submetidos a tratamento cirúrgico e biopsiados os processos expansivos (Quadro 1.3).

Após a cirurgia todos os pacientes foram encaminhados para um serviço de radioterapia como complementação do tratamento.

Na presente série dois pacientes foram a óbito. O paciente nº 01 apresentou intenso edema de tronco cerebral no pós-operatório tardio logo após a primeira sessão de radioterapia. A paciente 03 no pós-operatório imediato já apresentou sinais de grave disfunção de tronco cerebral por manipulação cirúrgica provavelmente evoluindo gravemente para óbito.

Tabela 1 - Principais dados de Identificação dos pacientes do grupo 1.

CASO Nº	INICIAIS DO NOME	IDADE EM ANOS	SEXO	PROFISSÃO	REGISTRO HOSPITALAR
01.	A.G.Q	31	masc.	motorista	252.850.
02.	V.C.	18	masc.	operário	253.435.
03.	O.S.R.	47	fem.	do lar	254.415.
04.	O.J.M.	29	masc.	analista de sistemas	256.488
05.	M.M.S.	28	masc.	engenheiro civil	255.884.
06.	W.J.	56	masc.	comerciante	259.620.
07.	B.P.A.	29	masc.	lavrador	275.160.
08.	M.M.M.	35	fem.	do lar	275.167.

QUADRO 1.1 - QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES DO GRUPO 1.

CASO Nº	DURAÇÃO DA DOENÇA	QUADRO CLÍNICO	
		ANAMNESE	EXAME NEUROLÓGICO
01.	11 meses	cefaléia, tonturas, dificuldade para deambular	Quadro de hemisfério cerebelar à direita, V e VIII pares cranianos à direita
02.	20 dias	cefaléia progressiva e vômitos	III par incompleto à Direita
03.	02 anos	cefaléia tonturas e vômitos	Normal
04.	04 meses	cefaléia, tonturas e dificuldade à marcha	Romberg+, dismetria, disbasia, disdiadococinesia
05.	30 dias	cefaléia e vômitos	discreto edema de papila
06.	25 dias	crise bravais-jacksoniana em dimídio esquerdo e hipoestesia	hipoestesia completa em dimídio esquerdo.
07.	01 ano	convulsões rebeldes e cefaléias e vômitos	Normal
08.	07 meses	paralisia facial periférica e diminuição da audição à direita com cefaléia e vômitos	acometimento VI, VII, VIII e IX pares cranianos à direita

Quadro 1.2 - EXAMES COMPLEMENTARES DOS PACIENTES DO GRUPO 1.

CASO Nº	E.E.G.	CT SCANNER	L.C.R.
01.	Normal	Tumor de hemisfério cerebelar direito	**
02.	Sinais de sofrimento cerebral em hemisfério e região parietal direita	Tumor frontal direito	↑proteínas 76,8 mg/l
03.	Normal	Tumor de fossa posterior e hidrocefalia	**
04.	Normal	Tumor de Vermis Cerebelar	**
05.	Menor organização e lentificação de ritmos cerebrais em áreas anteriores de hemisfério direito	Tumor frontal direito	↑proteínas 70,0 mg/l
06.	Menor organização em hemisfério cerebral direito	Tumor temporal posterior direito	**
07.	Lentificação de ritmo cerebral em área temporal direita	Tumor temporal direito	**
08.	Normal	Tumor de ângulo-ponto-cerebelar	**
** : Quando o quadro clínico do paciente e o exame (fundo de olho) sugerem um processo expansivo, não colhemos L.C.R. com receio de causarmos uma descompensação brusca e um possível "formação" de hérnia cerebelar.			

Quadro 1.3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO, ANATOMO-PATOLÓGICO E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO 1

CASO Nº	CIRURGIA REALIZADA	DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO	EVOLUÇÃO DO PACIENTE
01.	craniotomia para fossa posterior	Meduloblastoma Cerebelar	Radioterapia (rdt) (Óbito durante rdt)
02.	craniotomia frontal direita	Ependimoma	Radioterapia
03.	craniotomia para fossa posterior	Hemangioblastoma Cerebelar	Óbito no 29 P.O.
04.	craniotomia para fossa posterior	Hemangioblastoma de Vermis	Radioterapia
05.	craniotomia frontal direita	Astrocitoma Grau III	Radioterapia
06.	- Inoperável -	(?) Processo Expansivo	Radioterapia
07.	craniotomia temporal direita	Astrocitoma Grau II	Radioterapia
08.	craniotomia para fossa posterior	Adenocarcinoma metastático de tecido conjuntivo (MAMA).	Radioterapia (avaliação)

CBS.: Exceto o caso nº 03; que evoluiu para óbito no pós-operatório, os demais casos tiveram alta e encaminhados para a radioterapia (rdt).

Este grupo é constituído de 09 (nove) pacientes. A idade média do grupo foi de 44,2 anos, com limites de 29 anos e 59 anos. A incidência foi de 6 mulheres para 3 homens (tabela 2).

O quadro clínico dos pacientes (Quadro 2.1) foi característico de processos vasculares (forma aguda). A localização da patologia na maioria dos casos era inexpressiva. Na série dois pacientes apresentaram quadro de oclusão arterial (caso 02 = oclusão de artéria carótida e caso 06 = oclusão de artéria cerebral média). Os demais apresentaram quadro de hemorragia subaracnóidea com história clínica típica. Desses casos, dois apresentaram um quadro de localização: caso 01, que apresentou uma hemiparesia direita e o quadro nº 05 que apresentou uma ptose palpebral.

Todos os pacientes foram examinados já com quadro clínico em evolução e em boas condições neurológicas. Todos eles foram submetidos ao Teste de Rorschach na véspera da cirurgia quando na escala de Botterell encontravam-se em Grau 1.

Os pacientes foram submetidos a estudo angiográfico dos 4 vasos : carótidas e vertebrais, uma vez que a ocorrência de mais de um aneurisma não é incomum. Quando já havia um diagnóstico angiográfico o paciente não mais era submetido a outro exame. Todos os pacientes após a cirurgia foram submetidos a nova angiografia a fim de confirmar que o aneurisma e/ou oclusão estavam curados.

Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, e todos tiveram alta hospitalar, exceto a paciente nº 4 que apresentou resangramento do aneurisma antes da cirurgia e veio a falecer em virtude de vasoespasma severo pós-hemorragia subaracnóidea recidivante.

Tabela 2 - Principais dados de identificação dos pacientes do grupo 2

CASO Nº	INICIAIS DO NOME	IDADE EM ANOS	SEXO	PROFISSÃO	REGISTRO HOSPITALAR
01.	S.R.O.	59	masc.	jardineiro	253.964.
02.	M.A.B.	43	fem.	do lar	253.895.
03.	C.D.F.	49	fem.	do lar	254.088.
04.	V.C.I.A.	40	fem.	do lar	255.921.
05.	A.V.	49	fem.	do lar	256.891.
06.	G.R.L.	29	masc.	pedreiro	256.655.
07.	A.S.	40	fem.	do lar	257.700.
08.	B.S.	47	masc.	lavrador	259.140
09.	D.R.P.	42	fem.	do lar	273.543.

Quadro 2.1 - QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES DO GRUPO 2.

CASO Nº	DURAÇÃO DA DOENÇA	QUADRO CLÍNICO	
		ANAMNESE	EXAME NEUROLÓGICO
01.	15 dias	cefaléia súbita com perda da consciência e déficit em dimídio direito	hemiparesia de predomínio braquial direita e discretamente sonolento e confuso
02.	20 dias	cefaléia súbita com ptose à direita e diminuição da acuidade visual do olho direito	Normal
03.	18 dias	cefaléia súbita com perda da consciência	Normal
04.	12 dias	cefaléia súbita e confusão mental seguida de vômitos	Normal
05.	15 dias	cefaléia intensa e ptose palpebral à direita	rigidez de nuca e III par a direita
06.	03 dias	cefaléia súbita e perda da consciência hemiplegia esquerda	hemiplegia esquerda completa de predomínio braquio-facial
07.	15 dias	cefaléia súbita e vômitos	Normal
08.	09 dias	cefaléia súbita e náuseas	Normal
09.	08 dias	cefaléia intensa e vômitos	Normal

OBS.: O exame neurológico descrito no quadro acima é o de admissão do paciente, já decorrido o tempo de doença referido anteriormente.

QUADRO 2.2 - EXAMES COMPLEMENTARES E DIAGNÓSTICO DOS PACIENTES DO GRUPO 2

CASO Nº	L.C.R.	C.A.G.	E.E.G.	CT SCANNER
01.	Hemorragico	Aneurisma de artéria comunicante posterior esquerda	***	****
02.	****	Oclusão de artéria carótida interna direita	Difusamente desorganizado com alterações paroxísticas em projeção temporal direita	NORMAL
03.	Xantocrômico	Aneurisma de art. carótida direita	***	****
04.	Hemorragico	Aneurisma de art. comunicante anterior (enchendo pela esquerda)	***	****
05.	****	Aneurisma de art. comunicante posterior direita e esquerda	Normal	****
06.	****	Oclusão de art. cerebral média direita	Sinais de sofrimento em hemisfério cerebral direito região temporal	Contusão (?)
07.	Hemorragico	Aneurisma de art. cerebral média direita	Normal	****
08.	Hemorragico	Aneurisma de art. cerebral média direita	Normal	****
09.	Hemorragico	Aneurisma de art. cerebral média direita	***	****

Quadro 2.3 - TRATAMENTO CIRÚRGICO E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO 2

CASO Nº	TRATAMENTO CIRÚRGICO	EVOLUÇÃO
01.	Aneurisma clipado	Alta, com discreta hemiparesia braquial direita
02.	Revascularização cerebral	Alta, sem déficits
03.	Aneurisma clipado	Alta, sem déficits
04.	(*)	Óbito
05.	Aneurisma clipado (esq.) Aneurisma clipado (dir.)	Alta, sem déficits
06.	Revascularização cerebral	Alta, hemiplegia esquerda, mais acentuada em membro superior
07.	Aneurisma clipado	Alta, discretamente parética a esquerda
08.	Aneurisma clipado	Alta, sem déficits
09.	Aneurisma clipado	Alta, sem déficits

OBS.: A paciente caso nº 04, apresentou ressangramento no pré-operatório vindo a falecer por espasmo cerebral, pós hemorragia subaracnóidea.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A distribuição da atenção nos eventos externos, varia em função da situação que o examinado se encontra. Em situações formais consegue perceber os aspectos mais gerais e evidentes da realidade, mas em situações de ordem afetiva se detém nos aspectos mais óbvios da realidade, com dificuldade em abstrair os seus aspectos mais gerais, detendo-se em minúcias.

2. Adaptação ao Ambiente

A adaptação ao ambiente encontra-se em nível adequado prevalendo a adaptação emocional imatura sobre o raciocínio lógico e o julgamento da realidade.

Revela um contato superficial e pouco flexível com a realidade - (% F+) Det ↓, além de um rebaixamento da capacidade de julgamento objetivo das experiências.

A %V encontra-se bastante rebaixada, denotando intensa dificuldade de integrar os padrões de pensamento e de conduta adotados pela maioria.

O trabalho mental de elaborar os diversos estímulos ambientais - se encontra prejudicado Elab/R+ .

A reação emocional do probando encontra-se bastante elevada, o que provavelmente é um dos fatores que está prejudicando a sua capacidade de raciocínio. Denota-se que o indivíduo está sob forte tensão emocional %A+.

3. Faixa de Interesse

Apresenta uma faixa de interesse relativamente adequada, porém com predomínio de respostas de conteúdo animal, o que revela esoterotopia de pensamento.

Denota ainda, certa dificuldade no contato interpessoal já que não consegue integrar adequadamente os fatores ligados ao elemento humano H:PH 1:2.

B - CONDIÇÕES AFETIVO EMOCIONAIS

1. A probando mostra-se sensível afetivamente (Af. 1,20), porém, o predomínio de respostas de cor, sobre as respostas de movimento, revelam estar o indivíduo lábil emocionalmente, evidenciando sub



- missão ao grupo social com prevalência de reações imaturas.
2. Observamos a intervenção do julgamento de valor (λ) em seu relacionamento interpessoal. Denota incapacidade de auto-controle, além da impossibilidade de definir a sua posição no ambiente (PS e M = 0).
 3. Não foi afetado a disposição para agir, revelando índice CON em nível normal, porém apresenta subordinação excessiva aos estímulos externos (LAMBADA +). Há uma tendência a reagir excessivamente aos estímulos do ambiente, porém com apelo insuficiente aos recursos subjetivos.
 4. A investigação da série de M. Harrower demonstrou a existência significativa de sinais psicógenos, assim como a série de sinais lesionais de Piotrowsky também foi significativa. Podemos dessa forma concluir que a consciência das limitações acarretadas pe los distúrbios neurológicos acarreta alterações emocionais de natureza mais profunda.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

O que caracteriza a distribuição aos eventos externos é a apreensão dos aspectos mais gerais, porém de natureza concreta; o que impede o paciente de perceber os elementos mais evidentes, bem como as minúscuas e detalhes. $G_2(P)$. Em situações de ordem afetiva ocorre o inverso, ou seja, detendo-se apenas nos aspectos mais óbvios da realidade (GP).

2. Adaptação ao Ambiente

Em situações formais ocorre uma subordinação excessiva às imposições do meio (RMI=77,7%), em função de elevada tensão emocional no contato com o ambiente (IA+) e uma submissão excessiva aos padrões de conduta tradicionais (IV+). No entanto, não consegue estabelecer um exame objetivo e imparcial dos fatos (IF+).

Em situações de ordem afetiva não consegue adaptar-se às imposições do ambiente (RMI=44,43%), devido a um prejuízo em sua capacidade de assimilar os padrões convencionais de conduta (V+), além de se tornar mais subjetivo em seu julgamento dos dados externos.

Apresenta bom índice de elaboração intelectual, mas pouca flexibilidade de raciocínio (restrição na faixa de interesses e conteúdo).

De maneira geral, há um contato extremamente formal com o ambiente (IF+) acompanhado de insuficiente apelo aos recursos subjetivos (R+).

3. Faixa de Interesse

Apresenta uma faixa de interesse extremamente restrita, com predomínio de respostas de conteúdo animal, o que evidenciou a ocorrência de estereotipia de pensamento no contato com o meio, prejudicando sua capacidade em desenvolver interesse à outros aspectos do ambiente (A+PA+).

Denota, ainda, extrema dificuldade no contato interpessoal, já que não consegue integrar os fatores que se ligam ao elemento humano (H:PH=0:0).

B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

1. Apresenta extrema sensibilidade afetiva (Af=2) sendo que esta não é manifestada no ambiente externo (RC=0), ocorrendo somente como liberação a nível mais instintivo (nC), já que esta apresenta -

também elevada impulsividade (Imp =2), a qual controla-se por meio de elevada tensão emocional (A+).

2. Denota incapacidade de auto-controle e auto-afirmação (RM=0), além de impossibilidade de definir sua posição no ambiente (RPs=0).
3. Em situações neutras tem excessiva reação aos estímulos do ambiente com apelo insuficiente aos recursos de personalidade, derivando um contato extremamente formal com o ambiente.
Em situações de ordem afetiva o rendimento é insuficiente, já que a interferência de aspectos subjetivos torna-se mais acentuada (F+++).
4. A investigação da série de M. Harrower indica a existência de sinais psicógenos como um comprometimento mais profundo da personalidade. A série de sinais lesionais de Piotrowsky também é significativa, mostrando um comprometimento neurológico que interfere na atividade psíquica.

Portanto, no caso, a ocorrência de lesão cerebral acompanha-se de distúrbios de natureza neurótica.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A distribuição da atenção aos eventos externos varia em função da situação que a examinada se encontra. Em situação formal, embora seja capaz de captar as implicações imediatas dos fatos (P), de têm-se exageradamente nos aspectos mais gerais e superficiais das situações (G₃). Prevalece, portanto, a observação concreta sobre a abstrata e analítica.

Frente a uma mobilização afetiva mais intensa, só é capaz de perceber o óbvio (P), já que ocorre um bloqueio do trabalho mental - em função de uma elevação de nível de ansiedade (p').

2. Adaptação ao Ambiente

A adaptação à realidade externa também sofre a influência da mobilização afetiva. Assim, em situações que exigem tomada de decisão, a probanda submete-se às imposições do meio, segundo os padrões tradicionais de conduta. Denota, no entanto, dificuldade em examinar de modo objetivo os fatos e revela tensão emocional no contato com o meio.

Em situações de ordem afetiva, reage de maneira extremamente subjetiva, apresentando incapacidade de exame objetivo dos fatos, e em seguir os padrões convencionais de conduta, além de não estabelecer uma ligação emocional adequada com o meio, devido uma elevada instabilidade em seus interesses.

Denota ainda, acentuada dificuldade no relacionamento interpessoal, e em situações de maior mobilização afetiva, fazem com que a probanda reaja de maneira impessoal e formal com o ambiente.

3. Faixa de Interesse

A faixa de interesse é restrita, ocorrendo com elevada frequência respostas de anatomia, o que indica preocupação com o seu estado somático.

No relacionamento interpessoal, há uma dificuldade em captar os aspectos mais complexos do comportamento humano, detendo-se exclusivamente em seus aspectos parciais H:PH = 0:8.

B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

1. Denota hiperemotividade nos diversos modos de relacionamento interpessoal, o que, entretanto, não encontra forma de expressão no ambiente (RC = 0).

2. Apresenta dificuldade de auto-afirmação e a interferência de fantasias infantis em suas concepções (m=1). Apresenta, também, incapacidade para definir sua posição no ambiente (PS=0).

3. O rendimento da atividade explícita é baixo em função do excesso de subjetivismo e da reduzida flexibilidade de raciocínio.

4. A investigação da série de M. Harrower mostra a existência significativa de sinais psicogênicos, assim como a série de sinais lesionais de Piotrowsky também mostrou-se significativa.

Podemos, dessa forma, concluir que a consciência das limitações acarretadas pelos distúrbios neurológicos, acarreta alterações emocionais de natureza mais profunda.



A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A distribuição da atenção aos eventos do ambiente, caracteriza-se no presente caso por reação predominantemente aos elementos mais óbvios do ambiente, ligados à expressões de ordem mais concreta - (P), já que o examinado não consegue estabelecer uma visão ampla e integrada das situações (ausência de G), e nem perceber os detalhes e minúcias menos evidentes (ausência de p). Tal modalidade de observação acompanha-se de preocupação exagerada com os obstáculos (E+ anatomia de má qualidade formal).

2. Adaptação ao Ambiente

Independentemente da natureza das situações, não se submete às im posições do meio (RMI+), já que apresenta dificuldade em seguir - os padrões de pensamento e conduta tradicionais (V+); elevada ten são emocional no contato com o meio (%A+) e excessivo subjetivis- mo em suas reações o que impede de estabelecer um exame subjetivo e imparcial dos fatos (%F+).

Estabelece um contato extremamente formal com o ambiente (%Ff), acompanhada de insuficiente apelo aos recursos subjetivos (R+).

Apresenta boa capacidade associativa (R=32), utilizando-se de tem po adequado (Ir=13,75) para isto. Observa-se que sua capacidade - de elaboração encontra-se prejudicada (Elab/R=0,25), acompanhado de incapacidade de estabelecer projetos e concepções mais amplas de vida (G:R=0:32).

3. Faixa de Interesses

Apresenta pouco interesse pelas relações humanas (H:pH=1:0), sen- do que predominam respostas ligadas à experiências de vida mais imaturas e infantis (A+). Apesar disso, apresenta interesse rela- tivamente diversificado pelo ambiente.

B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

1. Denota extrema sensibilidade aos estímulos afetivos (Af=1,6), em- bora esta não se manifeste no ambiente externo (RC=0). A pressão de estímulos mais primários e instintivos (Imp=0,53) se acompanha de elevada tensão emocional com o ambiente (%A+).
2. A probanda não consegue definir sua posição no ambiente e nem en- frente as demais pessoas (RPs=0). Apresenta também dificuldade de auto-afirmação baseada na reflexão objetiva dos fatos (M=0), ocor- rendo então, uma interferência de fantasias infantis em suas con- cepções da realidade.

3. Prevalce as reações conativas sobre as expressões afetivo-emocionais e as concepções que dela decorrem atuam de modo indireto na dinâmica psíquica.
4. Não existem sinais significativos indicativos de processos neuróticos (M.Harrower = 7,5), bem como os sinais ligados a processos lesionais. Levantamos a hipótese de que não ocorram sinais significativos em função do paciente, diferindo do restante do grupo por apresentar tumor vermis cerebelar.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A observação dos elementos do ambiente externo sofre influência direta da mobilização afetiva. Dessa forma, em situações formais, há um apego aos elementos mais genéricos e superficiais do ambiente, associada à consideração exagerada dos obstáculos (GE), prejudicando a apreensão dos aspectos mais evidentes e de ordem prática do meio, bem como o exame analítico de pormenores que passam - despercebidos pela maioria (Gp)GE).

Em situações de ordem afetiva só consegue apreender os elementos mais óbvios e imediatos do ambiente, mantendo-se a preocupação com os aspectos negativos de tais situações (PE4).

2. Adaptação ao Ambiente

O processo de adaptação à realidade externa também sofre a influência da mobilização afetiva. Dessa forma, em situações que exigem decisão e iniciativa, o examinado submete-se excessivamente às exigências do meio (RMI+), o que ocorre em função de elevada tensão emocional, submissão exagerada às normas tradicionais de conduta, além de excessiva rigidez no contato com o ambiente externo.

Em situações de ordem afetiva, não consegue adaptar-se às exigências do meio em função de uma invasão de subjetivismo acompanhada de incapacidade para seguir os padrões convencionais de conduta e apresentar instabilidade na ligação emocional com o que se passa ao seu redor (9A+).

Enquanto que em situações formais seu contato com o ambiente é extremamente formal sem que se utilize dos recursos subjetivos da personalidade, em situações afetivas seu contato perde a objetividade, visto que há um apelo excessivo aos recursos subjetivos.

Apresenta capacidade associativa em nível insuficiente, embora possua excelente capacidade de elaboração intelectual.

3. Faixa de Interesses

Sua faixa de interesse é extremamente restrita, predominando respostas de anatomia o que indica preocupação excessiva com seu estado somático.

Consegue integrar a figura humana, porém revela prejuízo no contato inter-pessoal.

B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

1. Denota excessiva sensibilidade aos estímulos afetivos, a qual é expressa no ambiente de maneira inadequada e imatura, já que não consegue levar em conta sentimentos alheios em suas reações. Apesar disso, é capaz de estabelecer um convívio mais amplo com as demais pessoas ($H > PH$).

Sua elevada impulsividade encontra controle, em situações formais, através de excessiva tensão emocional que o examinado mantém ($VA+$), e do excesso de formalidade no contato com o ambiente ($IF+$).

2. Procura definir sua posição no ambiente frente às demais pessoas, denotando extrema insegurança e preocupação com suas dificuldades atuais ($Ps+E$). No entanto, esta se acompanha de insuficiente auto afirmação.

Com relação ao equilíbrio das forças subjetivas, observa-se que o examinado tende à extroversão, o que se mantém coerente, tanto a nível manifesto quanto a nível latente.

Quanto à dinâmica psíquica o que se observa é uma tênue prevalência de aspectos intelectuais, os quais são imaturos e ligados a fantasias de auto-afirmação.

3. Apresenta uma subordinação excessiva aos estímulos exteriores, devido a um contato formal e impessoal com o ambiente, e insuficiente apelo aos recursos subjetivos.
4. A investigação da série M. Harrower mostra a existência significativa dos sinais psicógenos, assim como a série de sinais lesionais de Piotrowsky também mostrou-se significativo. Podemos, dessa forma, concluir que a consciência das limitações acarretadas pelos distúrbios neurológicos acarreta alterações emocionais de natureza mais profunda.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A distribuição da atenção aos eventos externos apresenta-se da seguinte maneira : em situações formais, o examinado, embora capaz de apreender os elementos concretos e mediatos do ambiente, detém-se exageradamente nos aspectos mais genéricos das situações, o que impede de examinar as minúcias e os detalhes menos evidentes, que exijam mais esforço analítico (G_3P^-). Em situações de ordem afetiva só consegue apreender os elementos mais evidentes das situações denotando ainda preocupação exagerada com os obstáculos - do ambiente (PE).

2. Adaptação ao Ambiente

Em situações que exigem tomada de decisão e iniciativa conseguem adaptar-se intelectualmente às exigências do meio (RMI=45,83).

Embora consiga examinar objetiva e imparcialmente os fatos ($\%F^+ = 87,50$), apresenta extrema dificuldade em seguir os padrões de conduta adotados pela maioria ($\%V=0$) e elevada tensão emocional ($\%A=50$). Frente à situações de ordem afetiva reage com excesso de subjetivismo, não conseguindo analisar objetivamente os fatos, acompanhar os padrões convencionais de conduta, nem ligar-se emocionalmente as situações do ambiente externo.

Procura estabelecer uma ligação extremamente formal com o meio ($\%F^+$) com apelo insuficiente aos seus recursos pessoais ($\%I^+$).

Apresenta capacidade associativa, relativamente reduzida, a qual se acompanha de dificuldade em elaborar os estímulos (Elab/R+) e pouca flexibilidade de raciocínio (restrição de determinantes).

3. Faixa de Interesses

Sua faixa de interesses é reduzida, sendo que há um predomínio de respostas de anatomia, o que indica preocupação com seu estado somático.

B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

1. O probando apresenta reduzida susceptibilidade aos estímulos afetivos, revelando ainda dificuldade em expressar os afetos nas relações inter-pessoais (RC=0)
2. Embora tente definir sua posição no ambiente (PS=(1)) não consegue efetivamente por incapacidade de auto-afirmação.
3. O rendimento da atividade explícita é elevado em situações formais,

em função de um contato extremamente formal que o examinado estabelece com o meio (VF+).

Em situações de ordem afetiva, seu rendimento encontra-se rebaixado, já que, apesar de manter um contato rígido com o ambiente, este sofre a interferência de subjetivismo em suas reações com perda de objetividade na análise dos dados externos (VF+).

4. A investigação da série M. Harrower mostra a existência significativa dos sinais psicógenos, assim como a série de sinais lesionais de Plotrowsky também mostrou-se significativo.

Podemos, dessa forma concluir, que a consciência das limitações acarretadas pelos distúrbios neurológicos acarreta alterações emocionais de natureza mais profunda.

J.R.S.P.
B.A.S.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A distribuição da atenção aos eventos externos varia em função da situação que a probanda se encontra. Assim, frente a situações - que exigem autonomia a tomada de decisão apega-se exageradamente as minúcias e detalhes menos evidentes, o que se liga a uma atitude de compulsiva (P de má qualidade formal) e o que impede de apreender os elementos concretos e imediatos do ambiente.

Quando envolvido afetivamente nas situações, só consegue observar o óbvio, com prejuízo na observação de detalhes e na sua capacidade de generalização dos fatos ((G)P-).

2. Adaptação ao Ambiente

A adaptação intelectual à realidade externa, também sofre a influência da mobilização afetiva, já que nestas situações submete-se exageradamente às imposições do meio, denotando empenho em seguir os padrões convencionais de conduta (IV+) e tem razoável capacidade de executar um exame objetivo e imparcial dos fatos.

Esse processo acompanha-se de elevada tensão emocional no contato com o meio (IA+).

Em situações formais, que exigem iniciativa, não se submete às imposições do ambiente (RMI+), já que não consegue estabelecer um exame objetivo dos fatos, sendo capaz de se identificar com os padrões convencionais de conduta. A sua ligação emocional com o meio é instável (IA+ mono).

Apresenta, ainda, capacidade associativa muito reduzida, baixo índice de elaboração intelectual e insuficiente flexibilidade de raciocínio.

3. Faixa de Interesses

Há uma razoável gama de interesses no ambiente com nítida predominância de interesse pelas relações inter-pessoais.

B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

1. O examinado apresenta baixa susceptibilidade aos estímulos afetivos (af=0.85) sendo que, quando expressa suas emoções e faz de maneira imatura, já que não consegue levar em conta os sentimentos alheios (FC < CF), em suas reações. Apesar disto, apresenta interesse e

capacidade para estabelecer um convívio mais amplo com as demais -
pessoas ($H > pH$).

2. Sua dificuldade de auto-afirmação ($RM=0$) acompanha-se de incapacidade para definir sua posição no ambiente e frente às demais pessoas ($RP_s=0$).
3. O rendimento da atividade explícita também é oscilante, variando - em função da situação que o probando se encontra. Em situações for mais, apresenta baixo índice de rendimento, o que ocorre em função da perda de objetividade no exame dos fatos (F^+).

Em situações afetivas seu rendimento se eleva, ultrapassando o limite máximo esperado, ficando demasiadamente submisso aos estímulos do ambiente.

4. A investigação da série M.Harrower mostra a existência significativa dos sinais psicógenos, assim como a série de sinais lesionais - de Piotrowsky também mostrou-se significativo. Podemos dessa forma concluir que a consciência das limitações acarretadas pelos distúrbios neurológicos acarretará alterações emocionais de natureza mais profunda.

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

A observação aos elementos do ambiente externo caracteriza-se pela apreensão dos aspectos mais concretos e imediatos do ambiente. A examinada apresenta capacidade de generalização e apreensão dos aspectos mais gerais das situações, o que só ocorre em situações formais, pois quando mobilizada afetivamente não consegue esta integração na observação e apresenta ainda, preocupação com os obstáculos do ambiente ((G)P E).

2. Adaptação ao Ambiente

De maneira geral procura submeter-se às imposições do ambiente externo (RMI+), embora não consiga estabelecer um exame objetivo - dos fatos (IF+). Em situações formais sua dificuldade em seguir - os padrões de conduta tradicionais acompanha-se de elevada tensão emocional no contato com o ambiente. Em situações de ordem afetiva empenha-se em seguir as normas convencionais de conduta, além de estabelecer uma ligação afetiva adequada com o ambiente.

Estabelece um contato extremamente formal e rígido com o ambiente o qual se acompanha de insuficiente apelo aos seus recursos de personalidade (IF+; $\hat{I} = 0$).

Apresenta insuficiente capacidade associativa e bom índice de elaboração intelectual, o qual se eleva em situação que envolvam - mais diretamente seus afetos (Elab crom = 1,35).

3. Faixa de Interesses

Revela uma gama razoável de interesses pelo ambiente com prevalência de interesses interpessoais.

B - CONDIÇÕES AFETIVO - EMOCIONAIS

1. Denota sensibilidade afetiva (Af=1,25) embora não expresse seus - afetos no ambiente (RC=0).

2. Apresenta incapacidade para definir sua posição no ambiente (RPs=0), o que se acompanha de dificuldade de auto-controle e auto-afirmação (M=0).

Encontra-se sob a pressão de impulsos primários, sendo que procura controlá-los estabelecendo um contato excessivamente rígido - com o ambiente (imp. IF+), o que acarreta elevada tensão emocional em situações formais.

1. Ocorre com sujeição excessiva aos obstáculos do ambiente, também em função desse contato formal com o meio externo.

Na dinâmica psíquica prevalece a disposição conativa em decorrência de uma correlação das expressões afetivas e intelectuais.

Em plano profundo encontramos interferência de nexos emocionais - primários, que de modo indireto interferem em seu comportamento.

4. A investigação da série de M. Harrower mostrará a ocorrência de sinais significativos indicando um comprometimento mais profundo da personalidade.



INDICES DE RORSCHACH

T1 - TUMORES

INDICES TOTAIS

CASO Nº	R	C.E.F.	ELAB/R	PERC.	RNI	CON.	λ	$\%F^-$	$\%F^+$	$\%V$	$\%A$
01	10	36,9	0,4	GP	44,66	70,0	0	90	70	10	60
02	03	52,0	1,33	GA	77,7	66,6	0	100	66,6	25	100
03	04	63,75	0,5	GSP	47,1	41,3	0,23	75	66,3	25	50
04	12	12,51	0	P//	37,37	37,12	0,09	91,66	45,45	8,33	56,30
05	05	37	1,3	SP/CE	93,3	100	0	100	100	80	100
06	08	29,1	0,5	GSP	45,83	87,50	0	100	87,50	0	50
07	07	54,28	0,5	G(P)PDI	11,1	19,0	0,16	85,7	33,3	0	0
08	08	23,0	0,68	GP	47,2	66,6	0	100	66,6	12,5	62,5

PRINCIPALES COLORIDAS

CASO Nº	R	C.E.F.	ELAB/R	PERC.	RNI	CON.	λ	$\%F^-$	$\%F^+$	$\%V$	$\%A$
01	12	41,5	0,25	BP	48,1	54,7	0,25	75,0	71,7	8,3	58,3
02	07	17,28	0,78	GP	44,33	35,72	0,16	85,71	50,0	0	83,3
03	08	31,25	0	PA	8,33	25,0	0	100	25	0	0
04	20	14,25	0,44	PE	43,51	50,55	0,05	95	55,55	15	60
05	08	18,78	1,62	PCE+EA	20,83	16,7	1,0	50	25	12,5	25
06	06	26,6	0,75	PE	22,2	33,3	0	100	33,3	16,6	16,6
07	06	57,5	0,50	(G)P	60,0	63,3	0,2	83,3	80	50	50
08	10	25	1,35	(C)2PE	43,3	70,0	0	100	70	30	30

PRINCIPALES MONOCROMATICAS

CASO Nº	R	C.E.F.	ELAB/R	PERC.	RNI	CON.	λ	$\%F^-$	$\%F^+$	$\%V$	$\%A$
01	22	40,5	0,31	(G)P	47,28	60,05	0,16	86,36	73,78	9,09	59,09
02	10	41,22	0,50	G(P)	16,03	46,00	0,12	98,8	57,10	22,22	88,88
03	12	42,09	0,16	(G)Pp'	24,44	28,03	0,09	91,60	36,36	9,30	16,66
04	32	13,75	0,25	PE	41,19	15,47	0,0	93,75	51,72	12,50	59,30
05	13	25,76	1,50	GEB3	55,75	14,03	0,11	69,23	66,66	38,46	53,80
06	14	27,9	0,62	GPE	35,71	14,28	0	100	64,28	7,14	35,71
07	13	55,76	0,57	G(P)P14	36,20	47,16	0,11	84,6	62,50	23,0	23,0
08	18	24,2	1,05	GPE	43,3	68,70	0	100	68,75	22,22	44,4

FEITIO DE PERSONALIDADE : TUMORES

CASO Nº	Af	Imp	FC:CF:C	FC>CF+C	ER / ER'	Ps+M:L+C	Ps>ps+ps'	m+m':L+C'	M>m+m'	L>l+l'
01	1.20	0.50+IX†	0:1:1	-	0:2,5 0.5:2.5	0:1	0	1:1	-	-
02	2.00†	2.00+VIII†	0:0:0 nc=1	0	0:0 0:0	0:0	0	0:0	0	+
03	2.00+	0.33	0:0:0	0	0:0 0:0	0:0	0	1:0	-	0
04	1.60†	0.53†	0:0:0	0	0:0 0:1	0:0	0	1:2	-	-
05	1.60†	0.60†	0:2:(2)	-	0:2 1:2	1:0	+	1:0	-	0
06	0.75+	0.50+	0:0:0	0	0:0 0:0	0.5:0	+	0:0	0	0
07	0.85+	1.00†	0:1:0	-	0:0.5 0:0.5	0:0.5	0	0:1	0	+
08	1.25†	0.66†	0:0:0	0	0:0 1.5:0	0:0	0	1.5:0.5	-	-

(-) invertido; (0) ausente ; (+) adequado; (†) aumentado; (‡) diminuído

TJ - TABELA DE SINAIS LESIONAIS - TUMORES

CASO Nº	SINAIS LESIONAIS DE:	H	M	AF	F+	W	Ppl	PERC	VA	R	IN	T.R.	CHL	PERS	CHC	LFB	T	AUT	RET	± C	NC	AN	FAB	
1	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•				5/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		6/10
	OBERH.	•					•	•		•	•		•					•	•	•			•	6/10
2	PIOTR.	•			•	•				•						•	•	•	•	•	•			8/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		7/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	5/10
3	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•	•			8/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		5/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	5/10
4	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•	•			3/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		4/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	3/10
5	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•	•			5/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		6/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	4/10
6	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•	•			7/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		6/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	2/10
7	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•	•			8/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		5/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	5/10
8	PIOTR.	•			•	•	•			•						•	•	•	•	•	•			4/10
	HARROW.	•	•	•					•	•	•		•	•	•							•		6/10
	OBERH.	•						•	•	•	•		•					•	•	•	•		•	4/10

OBS.: FC → HARROW : ○ NOS CASOS : - ; • : EM TODOS OS CASOS

MECANISMOS :

O B S E R V A Ç Ã O	MONO					COLOR					
	I	IV	V	VI	VII	II	III	VIII	IX	X	
	SIMETRIA	r	l				l		o		
PERSEVERAÇÃO DA ÁREA											
CONDENSAÇÃO		l									1
REVERSAO											
PG		l									1

POSICÃO									l		1
PERPLEXIDADE	r	r	l	l					l	l	10
REJEIÇÃO (+rejeição verm)		l		l	r			l	r		7
NOMEAÇÃO DE COR									l		1
NEGAÇÃO DE COR											
AUTO-REFERENCIA											
LIEN					l						1
P'							r				2
AUTOMATISMO		l	l		l		l	l	l	l	7
INIBIÇÃO							l		l		2
COMENTÁRIO DE COR							l	l			2

PERSEVERAÇÃO TEMÁTICA											
PERSEVERAÇÃO RESPOSTA											
REPETIÇÃO		l	l	r		l	r	l	r	l	13
CRÍTICA ÀS INTERPRETAÇÕES							l				1
CRÍTICA ÀS MANCHAS	l										1
CONTAMINAÇÃO											
FABULAÇÃO		l		l			l		l		4
LIBERAÇÃO	l	l	l		l		l	l	l	l	8

6 12 4 7 5 7 6 9 10 4

INDICES DE RORSCHACH : VI - PATOLOGIA CÉREBRO VASCULAR

PRANCHAS MONOCROMÁTICAS

CASO Nº	R	T. R.	ELAB/R	PERC.	RMI	CON	λ	VF	VF'	VF	VA
1	11	50,45	1,18	G4(P)	48,12	79,79	0,1	90,9	88,88	9,09	45,45
2	05	54	1,1	G5	51,6	75	0	100	75	20	60
3	09	30,4	0,83	GP	33,33	66,66	0	100	66,6	11,11	22,2
4	03	96,6	0	P//	33,33	66,67	0,5	66,6	66,6	33,33	0
5	08	7,14	0,56	GPP	54,17	87,5	0,16	75,0	100	25	37,5
6	08	23,1	1,44	G3(P)GE	30,5	54,1	0,14	87,5	66,6	12,5	12,5
7	06	36,66	1,08	GpP	77,77	83,3	0,2	83,3	100	66,66	66,66
8	06	30	1,08	G6(P)2E	72,2	83,3	0	100	83,3	50	83,3
9	06	54,2	1,08	G8(P)3	66,6	83,3	0	100	83,3	66,6	50

PRANCHAS COLORIDAS

CASO Nº	R	T. R.	ELAB/R	PERC.	RMI	CON	λ	VF	VF'	VF	VA
1	18	47,8	1,26	P(p)	41,90	39,05	0,87	68,75	85,71	6,66	33,30
2	06	45	3,08	G3E	38,86	33,4	0,2	83,3	50	16,66	50
3	08	33,7	0,93	(G)P	57,73	73,24	0,14	87,5	85,71	62,5	25,0
4	06	69,16	1,21	G2	43,3	80	0,0	100	80,0	33,33	16,66
5	09	12,14	1,33	PpP	31,04	26,39	0,0	100	37,50	11,11	44,44
6	08	22,5	2,87	G2	33,8	16,6	1,0	50	66,6	37,5	12,5
7	08	40,62	1,75	G2	41,66	25,0	3,0	25	50	25	50
8	07	32,1	1,28	P//	34,2	31,4	0,4	71,4	60	14,2	28,5
9	12	17,91	0,9	(G)2P	40,27	29,16	0,5	66,6	62,5	25	33,33

INDICES TOTAIS

CASO Nº	R	T. R.	ELAB/R	PERC.	RMI	CON	λ	VF	VF'	VF	VA
1	26	40,0	1,23	G2	44,55	56,71	0,44	69,23	87,50	7,69	38,46
2	12	49,1	2,68	G1GE2E	45,05	53,41	0,10	90,99	62,50	18,10	54,54
3	17	32	0,88	G(P)2E	44,51	69,12	0,06	94,10	75,00	35,29	23,52
4	09	78,3	1,27	(G)P2	43,38	74,60	0,12	88,88	85,71	33,33	11,11
5	17	9,64	0,97	G2	41,82	76,47	0,13	88,23	66,66	17,64	41,18
6	16	22,8	2,15	G2GE	45,83	60,35	0,45	68,75	66,66	25,00	12,50
7	14	38,92	1,46	G2P	61,90	35,71	1,00	50,00	85,71	42,85	57,14
8	13	31,1	1,19	G2P	53,80	57,30	0,18	89,60	72,70	30,7	53,80
9	18	30	0,97	G2P	49,73	49,20	0,28	77,77	71,40	31,88	38,88

V2 - FEITIO DE PERSONALIDADE: PATOLOGIA CÉREBRO-VASCULAR

CASO Nº	Af	Imp	FC:CF:C	FC>CF+C	ER/ER'	Ps+M:L+C	Ps> ps+ps	m+m':L+C'	M:m+m'	L> l+l'
01	1,36	+0,25	0:1:0	-	0:1.0 2.5:1.0	0.5:2.5	-	2.5:2.5	-	+
02	1,20	+0,50	0	0	0:0 1.0:0	0:0	0	1.0:0	-	0
03	+0.80	+1.66	1:0:(1)	+	0:0.5 0:0,25	0:0	0	0:0	0	0
04	+ 2.0	+ 1.0	0:0:0	0	0:0 0:0	0:0.5	0	0:0	0	+
05	1,12	+0.28	1:0:(1)	+	0:1 0:1	0:1	-	0:0	0	+
06	+ 1.0	+0.60	3:0:0	+	1:1.5 0.5:1.5	1:0	0	0:0.5	+	-
07	1.33	+1.0	1:2:0	-	0:2.5 3:2.5	1:0	-	3:0.5	-	0
08	1.16	0.4	0:1:0	-	0:1.0 0:1.0	1:0	+	0:0	0	0
09	+ 2.0	+0.71	2:2:0	-	0:3.0 1.0:3.0	0:0	-	1:0	-	0

(-) invertido; (0) ausente; (+) adequado; (↑) aumentado; (↓) diminuído

77.

TABELA DE SINAIS LESIONAIS - PATOLOGIA

CÉREBRO VASCULAR - V3

CASO Nº	SINAIS LESIONAIS DE:	M	m	af	F+	av	Pol	PerC	AA	R	In	T.R.	CHL	PEPS	CHC	LIB	T	AUT	RPT	Z C	NC	AN	FAB	
1	PIOTR.	•			0	•	0			0						•	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	0		0		0								0	
	OBERH.	•			0			•	0		0	•		0				0		0				•
2	PIOTR.	0			•	•	•			•						0	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	•		0		0								0	
	OBERH.	•			•			•	•		0	0						0		0				0
3	PIOTR.	•			0	0	•			0						•	0	0	•		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	0				0								0	
	OBERH.	•			0			•	0		0	0						0		0				•
4	PIOTR.	•			0	•	•			•						0	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	0				0								0	
	OBERH.	0			0			0	0	•	0	•						0		0				0
5	PIOTR.	•			•	•	0			•						•	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	0				•								0	
	OBERH.	0			•			0	0	•	0	0						0		0				0
6	PIOTR.	•			•	0	0			0						0	0	0	•		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	0				0								0	
	OBERH.	•			•			0	0		0	0		•				0		0				•
7	PIOTR.	•			0	0	0			•						0	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	0					•	0	0			•									0	
	OBERH.	•			0			0	•		0	0						0		0				0
8	PIOTR.	•			•	0	0			•						0	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	•					•	0	0			•									•	
	OBERH.	0			•			0	•		0	•						0		0				0
9	PIOTR.	0			•	0	0			0						0	0	0	0		0			
	HARROW.	•	•	•					0	0	0			0									0	
	OBERH.	0			•			0	0		0	0						0		0				0

OBS.: Fc - HARROW: 0 nos casos : 3,5,6,7,9 e • nos casos : 1,2,4,8

PATOLOGIA CÉREBRO VASCULAR - V4

MECANISMOS :

O B S E R V A Ç Ã O	M O N O					C O L O R					
	I	IV	V	VI	VII	I	II	III	IV	V	
	SIMETRIA										
PERSEVERAÇÃO DA ÁREA											
CONDENSAÇÃO											
REVERSAO											
PG											2

POSICÃO											3
PERPLEXIDADE											5
REJEIÇÃO (+rejeição verm)											5
NOMEAÇÃO DE COR											
NEGAÇÃO DE COR											
AUTO-REFERENCIA											
LIEN											3
P'											
AUTOMATISMO											
INIBIÇÃO											2
COMENTÁRIO DE COR											3

PERSEVERAÇÃO TEMÁTICA											1
PERSEVERAÇÃO RESPOSTA											
REPETIÇÃO											2
CRÍTICA AS INTERPRETAÇÕES											2
CRÍTICA AS MANCHAS											4
CONTAMINAÇÃO											3
FABULAÇÃO											7
LIBERAÇÃO											4

5 2 2 5 6 7 3 3 7 9

CONCLUSÕES



CÁRACTERÍSTICAS GERAIS DOS PROTOCOLOS DO TESTE DE RORSCHACH, APLICADOS EM PACIENTES PORTADORES DE TUMORES INTRACRANIANOS, EM COMPARAÇÃO COM PACIENTES PORTADORES DE ANEURISMA CEREBRAL

A - TIPO DE TRABALHO MENTAL

1. Observação

Em pacientes com tumores intracranianos e em situações formais; (T₁)

- Prevalece a apreensão mais genérica e superficial dos fatos, - sendo que a observação concreta apresenta-se com frequência variável.
- Apenas no caso 7, paciente acometido de Astrocitoma grau II, ocorreu tendência compulsiva a reagir diante dos menores pormenores do ambiente.
- Prevalece nesse grupo um empobrecimento do julgamento analítico dos fatos.

Em situações de envolvimento afetivo : (T₁)

- Ocorre nítida prevalência da atenção, aos dados concretos e evidentes da realidade, sendo que 50% dos casos, tal atitude acompanha-se de preocupação excessiva com os aspectos negativos das experiências. (E+ em quatro casos).
- A capacidade de generalização e planejamento acha-se rebaixada em 100% dos pacientes nessas condições.

Em pacientes com aneurisma cerebral e em situações formais: (V₁)

- A situação é bastante semelhante ao grupo anterior, prevalecem do a apreensão mais genérica dos fatos em detrimento da observação analítica dos detalhes mais evidentes.
- Em apenas um paciente (caso 4 - Aneurisma de Artéria Comunicante Anterior), ocorreu preocupação excessiva com os pormenores do ambiente (P).

Em situações de envolvimento afetivo: (V₁)

- Não ocorre preocupação com os aspectos negativos das experiências, nem a capacidade de planejamento está tão rebaixada como no grupo anterior, embora também esteja diminuída.
- Prevalece a atenção aos dados mais concretos e evidentes da realidade em seis dos nove casos apresentados.

2. Elaboração

Em pacientes com tumores intracranianos: (T₁)

- Encontramos em apenas dois casos, nível adequado de elaboração

aos estímulos externos.

Em 100% dos casos, a ligação com o ambiente se faz de modo demasiadamente rígido e formal, com apego insuficiente aos recursos subjetivos. Tal dinamismo ocorre independentemente da natureza das experiências vividas pelo sujeito (Fato e color).

A capacidade associativa encontra-se rebaixada (R +).

Em pacientes com aneurisma cerebral: (V₁)

Apenas em dois casos (3-Aneurisma de Artéria Carótida Interna Direita, e 9-Aneurisma de Artéria Cerebral Média Direita) apresentaram nível rebaixado de elaboração.

Em condições formais 77% dos casos, a ligação com o ambiente se faz de um modo demasiadamente rígido e varia em situação de envolvimento afetivo.

A utilização de seus recursos subjetivos torna-se insuficiente em situações formais.

A capacidade associativa se faz em nível rebaixado (R +).

3. Adaptação à Realidade (T₁)

Em pacientes com tumores intracranianos e em situações formais neutras encontramos:

Um excessivo subjetivismo no julgamento dos fatos em 75% dos casos.

Em 62% dos casos de tumores ocorre incapacidade de identificação aos padrões convencionais de conduta. Em 25% (2 casos), observamos o inverso, ou seja, excessivo apego aos valores convencionais de pensamento e conduta.

A ligação emocional com o ambiente se faz de um modo tenso e estereotipado, com excessão de um caso (7-Astrocitoma grau II), em que a ligação emocional é instável e inadequada para manter o interesse pelo que se passa ao seu redor.

Em decorrência dos três mecanismos referidos acima, observa-se que apenas um probando nessas condições, (3-Hemangioblastoma de Hemisfério Cerebelar), nessas condições se adapta de modo harmônico às condições da realidade e ainda assim, a custo de elevada tensão emocional, enquanto que nos demais ca

os ocorre ou submissão excessiva com carência de iniciativa - ou retração e incapacidade de se submeter às exigências reais.

Em situações de envolvimento afetivo: (T₁)

. Ocorre incapacidade de exame objetivo e imparcial dos fatos - (F₁ em 88%).

. Em 75% dos casos, observamos incapacidade de identificação - aos valores adotados pela maioria (V₁), enquanto que em dois casos (7-Astrocitoma grau II e 8-Adenocarcinoma Metastático - de Tecido Conjuntivo (Ca. de Mama) ocorre apego exagerado à essas formas convencionais de pensamento (V₁).

. A ligação emocional aos dados externos, em condições de envolvimento afetivo se faz de modo variável no grupo em questão, sendo que em nenhum dos casos, ela assume um nível adequado; (A) ou muito baixo ou muito elevado. Em decorrência o processo de adaptação à realidade, se faz de modo inadequado em todos os pacientes.

Em pacientes com aneurisma cerebral: (V₁)

. Neste grupo, a adaptação à realidade se faz de modo variável nas situações formais e nas de envolvimento afetivo.

. A ligação emocional com a realidade é também variável, com exceção de um caso que tal ligação foi insuficiente para manter o interesse pelo que passa ao redor, (caso 4-Aneurisma de Artéria Comunicante Anterior -A =0 em situação formal).

. No cômputo geral, os pacientes apresentaram, com excessão de um caso (7-Aneurisma de Artéria Cerebral Média Direita), níveis adequados de adaptação. O caso 7 apresenta excessivo apego aos padrões convencionais de conduta, elevada tensão emocional, embora consiga apreciar os aspectos mais objetivos da realidade.

Em pacientes com tumores intracranianos: (T₂)

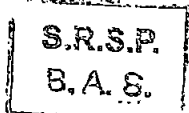
. A faixa de interesse apresenta uma diversidade intensa, porém observa-se que prevalece uma perseveração nos conteúdos de A, H e an, acarretando uma estereotipia de pensamento e fixação num dado tema.

. De modo geral, A, pA, H e pH são o que predominam. Além dessa surgem apenas, menos de 4 outras categorias.

. Apesar dos conteúdos H e pH estarem presentes no protocolo; o conteúdo humano ocorre em número restrito, assim temos apenas um relativo interesse pelas relações humanas, sendo que predomina respostas ligadas às experiências de vida mais imaturas e infantis (A₁), além de preocupação excessiva com o estado somático (an₁).

Em pacientes com aneurisma cerebral: (V₂)

. É variável a faixa de interesse pelo ambiente.



B - CONDIÇÕES AFETIVO-EMOCIONAIS

Nos pacientes com tumores intracranianos: (T_2)

- Embora nesse grupo ocorra variação em relação à sensibilidade afetiva, observamos em todos os casos a expressão inadequada dos afetos e incapacidade em levar em conta as circunstâncias externas e os sentimentos alheios, ao expressarem os próprios afetos ($FC = 0$) em todos os casos. ($RC = 0$ ou desvio).
- A prevalência dos impulsos primários sobre os sentimentos ocorre em todos os probandos com tumores intracranianos (imp.). No caso 3 (Hemangioblastoma de Hemisfério Cerebelar), ocorreram sinais de inibição acentuada na prancha III e liberação de respostas inadequadas na prancha II, o que indica que o valor real do índice de impulsividade é bem superior à expectativa normal.
- A capacidade de autonomia acha-se rebaixada em todos os casos, sendo que em cinco pacientes, encontramos evidências de interferências de fantasias infantis na concepção da realidade ($M = 0$ em todos os casos e em cinco casos $M < m + m'$).
- A definição da própria posição no ambiente apresenta-se insuficiente em 75% dos casos de tumores.
- As reações emocionais primárias e/ou ocorrência de bloqueio emocional, foram observados em 75% dos casos (L ausente ou $l+l' > L$).
- Portanto, de modo geral, a dinâmica afetivo-intelectual, quer em nível intrínseco das respostas RM e RL (Movimento e luminosidade), quer no plano de projeção no ambiente RPS e RC, (Perspectiva de cor), observa-se nesses pacientes uma retração total ou reações imaturas ($m = 0$ ou com desvio).

Nos pacientes com patologia vascular: (V_2)

- A sensibilidade afetiva (Af) varia muito no grupo, não permitindo uma caracterização única.
- A impulsividade está elevada em 66% dos casos.
- Nos pacientes com aneurisma 77% dos casos apresentaram ($M=0$), porém a relação $M: m+m'$ encontra-se negativa ou igual a zero em 88% dos casos; o que tem o mesmo significado do que pacientes com tumores intracranianos, ou seja, deficiência de autonomia em suas ações.
- A definição da própria posição no ambiente apresenta-se insuficiente em 77% dos casos de patologia vascular.
- Nesses pacientes, em 55% dos casos ocorreu bloqueio emocional, e apenas em um caso, a presença de reações emocionais primárias.
- De modo geral, também os pacientes desse grupo apresentam ou retração de suas emoções ou reações emocionais imaturas.

C - DISPOSIÇÕES CONATIVAS

Em situações formais: (T₁ e V₁)

- Nos dois grupos de pacientes encontramos as mesmas disposições conativas nessas condições, ou seja: prevalece a excessiva sujeição aos estímulos externos (Con+) com incapacidade de controle e de seleção das disposições adequadas à atividade explícita e insuficiente apelo aos recursos subjetivos.

Em situações de envolvimento afetivo:

- Nos pacientes com tumores intracranianos, o apelo aos recursos subjetivos continua insuficiente. A excessiva sujeição aos estímulos externos ocorre em apenas dois casos. Em outros dois casos a disposição conativa está adequada e em quatro casos (50%), a situação se inverte (Con+), ou seja, o rendimento da atividade explícita acha-se prejudicado por excesso de subjetivismo.
- Nos pacientes com aneurisma cerebral, a situação em relação ao índice Con se inverte, em relação a situação formal, ou seja, (Con+) 88% dos casos apresentaram um excesso de subjetivismo - aos dados da realidade e o apelo aos recursos subjetivos foi variável (λ variável).

D - SINAIS (T₃)

- Entre os pacientes portadores de tumores intracranianos, observamos sinais significativos série de Molly Harrower em 88% dos casos, indicando um comprometimento acentuado da dinâmica psíquica, e não mero distúrbio reativo-emocional.

Dentre os sinais de maior importância aos quais foram atribuídos peso pelo autor estão os sinais: CHL, FC e In = 3; M e CHC = 2. Destes ocorreram com frequência de 100% os sinais M e FC.

Choques ou inibição (CHC, CHL e In) uma frequência de 88%, sendo que CHL em particular ocorreu em 50% e CHC em 25%. In (inibição) ocorreu em 75% dos casos.

Da série de Molly Harrower os sinais mais frequentes que encontramos foram M, m, FC e IF = 100%, In = 75% e CHL em 50%.

- Observamos sinais significativos de Piotrowsky em 75% dos casos.

Na escala de Piotrowsky os sinais mais significativos como de correntes de lesões cerebrais são: nc, ppl, lib e aut. Segundo Anibal Silveira, além desses sinais, principalmente IF⁺.

Dentre os sinais de Piotrowsky tivemos: M e IF⁺ com frequência de 100%. AV = 77%, Ppl (perplexidade) = 88%, Lib (liberação) e R (nº de respostas) = 55%.

- A série de Oberhozer, também indicativa de sinais sugestivos de lesão cerebral, em nossa casuística resultou positiva em 75% dos casos.

E C e M. Em nossa casuística os sinais que ocorreram com maior frequência foram: M, F⁺ e IA = 100%; Perc (índice alterado de percepção) em 62%; Pers (perseveração de conteúdo) em 50% e TP (tempo de respostas) em 62%.

Em nossa casuística de pacientes com tumores intracranianos, os sinais de Piotrowsky apareceram em maior quantidade que os de Harrower e Oberhozer. Por sua vez, os sinais de Harrower, foram mais significativos, isto é, 4 deles apareceram com frequência de 100% dos casos. (Piotrowsky - 2 dos 10 sinais tiveram frequência de 100% e Oberhozer apenas 1 dos 10 sinais apareceram com 100% de frequência).

Nos pacientes com patologia vascular: (V₃)

- . Não houve significância em nenhuma das três séries de sinais.
- . Molly Harrower foi positivo em apenas três casos. Piotrowsky em apenas um caso e Oberhozer em nenhum caso houve positividade.
- . O sinal M (Ausência de Respostas de Movimento ou apenas uma resposta) foi positivo nas três séries de sinais com frequência de 100%.
- . O sinal m (movimento animal) e IF foi positivo em 100% dos casos na série de M. Harrower.

E - MECANISMOS (T₄)

- . Os mecanismos usuais de reações são considerados na prova de Rorschach modos peculiares de reagir frente aos estímulos ambíguos apresentados ao probando. Estas não representam necessariamente desvios patológicos, podendo significar apenas uma maneira própria do indivíduo adaptar-se às exigências da realidade exterior. Em tais mecanismos, intervem a personalidade global em seu arranjo dinâmico, porém, expressam a maneira como se efetua o trabalho mental e intelectual do probando.
- . Em nossa casuística de pacientes com tumores, verificamos que o mecanismo mais frequente foi o de Repetição, que apareceu treze vezes nos 8 casos seguido pelo mecanismo de Perplexidade (10 vezes), Liberação (8 vezes), Rejeição (9 vezes) e Simetria (8 vezes). Entre esses sinais três correspondem ao processo de Elaboração (Rejeição, Perplexidade e Automatismo) um à observação (Simetria) e dois à comunicação (Liberação e Repetição).
- . De maneira geral, nos protocolos de pacientes com tumores intracranianos, observa-se uma intensa dificuldade em elaborar os estímulos exteriores. Assim era de se esperar o ocorrido, ou seja, mecanismos anormais ligados ao processo intelectual.
- . No caso de ter sido a repetição, o mecanismo que surgiu com maior frequência no protocolo de pacientes com tumores intracranianos, confirma-se a hipótese de alteração intrínseca da capacidade de elaboração intelectual nesses pacientes, assim como da observação abstrata. Tal mecanismo resulta na manutenção de um mesmo percepto por incapacidade de elaborar outros estímulos.

No caso da perplexidade o dinamismo é o mesmo; o indivíduo não consegue elaborar o estímulo apresentado por deficiência intrínseca das funções intelectuais.

Em pacientes com patologia cerebro-vascular: (V₄)

Não houve significativamente a predominância de mecanismos anormais, apenas ligeira prevalência de fabulação sobre outros mecanismos.

CONCLUSÕES GERAIS

- A função de observação nos dois grupos de pacientes se faz de modo genérico e superficial quando situações neutras formais, e quando em envolvimento afetivo, prevalece a atenção aos dados concretos e evidentes da realidade.
- A capacidade intrínseca de elaboração não está prejudicada nos pacientes com aneurisma cerebral e está muito prejudicada nos pacientes com tumores intracranianos.
- A capacidade de associação dos perceptos está prejudicada em ambos os grupos de pacientes, porém os pacientes com aneurisma conseguem se adaptar à realidade e os com tumores intracranianos, não conseguem.
- O que realmente chama a atenção é a capacidade de autonomia e projeção no ambiente que em ambos os grupos de pacientes, está inadequada, ocorrendo predomínio das reações emocionais primárias.
- A disposição conativa é semelhante nos dois grupos de pacientes.
- O que se verifica de modo geral, é a falta de normalidade psíquica nos pacientes com tumores intracranianos, ou seja, um empobrecimento acentuado de todos os recursos subjetivos, assim como um intenso déficit da capacidade elaborativa e um acentuado bloqueio emocional, além de prejuízo na esfera conativa.
- Nos pacientes com patologia cerebrovascular, ocorre uma variação acentuada de quase todos os índices, não nos permitindo caracterizar a amostragem.

Em síntese, o que está alterado significativamente, corresponde aos seguintes índices:

<u>TUMORES</u>		<u>ANEURISMA</u>	
MONO -	EF+ 90%	MONO-	EF+ 77%
	AF+ 75%		AF+ 100%
	CA+ 90%		CON+ 100%
	AI+ 90%		
COL -	EF+ 75%	COL-	CON+ 77%
	AF+ 90%		
	AI+ 90%		
	AV+ 75%		
GERAL-	EF+ 100%		
	AF+ 100%		
	AI+ 100%		

SINAIS:

As três séries de sinais avaliados (M.Harrower, Piotrowsky e Oberho — zer) foram positivas, nos pacientes com tumores intracranianos, indicando um comprometimento orgânico à nível cerebral com intensas repercussões emocionais, ou seja, há uma desorganização estrutural da dinâmica da personalidade dos pacientes, e desordens emocionais ocasionadas provavelmente pela noção de doença que permanece inalterada nesses pacientes.

Os sinais mais frequentes encontrados foram, em pacientes com tumores intracranianos :

- Frequência de 100%

- M - Ausência de respostas de Movimento Humano, ou apenas uma

- m - Resposta m em número duplo das de M, ou ausência de m (ou ainda m + m' M).

- FC- Ausência de respostas FC.

- 1F- Respostas de F (forma) = 50% ou mais ou F=10% ou menos

- 1F⁺ - Porcentagem de F⁺ inferior a 75%.

- Frequência de 90%

- 1V - Porcentagem de respostas vulgares inferior a 25%

- ppl - Perplexidade : falta de confiança na própria capacidade.

- perseveração - Tendência a perseverar na resposta.

- Os pacientes com aneurisma cerebral não apresentam sinais lesionais, nem psicógenos de Harrower.

Comentários e Sugestões para Pesquisa

1. Verificar mecanismos anormais em indivíduos considerados normais, a fim de se precisar em que medida são válidos os resultados obtidos, pois embora tais mecanismos sejam considerados anormais, são possíveis de ocorrer em indivíduos sãos, pequitamente, já que dizem respeito a modos peculiares de reagir frente ao meio. Porém, não sabemos em que proporção ocorre nos indivíduos normais.
2. Utilizar os sinais encontrados com maior frequência em nossa amostragem, na verificação de sua constância em pacientes com tumores intracranianos, pois com maior número de casos será possível chegar a uma série de sinais próprios à essa patologia assim como outras séries conhecidas (Harrower, Piotrowsky, etc.).
3. Quando em pesquisa com pacientes portadores de tumores intracranianos o ideal é até o momento, se utilizar das duas séries de sinais lesionais, pois em nosso trabalho quando Piotrowsky resultou negativo, Oberhozer resultou positivo e vice-versa.
4. Nesse nosso trabalho foi possível avaliar as alterações psíquicas causadas por tumores intracranianos, que de modo geral interferiram nos processos de elaboração dos dados da realidade prejudican-

lo-os intensamente. Porém, não nos é possível correlacionar as alterações psíquicas à localização de cada tumor, pois para isso necessitaríamos de muitos casos, e ainda assim seria difícil isolar variáveis que estariam interferindo na localização de tumor como: tamanho, infiltração, peso, hipertensão intracraniana e outros.

3. Nos utilizamos também de uma outra série de sinais lesionais, porém não tivemos a oportunidade de correlacioná-la em nossas tabelas. Trata-se da série de sinais de Bochner e Halpern que resultou significativamente positiva em pacientes com tumores intracranianos (positiva em 17 sinais e negativa em 4 dos 21 itens que a compõe); e em pacientes com patologia cérebro-vascular resultou negativa (negativa em 11 itens e positiva em 10 itens dos 21 itens que a compõe).

Esses dados vem a nos afiançar a importância atribuída às séries de sinais lesionais que quando positivas nos testes fazem referência à patologia tumoral ou lesão intracraniana.



B I B L I O G R A F I A



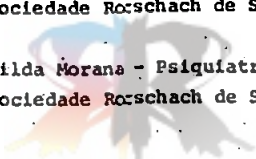
- (1) GRAHAME-SMITH, D.G.; The 1980s and beyond. In: Metabolic Disorders of the nervous system. Pitman Books Limited, 1981, pp. 497-512
- (2) HUBEL, D.A.; El Cerebro. In: El Cerebro. Scientific American Ed. Labor S/A.; 1980, pp. 11-24
- (3) BARRAQUER-BORDAS, L.; El sistema nervioso como un todo. In: Neurologia Fundamental. 3a. ed. Toray, 1976.
- (4) IVERSEN, L.L.; Química del Cerebro. In: El Cerebro. Scientific American. Ed. Labor S.A.; 1980, pp.: 35 - 36
- (5) BLUMER, D; BENSON, F; Aspectos Psiquiátricos das Doenças Neurológicas. Ed. Manole Ltda, 1977.
- (6) TIMO-IARIA, C; Organização do Sistema Nervoso. In: Fisiopatologia do Sistema Nervoso, 1983. Sarvier.
- (7) CROWELL, R.M.; ZERVAS, N.T.; Tratamento dos Aneurismas Intracranianos. In: Clínicas Médicas da América do Norte. Neurologia Clínica.-julho de 1979 - Interamericana
- (8) COELHO, L.; Epilepsia e Personalidade. Ed. Ática, S.Paulo, 1980.
- (9) SILVEIRA, A; Prova de Rorschach; Elaboração do Psicograma. Ed. Edanelé, S.Paulo, 1964.
- (10) SILVEIRA, A; BARINI, O; Sinais de Piotrowsky em Pacientes com Traumatismo Craniano Fechado. Congresso, Sociedade de Neurologia e Psiquiatria. Buenos Aires, 1944.
- (11) PIOTROWSKY, Z.; Perceptanalysis. Ed. MacMillan, 1957. New York

S.R.S.P.
B.A.S.

INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO

3. Miguel P. Matamoros - Neurocirurgião
Sociedade Rorschach de São Paulo

Hilda Morana - Psiquiatra
Sociedade Rorschach de São Paulo



- XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE RORSCHACH

Realizou-se em Barcelona, no período de 11 a 14/07/1984, o XI Congresso Internacional de Rorschach e Outras Técnicas Projetivas. Foram apresentados os seguintes trabalhos Brasil:

I. Adrados - Pesquisa descriptiva com un grupo de mujeres de más de 65 años M.I. Baptista Marquez - Pirâmides coloridas de Max Pfister: una interpretación psicoanalítica de los dados del test.

L. Piccinelli - Una comparación entre Rorschach y WISC en niños con alteraciones emocionales.

Interpretation de la entrevista de un caso clinico con batería de tests

L. Yazigi- Neuropsychological approach of the Rorschach components.

- A Assembléia Geral de Delegados reunida no XI Congresso Internacional de Rorschach e Outras Técnicas Projetivas deliberou que o próximo Congresso Internacional de Rorschach, a ser realizado em 1987, terá como sede a cidade de São Paulo, Brasil.

- VI CONGRESSO LATINO AMERICANO DE RORSCHACH E OUTRAS TÉCNICAS PROJETIVAS

Realizar-se-a, em São Paulo, no período de 17 a 21 de julho de 1985, no Centro Cultural Rebouças, o VI Congresso Latino Americano de Rorschach e Outras Técnicas Projetivas.

- DEFESA DE TESE

A Dra. Maria Helena F. Steiner, docente do Instituto de Psicologia da USP, psicóloga clínica e social, membro da diretoria da Sociedade Rorschach de São Paulo, fez concurso de livre-docência no Instituto de Psicologia da USP em 1984. O título de sua tese "Interação adulto criança-Análise da obra Infância de Graciliano Ramos, segundo uma abordagem psicossocial das interações interpessoais".

A banca foi constituída pelos Profs. Drs.: Amélia Americana Domingues de Castro, João Baptista Pereira Borges, Aparecida Joly Gouvêa, Assis Sizaõ, Eclêa Bosi.

- O Dr. Ruy Benedito Mendes Filho, membro da diretoria da Sociedade Rorschach de São Paulo, defendeu em 1984, no Instituto Metodista de Ensino Superior, tese de mestrado na área de Psicologia, intitulada: "Sobre instinto. Análise de teorias contemporâneas baseada na concepção de Aníbal Silveira". A tese discute, no plano conceitual, questões relativas ao instinto e comportamento humano, a partir do modelo teórico elaborado pela escola de pensamento psicológico fundamentada nos ensinamentos do falecido Prof. Aníbal Silveira.

A banca, constituída pelos Profs. Drs. Paulo Vaz de Arruda, Lúcia Coelho e Paul-Arbousse Bastide, aprovou o candidato com 10.

Ambas as teses encontram-se na Sociedade Rorschach de São Paulo para consulta dos interessados.

CURSOS

A partir de agosto de 1985 a SRSP promoverá os seguintes cursos :

- Curso Intensivo sobre o Psicodiagnóstico de Rorschach, com duração de 3 semestres, duas aulas semanais.
- Curso de Psicopatologia, destinado a psiquiatras e psicólogos com duração de 1 semestre.
- Curso de Pfister e PMK, com duração de 1 semestre.
- Módulos com 5 aulas semanais, às 3as. ferias das 18 às 20 horas :
 - . Suicídio - Aspectos existenciais e psicoterápicos; início em 13/08/85
 - . Rorschach em Crianças, início em 17/09/85.
 - . Rorschach em Psiquiatria Forense; início em 15/10/85.

Inscrições a partir de 20/07/85.

- RORSCHACH POR COMPUTADOR

Informamos que está concluído o Programa Rorschach por Computador, elaborado pelo Dr. José Luis Tito Camacho. O mesmo se presta à elaboração do psicograma quanto aos cálculos e sua análise estatística, tanto individual como de populações.

Transcrevemos a seguir a súmula das reuniões ordinárias realizadas no período de março a dezembro de 1984, na sede da Sociedade Rorschach de São Paulo :

- Em 23 de abril foi apresentado o trabalho de pesquisa para conclusão do curso de Rorschach intitulado "Rorschach na Terceira Idade", realizado pelas psicólogas Maria Waldezina Moreira Barreto e Vera Lúcia Gonçalves Beres. Os resultados encontrados foram : Índice de Elaboração Intelectual abaixo da média esperada ; prejuízo na adaptação ao meio externo; tendência a atuar de maneira irrefletida bem como certa instabilidade e irritabilidade.
- Em 28 de maio a Profa. Dra. Maria Helena Steiner apresentou um resumo de sua tese de livre docência intitulada "Interação adulto criança-análise da obra infância de Graciliano Ramos, segundo uma abordagem psicossocial das interações interpessoais". Por meio desse material literário a autora procurou fazer um estudo dos costumes locais e do passado cultural ligado à região onde se desenrola a obra, voltando-se, mais especificamente, para a maneira como se dá a interação adulto-criança.
- Em 25 de junho a psicóloga Lucia Maria Rosa Cruz Costa apresentou - seu trabalho de pesquisa, referente à conclusão do Curso de Especialização em Rorschach, cujo tema foi: "Correlação entre Prolapso da Válvula Mitral, Elementos da Constelação Epileptóide e Psicodiagnós-

tico de Rorschach. A apresentação contou com a presença do Dr. Álvaro José Bellini - Cardiologista e do Dr. José Gilberto Franco - Psiquiatra, ambos colaboradores da pesquisa. Foram estudados 24 pacientes, de ambos os sexos, na faixa etária de 17 a 55 anos. Todos portadores de Prolapso da Válvula Mítral. Os resultados obtidos foram comparados com os do grupo de epiléticos estudados pela Profa. Lúcia Coelho, sendo que concluiu-se que a dinâmica de personalidade é semelhante nos 2 grupos, revelando distúrbios fundamentais de ordem afetivo-conativa.

- Em 27 de agosto de 1984, foi proferida palestra sobre o tema "Caracterização psicológica de um grupo de soldados", pela psicóloga Le da França. Foram estudados 60 operários soldados e os resultados obtidos foram: imaturidade afetiva e bloqueio da percepção da realidade por fatores emocionais. Subjetivismo nas reações emocionais - ($1+1 > 1$), ausência de adaptação de ordem mais concreta ($+C'$). Nas situações afetivas ocorre maior envolvimento subjetivo e apelo sucessivo aos recursos subjetivos ($+1$); com baixo rendimento da ação explícita ($Con+$). No plano intelectual, denotam rebaixamento da capacidade associativa e da elaboração intelectual, insuficiente auto-afirmação e pensamento do tipo concreto-indutivo.

Também foi proferida palestra sobre testes em Neuropsicologia, pela Dra. Beatriz Lefreve. A conferencista sistematizou os testes neuropsicológicos de A. Lúria, o que vem contribuir, sobremaneira, na compreensão da discutida relação cérebro-psiquismo.

- Em 5 de outubro foi apresentado o trabalho de pesquisa: "Observação sobre pacientes hipertensos através da prova de Rorschach", realizado pelas psicólogas Alda Vial Ribeiro e Maria Adélia Mac Fadden. Foram estudados 20 sujeitos, de ambos os sexos, na faixa etária de 27 a 55 anos, com hipertensão arterial essencial. Os resultados obtidos sugerem a presença de uma dinâmica afetivo-emocional que se expressa por alterações conativas. A baixa ocorrência de sinais da série M. Harrower apóia a idéia de que não se trata de um grupo de pacientes neuróticos, mas com distúrbios emocionais acompanhados de alterações vegetativas.
- Em 19 de novembro foi eleita, por unanimidade, a diretoria da Sociedade Rorschach de São Paulo para o biênio 85/86, ficando assim constituída :

- . Presidente
Maria Helena C. F. Steiner
- . Vice-Présidente
Lúcia Coelho
- . Secretário Geral
Ruy Benedicto Mendes Filho
- . Secretária
Lúcia Maria R. C. Costa
- . Tesoureiro
Leda França
- . Comissão Científica
Ana Maria T.B. Pereira
Hilda Morana
- . Comissão de Orçamento
Alda Vial Ribeiro
Roberto Fazzani Neto

Em seguida foi apresentado o trabalho de pesquisa da Dra. Hilda Morana, psiquiatra, e do Dr. Miguel R. Matamoros, neurologista, intitulado: "Alterações observadas no Teste de Rorschach em Pacientes Portadores de Lesões Cerebrais".

A Dra. Blanca Soldini de Tito, psicóloga uruguaia, a seguir, fez uma explanação sobre o tema de sua especialidade "Os aspectos sexuais evidenciados através do Teste de Rorschach".



S.R.S.P.
B.A. S.



S.R.S.P.
Biblioteca
ANIBAL SILVEIRA
ACERVO
Nº _____





159.9(5) 000753

Boletim da Sociedade Rorschach de
São Paulo Vol. 3 nº 1

Sociedade Rorschach de São Paulo - -

1984 - 1ªed. - ex.1a

S67851b

Português

SRSP/BAS