TEMAS BÁSICOS DE PSICOLOGIA

CLARA REGINA RAPPAPORT (Coordenadora)

Walter Trinca

e colaboradores

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

A PRÁTICA CLÍNICA

92
6
N.Cham. 159.92 D536 1984
Título: Diagnostico psicologico : a pratica clinica.
510041 Ac. 5352
UDI

E.P.U.

Volume 11

Temas Básicos de Psicologia

Coordenadora: Clara Regina Rappaport

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Trinca, Walter
T752d Diagnóstico psicológico: prática clínica / Walter Trinca e colaboradores. — São Paulo : EPU, 1984.
(Temas básicos de psicologia; v. 10)

Bibliografia
1. Psicodiagnóstico I. Título

84-1416 CDD-157.92

Índices para catálogo sistemático:
1. Diagnóstico psicológico: Psicologia clínica 157.92
2. Psicodiagnóstico: Psicologia clínica 157.92

WALTER TRINCA
Organizador

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

A Prática Clínica

E.P.U. EDITORA PEDAGÓGICA E UNIVERSITÁRIA LTDA.

Capa: Paulo Hiss

11ª reimpressão, 2010

ISBN 978-85-12-**62210**-1

© E.P.U. - Editora Pedagógica e Universitária Ltda., São Paulo, 1984. Todos os direitos reservados. A reprodução desta obra, no todo ou em parte, por qualquer meio, sem autorização expressa e por escrito da Editora, sujeitará o infrator, nos termos da Lei nº 6.895, de 17-12-1980, à penalidade prevista nos artigos 184 e 186 do Código Penal, a saber: reclusão de um a quatro anos.

E. P. U. - **Telefone** (0++11) 3168-6077 - **Fax.** (0++11) 3078-5803
E-Mail: vendas@epu.com.br **Site:** http://www.epu.com.br
R. Joaquim Floriano, 72 - 6ª andar - sala 65 - 04534-000 São Paulo - SP
Impresso no Brasil Printed in Brazil

Sobre os Autores

Walter Trinca é psicólogo pela F.F.C.L. da USP. É mestre em Psicologia Clínica e doutor em Ciências (Psicologia) pelo I.P. da USP. Trabalha no Departamento de Psicologia Clínica do I.P. da USP, do qual é professor Livre-Docente, e no Departamento de Pós-Graduação do I.P. da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como Professor Titular. É psicanalista, pertencente ao Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Entre suas publicações destacam-se os livros: *Investigação Clínica da Personalidade* e *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade*.

Colaboradores

Ana Maria Trapé Trinca é psicóloga pela F.F.C.L. de São Bento da PUC de São Paulo e pós-graduanda em Psicologia Clínica no I.P. da USP. Atualmente é professora e supervisora de estágio de Diagnóstico Psicológico na Faculdade de Psicologia da PUC de São Paulo.

Elisabeth Becker é psicóloga e pós-graduanda em Psicologia Clínica no I.P. da USP. É supervisora de estágio e professora das disciplinas Psicologia do Excepcional e Métodos de Exploração e Diagnóstico em Psicologia Clínica do I.P. da USP. Exerce docência no I.E.S. Senador Flaquer de Santo André (SP).

Gilberto Safra é psicólogo e pós-graduando em Psicologia Clínica no I.P. da USP. É supervisor de estágio e professor da disciplina Psicoterapia Individual no I.P. da USP.

Marília Ancona-Lopes é psicóloga pela F.F.C.L. da USP e mestre em Psicologia Clínica pela F.P. da PUC de São Paulo. É diretora da Clínica Psicológica das Faculdades São Marcos e chefe do Departamento de Psicologia Clínica e Social do I.U.P. Faculdades Objetivo.

Mary Dolores Ewerton Santiago é psicóloga pela F.F.C.L. da USP e pós-graduanda em Psicologia Clínica pela F.P. da PUC de São Paulo. É supervisora de estágio em Psicologia Clínica nas Faculdades Objetivo.

Sônia Regina Jubelini é psicóloga pelo I.P. da USP e pós-graduanda em Psicologia Clínica pela F.P. da PUC de São Paulo. É supervisora de estágio em Psicologia Clínica nas Faculdades Objetivo.

Tânia Maria José Aiello Tsu é psicóloga e mestre em Psicologia Clínica pelo I.P. da USP. É docente responsável pela disciplina Psicopatologia Geral no I.P. da USP.

Sumário

Prefácio geral da Coleção ..... **XI**

Prefácio ..... **XIII**

1. **Contexto geral do diagnóstico psicológico (Marília Ancona-Lopes)** **1**

   1.1. O termo "diagnóstico" 1
   1.2. A Psicologia Clínica e as abordagens psicodiagnósticas 3
   1.3. Teoria e prática 10
   1.4. Bibliografia 13

2. **Processo diagnóstico de tipo compreensivo (Walter Trinca)** 14

   2.1. Introdução 14
   2.2. Fatores estruturantes do processo compreensivo .. 16
   2.3. Outros aspectos 22
   2.4. Bibliografia 24

3. **Referenciais teóricos do processo diagnóstico de tipo compreensivo (Walter Trinca)** **25**

   3.1. Introdução 25
   3.2. Processos intrapsíquicos 26
   3.3. Desenvolvimento e maturação 28
   3.4. Dinâmica familiar 29
   3.5. Relações psicólogo-paciente 30

3.6. Teorias que fundamentam os testes psicológicos .. 32
3.7. Bibliografia 33

4. A relação psicólogo-cliente no psicodiagnóstico infantil (Tânia Maria José Aiello Tsu) 34

4.1. Introdução 34
4.2. Definição de cliente 34
4.3. A instrumentação da relação psicólogo-cliente ... 40
4.4. A instrumentação da relação do ponto de vista epistemológico 42
4.5. A relação psicólogo-cliente do ponto de vista técnico 44
4.6. A relação psicólogo-cliente do ponto de vista ético 48
4.7. Bibliografia 50

5. Procedimentos clínicos utilizados no Psicodiagnóstico (Gilberto Safra) 51

5.1. Introdução 51
5.2. O jogo de rabiscos 52
5.3. O procedimento de desenhos e estórias 55
5.4. O ludodiagnóstico 57
5.5. A entrevista verbal com a criança 60
5.6. Testes psicológicos usuais no psicodiagnóstico ... 62
5.7. Bibliografia 65

6. Entrevistas clínicas (Mary Dolores Ewerton Santiago) .. 67

6.1. Introdução 67
6.2. A importância de um marco referencial na estruturação da entrevista 68
6.3. A relação psicólogo-paciente na entrevista psicológica 69
6.4. A entrevista inicial 69
6.5. As entrevistas subseqüentes 74
6.6. As entrevistas devolutivas 75
6.7. Bibliografia 81

7 O pensamento clínico e a integração dos dados no diagnóstico psicológico (Ana Maria Trapé Trinca e Elisabeth Becker) 82

7.1. Introdução 82
7.2. Estudos sobre indicadores de integração nos testes projetivos 83

7.3. Estudos sobre a integração de conteúdos no processo diagnóstico 86
7.4. Formas de pensamento clínico em diagnóstico da personalidade 87
7.5. O pensamento clínico e as condições básicas para o seu funcionamento 89
7.6. Bibliografia 93

8. O término do processo psicodiagnóstico (Sônia Regina Jubelini) 95

8.1. Introdução 95
8.2. Encaminhamentos 96
8.3. Considerações gerais sobre o informe psicológico 97
8.4. Sugestões para a composição do informe psicológico 99
8.5. Bibliografia 101

9. Bibliografia geral 102

Prefácio geral da Coleção

A Coleção Temas Básicos de Psicologia tem por finalidade apresentar de forma didática e despretensiosa tópicos que são ministrados em várias disciplinas dos cursos superiores de Psicologia ou outros em cujo *curriculum* constem disciplinas psicológicas.

O objetivo fundamental é oferecer leituras introdutórias que sirvam como roteiro básico para o aluno e que ajudem ao professor na elaboração e desenvolvimento do conteúdo programático.

Neste sentido, selecionamos autores com vasta experiência didática em nosso meio, os quais, em virtude da profundidade de seus conhecimentos e do contato prolongado com alunos, cientes da dificuldade de adaptação da literatura importada para o nosso estudante, se dispuseram a colaborar conosco.

Esperamos, assim, contribuir para a formação de profissionais psicólogos ou não, sistematizando e transmitindo, de forma simples, o conhecimento acadêmico e prático adquirido por nossos colaboradores ao longo dos anos, e também tornando a leitura um evento produtivo e agradável.

Clara Regina Rappaport

Coordenadora

Prefácio

Este livro procura oferecer ao leitor uma visão bastante condensada daquilo que se passa no contexto psicodiagnóstico. Esse contexto é constituído por tudo o que ocorre desde o início do contato com o paciente e/ou seus responsáveis (ou, mesmo, desde o contato prévio com a pessoa que o encaminhou) até o final desligamento do caso. Um dos principais elementos que compõem o contexto psicodiagnóstico é o processo de realização que se estabelece, isto é, a seqüência de fases ou passos estruturados e orientados em função de determinados embasamentos teóricos e práticos que existem para a consecução dos objetivos diagnósticos. Na visão introduzida por este livro destacam-se estudos e observações a respeito dos principais ingredientes do processo diagnóstico, tendo como propósito a fundamentação da prática clínica, bem como servir de recurso auxiliar à efetivação da mesma.

Ao falar de psicodiagnóstico referimo-nos, aqui, especificamente ao trabalho feito por piscólogos clínicos em situação de diagnóstico individual, que se manifesta em relação bipessoal (incluindo psicólogo-paciente e psicólogo-família do paciente). Não abordamos, pois, temas relacionados a psicodiagnósticos de casal, de família, de outros grupos e de situações existentes fora do âmbito da clínica psicológica. O texto, como um todo, abrange questões a respeito do diagnóstico psicológico aplicável a todas as idades; contudo, algumas passagens são dedicadas exclusivamente ao diagnóstico infantil.

A orientação geral do livro é norteada pelo processo diagnóstico de tipo compreensivo [1], tal como o descrevemos no capítulo 2,

[1] Somos reconhecidos ao Dr. Oswaldo Dante Milton Di Loreto que foi, em nosso meio, quem por primeiro concebeu a existência de "diagnósticos

que coloca ênfase em um posicionamento do psicólogo estribado no uso de suas próprias habilidades clínicas, derivadas de suas experiências de contato com a vida mental. Neste sentido, é indispensável que os alunos de cursos de graduação e os profissionais principiantes complementem a leitura do texto com a prática do atendimento supervisionado. Em grande parte, este trabalho refere-se a informações a que têm acesso aqueles que fazem uso da prática clínica voltada para a realidade psíquica individual e suas expressões nos grupos. É uma abordagem que difere, portanto, das concepções psicodiagnósticas fundamentadas em modelos psicométricos.

Nosso trabalho tem em vista contribuir para a preparação do profissional quanto à melhor utilização dos recursos facilmente disponíveis (entrevistas clínicas, observações clínicas, técnicas de investigação clínicas da personalidade etc.), libertando-o da dependência de métodos e processos custosos e de difícil alcance. Estes, geralmente, não se coadunam com a realidade brasileira. Ao obter maior domínio da orientação aqui proposta, o psicólogo provavelmente terá melhores condições para exercitar atividades psicológicas comunitárias, entre outras.

O plano desta obra está em conformidade com os programas dos cursos de graduação em Psicologia, segundo a proposta desta coleção. Como foi dividido entre vários colaboradores, cada qual desenvolveu livremente a sua parte, ainda que se guiando por um referencial geral. No entanto, o tratamento que deu à sua parte, os conceitos emitidos, a ênfase em determinados aspectos etc., nem sempre coincidem com a opinião do organizador ou dos demais autores. Isto não fez com que a obra, em seu conjunto, viesse a sofrer prejuízos em sua estrutura, coerência e unidade. São aspectos que acrescentam contribuições ao debate dos assuntos.

Em que medida este livro pode contribuir para o processo criativo do psicólogo em sua prática clínica? Pensamos que, em primeiro lugar, ele proporciona uma visão do contexto diagnóstico como um todo e, dentro dessa totalidade, das partes que merecem maior atenção. Em segundo lugar, oferece parâmetros à prática diagnóstica orientada para uma direção que tem-se revelado eficaz no atendimento de pacientes. Assim, indica os referenciais teóricos e práticos básicos e os meios de se atingir a realização da tarefa. Finalmente, é um esboço de um sistema estruturado. Isto significa que o diagnóstico psicológico é concebido como um corpo organizado e significativo de princípios, métodos e técnicas.

---

compreensivos" como processos que se caracterizam por uma síntese harmônica e descritiva do conjunto dos dados.

Procuramos, sempre que possível, mencionar as principais questões que hoje se colocam a propósito do tema, como proposta de abertura para discussões entre professores e alunos (entre profissionais, ou como subsídios para futuras pesquisas). Para isso, inserimos uma bibliografia geral, além da bibliografia específica de cada capítulo.

Alguns esclarecimentos, ainda, se fazem necessários. Deliberadamente, os autores não procuraram uniformizar entre si o uso de termos como: a) cliente e paciente; b) diagnóstico psicológico, psicodiagnóstico, estudo de caso e avaliação diagnóstica. Estes termos são empregados tanto como sinônimos, quanto de acordo com o sentido que têm no contexto de cada capítulo. Outro aspecto, lacunar no trabalho que ora apresentamos, é a insuficiência de ilustrações clínicas, que se deve à restrição do número de páginas programadas pela Editora (devido às características próprias da coleção Temas Básicos de Psicologia).

Apesar de todas as dificuldades, cremos que se torna imprescindível neste momento apresentar uma tentativa de sistematização metodológica do diagnóstico psicológico.

Walter Trinca

1

Contexto geral do diagnóstico psicológico

Marília Ancona-Lopez

1.1. O termo "diagnóstico"

1.1.1. Sentido amplo e restrito

A palavra diagnóstico origina-se do grego *diagnõstikós* e significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Compreendido dessa forma, o diagnóstico é inevitável, pois, sempre que explicitamos nossa compreensão sobre um fenômeno, realizamos um de seus possíveis diagnósticos, isto é, discernimos nele aspectos, características e relações que compõem um todo, o qual chamamos de conhecimento do fenômeno. Para chegarmos a esse conhecimento, utilizamos processos de observações, de avaliações e de interpretações que se baseiam em nossas percepções, experiências, informações adquiridas e formas de pensamento. É nesse sentido amplo que a compreensão de um fenômeno confunde-se com o diagnóstico do mesmo. Em sentido mais restrito, utiliza-se o termo diagnóstico para referir-se à possibilidade de conhecimento que vai além daquela que o senso comum pode dar, ou seja, à possibilidade de significar a realidade que faz uso de conceitos, noções e teorias científicas.

Quando procuramos ler determinado fato a partir de conhecimentos específicos, estamos realizando um diagnóstico no campo da ciência ao qual esses conhecimentos se referem. Uma folha de papel pode ser compreendida através de um estudo do material que a compõe, de seu custo, da sua utilidade social ou de seu surgimento

histórico, dependendo dos conhecimentos colocados a serviço da busca de compreensão. Evidentemente, nem todos os conhecimentos podem ser aplicados a todos os fatos. Conhecimentos de Álgebra dificilmente nos serão úteis para a compreensão da História do Brasil e vice-versa. Se, porém, o objeto de estudo de diversas ciências for o mesmo, será possível aplicar a esse objeto os conhecimentos de todas essas ciências. Por exemplo, ao estudar um animal utilizando conhecimentos da Zoologia, enriqueceremos esse estudo recorrendo à Biologia.

1.1.2. O diagnóstico psicológico

A Psicologia se insere no conjunto das Ciências Humanas. Utilizamos seus conhecimentos para a compreensão de qualquer fenômeno humano. Esse mesmo fenômeno poderá também ser objeto de estudo de outras ciências, o que permitirá integrar conhecimentos, enriquecendo nossa compreensão. Porém, ainda que empreguemos dados de outras ciências, ao tratarmos das funções do psicólogo, estaremos sempre nos referindo ao conjunto de fenômenos possíveis de serem estudados pela Psicologia e ao conjunto de conhecimentos psicológicos que se desenvolveram a partir do estudo desses fenômenos. De fato, o objeto de estudo, os conhecimentos e métodos utilizados caracterizam nosso trabalho, delimitam nosso campo de competência e permitem que se desenvolva nossa identidade profissional.

Os conhecimentos dentro do campo da Psicologia, como de qualquer outra ciência, não se agrupam indiscriminadamente. Constituem e estão constituídos em teorias das quais decorrem os procedimentos e as técnicas.

Na história da Psicologia encontramos inúmeras teorias que definem de forma diferente seu objeto de estudo e o método a utilizar. Algumas tomaram métodos emprestados das ciências naturais, definindo em função dos mesmos o fenômeno a estudar, e algumas buscaram criar métodos próprios. Mesmo a classificação da Psicologia como ciência humana, ou como ciência natural, e o reconhecimento da existência de teorias psicológicas foram e são muitas vezes questionados pelos estudiosos do conhecimento. Porém, estas são as organizações do conhecimento que encontramos no atual estágio do desenvolvimento da Psicologia. São as que estudamos, frente às quais nos posicionamos e com as quais trabalhamos.

Neste livro trataremos do diagnóstico psicológico. O diagnóstico psicológico busca uma forma de compreensão situada no âmbito da Psicologia. Em nosso País, é uma das funções exclusivas do psicólogo garantidas por lei (Lei n.º 4119 de 27-8-1962, que dispõe sobre

a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo). Outras funções exclusivas são a orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, solução de problemas de ajustamento, direção de serviços de Psicologia, ensino e supervisão profissional, assessoria e perícias sobre assuntos de Psicologia.

Quando nos dispomos a realizar um psicodiagnóstico, presumimos possuir conhecimentos teóricos, dominar procedimentos e técnicas psicológicas. Como são muitas as teorias existentes, e nem sempre convergentes, a atuação do psicólogo em diagnóstico, assim como nas outras funções privativas da profissão, varia consideravelmente. Em outras palavras, é porque a atuação profissional depende de uma forma de conhecimento, método de estudo e procedimentos utilizados — considerando que na Psicologia estes são muitas vezes incipientes —, que se encontram muitas concepções e estruturações diferentes do diagnóstico psicológico. O próprio uso do termo varia, de acordo com essas concepções. Encontra-se, muitas vezes, ao invés de "diagnóstico psicológico", a utilização dos termos "psicodiagnóstico", "diagnóstico da personalidade", "estudo de caso" ou "avaliação psicológica". Cada um desses termos é utilizado preferencialmente por grupos de profissionais posicionados de formas diferentes diante da Psicologia.

Assim, antes de nos propormos a atuar profissionalmente, será interessante explicitarmos sobre que fenômenos pretendemos atuar, quais serão os referenciais teóricos, os métodos e procedimentos a utilizar.

1.2. A Psicologia Clínica e as abordagens psicodiagnósticas

O termo Psicologia Clínica foi utilizado, pela primeira vez, em 1896, referindo-se a procedimentos diagnósticos utilizados junto à clínica médica, com crianças deficientes físicas e mentais. O interesse por esse diagnóstico surgiu a partir do momento em que as doenças mentais foram consideradas semelhantes às doenças físicas. Passaram, então, a fazer parte do universo de estudo da ciência, e não mais da religião, como anteriormente, quando eram consideradas castigos divinos ou possessões.

Pareadas com as doenças físicas, foi necessário observar as doenças mentais, verificar sua existência como entidades específicas, descrevê-las e classificá-las. Dessa forma, a par da Psiquiatria, atividade médica destinada a combater a doença mental, desenvolveu-se a Psicopatologia, ou seja, o ramo da ciência voltado ao estudo do

comportamento anormal, definindo-o, compreendendo seus aspectos subjacentes, sua etiologia, classificação e aspectos sociais. Do mesmo modo, a par do desenvolvimento da Psicologia, isto é, do estudo sistemático da vida psíquica em geral, desenvolveu-se a Psicologia Clínica, como atividade voltada à prevenção e ao alívio do sofrimento psíquico.

1.2.1. A busca de um conhecimento objetivo

A forma de atuação inicial em psicodiagnóstico refletiu a postura predominante, na época, entre os cientistas. Estes consideravam possível chegar-se ao conhecimento objetivo de um fenômeno, utilizando uma metodologia baseada em observação imparcial e experimentação. Esta postura, na qual a confirmação de hipóteses se baseia em marcos referenciais externos, conhecida em sentido amplo como postura positivista, predominou principalmente no continente americano. Dentro dessa orientação, desenvolveram-se o modelo médico de psicodiagnóstico, o modelo psicométrico e o modelo behaviorista.

a) O modelo médico

O trabalho em diagnóstico psicológico junto aos médicos marcou o início da atuação profissional. Houve uma transposição do modelo médico para o modelo psicológico. Este adquiriu algumas características: enfatizou os aspectos patológicos do indivíduo, usando como quadros referenciais as nosologias psicopatológicas e enfatizou o uso de instrumentos de medidas de determinadas características do indivíduo.

No campo da Psicopatologia, multiplicaram-se as tentativas de estabelecer diferenças entre desordens orgânicas, endógenas, e desordens funcionais, exógenas, procurando-se estabelecer relações entre as mesmas e os distúrbios de comportamento. Estabeleceram-se, também, relações de causalidade entre os distúrbios orgânicos e os distúrbios psicológicos, principalmente nas áreas da Neurologia e da Bioquímica. Na procura do estabelecimento de quadros classificatórios das doenças mentais, precisos e mutuamente exclusivos, buscou-se organizar síndromes sintomáticas que caracterizassem esses quadros e pudessem ser observadas.

Os comportamentos considerados patológicos passaram a ser descritos detalhadamente. Elaboraram-se testes para determinar e detectar os processos psíquicos subjacentes, inclusive detectar tendências patológicas. O objetivo desses testes, na prática, era fornecer informações aos médicos que as utilizavam, como subsídios para deter-

minar os diagnósticos psicopatológicos. Procuravam-se também, nos testes, sinais de distúrbios orgânicos que, pareados aos dados sintomáticos, justificassem pesquisas médicas mais aprofundadas.

As dificuldades encontradas nessa abordagem ligavam-se ao fato de que os quadros sintomáticos nem sempre se adequam ao quadro apresentado pelo sujeito. Além disto, os mesmos sintomas podiam ter muitas vezes causas diversas e, vice-versa, as mesmas causas podiam provocar diferentes sintomas.

Do ponto de vista do psicólogo, a grande ênfase nos aspectos psicopatológicos deixava em segundo plano características não-patológicas do comportamento das pessoas, limitando o estudo e o conhecimento sobre o indivíduo.

Apesar dessas dificuldades, utilizam-se até hoje classificações psicopatológicas, principalmente no que se refere aos grandes grupos nosológicos. Convém lembrar que, dentro da Psicopatologia, há diferentes classificações, e estas obedecem a diferentes critérios. A utilização de critérios classificatórios justifica-se, porém, pela busca de uma linguagem comum.

b) O modelo psicométrico

O desenvolvimento dos testes foi, aos poucos, estabelecendo um campo de atuação exclusivo para o psicólogo e garantindo sua identidade profissional, embora precária, já que condicionada à autoridade do médico a quem cabia solicitar esses testes e receber os resultados dos mesmos.

Na atuação, foi com o uso de testes, principalmente junto a crianças, que os psicólogos ganharam maior autonomia. Nesse trabalho, esforçavam-se por determinar, através dos testes, a capacidade intelectual das crianças, suas aptidões e dificuldades, assim como sua capacidade escolar. Esses resultados, com o tempo, deixaram de ser obrigatoriamente entregues a outros profissionais. Utilizados pelos próprios psicólogos, serviam agora para orientar pais, professores ou os próprios médicos. Na utilização dos resultados dos testes, tornou-se menos importante detectar distúrbios e classificá-los psicopatologicamente, mas sim estabelecer diferenças individuais e orientações específicas.

A visão de homem subjacente ao modelo psicométrico implicava a existência de características genéricas do comportamento humano. Essas características, de ordem genética e constitucional, eram consideradas relativamente imutáveis. Os testes visavam a identificá-las, classificá-las e medi-las. Entre as teorias da Psicologia que procuraram explicitar essa visão, encontram-se a Tipologia, a Psicologia das

Faculdades e a Psicologia do Traço, cada uma delas definindo um conceito de homem e indicando uma forma de diagnosticá-lo.

O desenvolvimento da Psicologia nessas direções foi bastante influenciado por acontecimentos históricos, principalmente nos Estados Unidos. Neste país, durante a Segunda Guerra Mundial atribuiu-se à Psicologia a função de selecionar indivíduos, aptos ou não para o exército, e avaliar os efeitos da guerra sobre os que dela retornavam. Foi destinada maior verba às pesquisas psicológicas e proliferaram os testes. Estes foram amplamente difundidos no Brasil.

c) O modelo behaviorista

Enfatizando a postura positivista, desenvolveram-se as teorias behavioristas. Estas, partindo do princípio de que o homem pode ser estudado como qualquer outro fenômeno da natureza, incluíram a Psicologia entre as ciências naturais e transportaram seus métodos para o estudo do homem. A fim de poder aplicar o método das ciências naturais, necessitavam de um objeto de estudo observável e mensurável, e declararam o comportamento observável como o único objeto possível de ser estudado pela Psicologia.

Consideraram que o comportamento humano não decorre de características inatas e imutáveis, mas é aprendido, podendo ser modificado. Passaram a estudá-lo, preocupando-se em alcançar as leis que o regem e as variáveis que nele influem, a fim de se poder agir sobre ele, mantendo-o, substituindo-o, modelando-o ou modificando-o.

Os behavioristas criaram formas próprias de avaliação do comportamento a ser estudado. Não utilizaram o termo "psicodiagnóstico", valendo-se dos termos "levantamentos de repertório" ou "análises de comportamento".

1.2.2. A importância da subjetividade

Paralelamente a essas tendências, desenvolveu-se uma nova forma de conhecimento que repercutiu consideravelmente na Psicologia. Desde o início do século, alguns filósofos insurgiram-se contra a visão de ciência que considerava possível uma total separação entre o sujeito e o objeto de estudo. Para esses filósofos, todo o conhecimento é estabelecido pelo homem, não se podendo negar a participação de sua subjetividade. Dessa forma, não é possível admitir como válida uma psicologia positivista, objetiva e experimental. O homem não pode ser estudado como um mero objeto, fazendo parte do mundo, pois o próprio mundo não passa de um objeto intencional para o sujeito que o pensa. Desse modo, os métodos das ciências

naturais não poderiam ser transpostos para as ciências humanas, já que estas possuem características específicas.

Esta forma de pensar foi marcante para a Psicopatologia e para a Psicologia. No campo desta última, deu origem à Psicologia Fenomenológico-existencial e à Psicologia Humanista. Todas essas correntes afirmam que a consciência, a vida intencional, determina e é determinada pelo mundo, sendo fonte de significação e valor. Salientam o caráter holístico do homem e sua capacidade de escolha e autodeterminação.

Partindo dessa posição frente ao homem e à ciência, inúmeras escolas surgiram e encararam de formas diversas a questão do psicodiagnóstico.

a) O Humanismo

As correntes humanistas, evitando posições reducionistas ao lidar com o homem, procuraram manter uma visão global do mesmo e compreender seu mundo e seu significado, sem as referências teóricas anteriores. Insurgiram-se contra o diagnóstico psicológico, criticando seu aspecto classificatório e o uso do indivíduo através dos testes. Procuraram restituir ao ser humano sua liberdade e condições de desenvolvimento, repudiando o psicodiagnóstico e considerando-o um verdadeiro leito de Procusto.[1] Para os humanistas, os procedimentos diagnósticos são artificiais. Constituem-se em racionalizações, acompanhadas de julgamentos baseados em constructos teóricos que descaracterizam o ser humano. Esses psicólogos não se utilizam de diagnósticos e de testes, considerando que, através do relacionamento estabelecido com o cliente, durante a psicoterapia ou aconselhamento, alcançam uma compreensão do mesmo.

b) A Psicologia Fenomenológico-existencial

Algumas correntes da Psicologia Fenomenológico-existencial reformularam a visão do psicodiagnóstico. Para estes psicólogos, os dados obtidos em entrevistas e/ou em testes podem ser úteis e trazer informações a respeito das pessoas, ajudando-as no caminho do autoconhecimento. Esses dados devem ser discutidos diretamente com os clientes, estabelecendo-se com os mesmos as possíveis conclusões. Apesar de empregarem testes e informações derivadas de diferentes correntes do conhecimento psicológico, utilizam-nas apenas como re-

[1] Procusto, na Mitologia Grega, era um salteador. Atacava os viajantes e os matava, forçando-os a se deitarem num leito que nunca se ajustava ao seu tamanho. Cortava as pernas dos que excediam a medida e esticava os que não a atingiam.

cursos ou estratégias a serem trabalhadas com os clientes. O psicodiagnóstico é considerado mais do que um estudo e avaliação. Salienta-se o seu aspecto de intervenção, diluindo-se os limites que separam o psicodiagnóstico da intervenção terapêutica.

c) A Psicanálise

Decorrente da mesma postura que não considera possível a completa objetividade, assim como não aceita a completa subjetividade e atribui significação particular a todo comportamento humano, desenvolveu-se a Psicanálise. Sua influência, sentida inicialmente na Europa, fez-se notar no continente americano, principalmente no período da Segunda Guerra Mundial, quando houve uma grande imigração de psicanalistas europeus.

A Psicanálise provê uma revolução na Psicologia, explicitando o conceito de inconsciente e explicando, através de processos intrapsíquicos, os diferentes comportamentos que procura compreender. Através da ótica psicanalítica, rediscutem-se a determinação psíquica, a dinâmica da personalidade, revêem-se os comportamentos psicopatológicos, sua origem e prognóstico.

Embora, desde o início, os estudos psicológicos tenham se preocupado em definir e conhecer a personalidade, foi a Psicanálise que propôs o complexo mais completo de formulações sobre sua formação, estrutura e funcionamento. Entre os psicanalistas, desenvolveram-se várias escolas, que se diferenciam pela ênfase colocada em diferentes aspectos da personalidade, e pelas explicações sobre o desenvolvimento das mesmas. Todas concordam quanto aos conceitos psicanalíticos fundamentais.

Apesar das diferenças entre as correntes psicanalíticas, sua influência na prática do psicodiagnóstico foi a mesma. Acentuou-se o valor das entrevistas como instrumento de trabalho, o estudo da personalidade através da utilização de observações e técnicas projetivas e se desenvolveu uma maior consideração da relação do psicólogo e do cliente com a instrumentalização dos aspectos transferenciais e contratransferenciais. Enfim, a Psicanálise desenvolveu instrumentos diagnósticos sutis, que permitem verificar o que se passa com o indivíduo por detrás de seu comportamento aparente.

1.2.3. A procura de integração

Todas as abordagens em Psicologia, que surgiram e foram se desenvolvendo ao longo do tempo, têm seus equivalentes atuais. Isto quer dizer que, hoje, entre os psicólogos, encontramos aqueles que atuam a partir de conceitos do homem e da ciência positivistas, feno-

menológico-existenciais, humanistas e psicanalíticos. Estas seriam as grandes tendências encontradas em Psicologia. Podemos dizer que, apesar de apresentarem diferenças fundamentais, muitas vezes se interseccionam, não sendo sempre possível detectar as fronteiras entre as mesmas. Apesar dos diferentes marcos referenciais, a conceituação de cada uma dessas tendências é muito ampla e cada uma delas apresenta inúmeros desdobramentos, de tal forma que, na prática da Psicologia e, portanto, na prática do psicodiagnóstico, temos, como já foi dito, várias formas de atuação, muitas das quais não podem ser consideradas decorrentes exclusivamente de uma ou de outra dessas abordagens. Em outras palavras, quando olhamos concretamente para a Psicologia Clínica, verificamos grandes variações de conhecimentos e atuações. Alguns podem ser agrupados em blocos razoavelmente organizados, outros são ainda muito empíricos e com desenvolvimento bastante incipiente.

Na transcorrer da história da Psicologia, algumas teorias psicológicas provocaram grande entusiasmo por parte dos profissionais. Parecia que sanariam as dificuldades internas desta ciência e preencheriam as lacunas de conhecimento, além de proverem-na de instrumentos efetivos de atuação. Em alguns momentos, isto aconteceu com mais de uma teoria. Estas teorias, desenvolvendo-se às vezes em direções diferentes, criaram em certos períodos verdadeiras disputas entre profissionais, que procuravam provar a maior ou menor qualidade de suas propostas. O fato é que nenhuma teoria, até agora, mostrou-se suficiente para responder a todas as questões colocadas pela Psicologia.

O que se nota hoje, na maioria dos psicólogos, já não é uma acirrada batalha no sentido de fazer prevalecer sua posição, mas sim uma postura crítica diante do conhecimento psicológico, e a procura de uma integração entre as diversas conquistas até agora realizadas em seu campo. Este processo de integração reflete-se também no trabalho de psicodiagnóstico.

Atualmente, todas as correntes em Psicologia concordam, embora partindo de pressupostos e métodos diferentes, que, para se compreender o homem, é necessário organizar conhecimentos que digam respeito à sua vida biológica, intrapsíquica e social, não sendo possível excluir nenhum desses horizontes. Em relação aos aspectos biológicos do sujeito, ao realizarem o psicodiagnóstico, os psicólogos se preocupam com os fatores de desenvolvimento e maturação, com especial atenção à organização neurológica refletida no exercício das funções motoras. A avaliação dessas funções ocupa um local de importância no psicodiagnóstico infantil (ao lado da avaliação cognitiva), pois está diretamente ligada ao pragmatismo e ao sucesso escolar. Ainda, nesta avaliação, cabe ao psicólogo perguntar-se sobre

possíveis causas orgânicas subjacentes à queixa apresentada. Caso suspeite da existência de distúrbios físicos, deve remeter o cliente ao médico. Evitará, deste modo, os riscos da "psicologização", isto é, fornecer explicações psicológicas a distúrbios de outra origem. A avaliação dos processos intrapsíquicos, principalmente da estrutura e dinâmica da personalidade, constitui-se no cerne do psicodiagnóstico. É ao redor dela que se organizam os demais dados. A relação do cliente com o psicólogo, assim como os papéis familiares e sociais, valores e expectativas, não deixam de ser considerados. A maior responsabilidade do psicólogo, porém, reside no trabalho de integração desses dados, já que a divisão dos mesmos não passa de um artifício para permitir um trabalho mais sistemático.

Apesar da busca de integração, sabemos que um psicodiagnóstico, por mais completo que seja, refere-se a um determinado momento de vida do indivíduo, e constitui sempre uma hipótese diagnóstica. Isto porque a Psicologia, como qualquer outra ciência, não pode ser considerada um corpo de conhecimentos acabado, completo e fechado.

1.3. Teoria e prática

É muito importante conhecermos a situação na qual se encontra a Psicologia, por dois motivos. Primeiro, porque sabendo dos problemas de conhecimento com os quais nossa profissão se depara, não podemos deixar de lado questões de Filosofia e de Epistemologia, que nos impedirão de cair numa atuação acrítica e alienada, isto é, uma atuação na qual se utilizem, indiscriminadamente, diferentes conceitos, noções e práticas, sem explicitá-los e sem definir nossa posição frente aos mesmos. Em segundo lugar, porque conhecendo as dificuldades que a Psicologia encontra, podemos compreender com maior facilidade como estas se refletem na prática, e encontrar formas de atuação, junto aos clientes, que nos permitam agir com segurança e tranqüilidade.

A relação entre a prática e a teoria em diferentes ciências e, portanto, também em Psicologia, é uma das questões que ocupa os estudiosos. Para alguns, a prática deve decorrer estritamente de uma postura e métodos teóricos. Para outros, o importante é a explicitação do cinturão de conceitos e noções no qual o sujeito se apóia, sem que, obrigatoriamente, esse cinturão esteja organizado anteriormente em uma teoria. O fato é que a prática e a teoria se alimentam mutuamente. Uma não se desenvolve sem a outra, não podendo haver desvinculação e nem subordinação total entre elas. A incompreensão dos aspectos implicados nessa relação pode levar a uma desqualifi-

BIBLIOTECA - FACULDADE PITÁGORAS

cação do trabalho prático do profissional, por parte daqueles que se consideram produtores do conhecimento, ou a uma atuação desvinculada da teoria e que se descaracterizaria como prática profissional. Por outro lado, a total subordinação da prática à teoria é restritiva e improdutiva para ambas.

1.3.1. A prática do psicodiagnóstico

Na prática da Psicologia Clínica visa-se, basicamente, a aliviar o sofrimento psíquico do cliente. Na prática do psicodiagnóstico, o objetivo é organizar os elementos presentes no estudo psicológico, de forma a obter uma compreensão do cliente a fim de ajudá-lo. Na concretização dessa prática, muitas atuações baseiam-se em soluções pragmáticas, mais do que em soluções decorrentes de uma abordagem teórica. Isto porque, na prática, entram em jogo novas dimensões.

Ao atuar em psicodiagnóstico, o psicólogo está atendendo a objetivos definidos teoricamente. Está aplicando conhecimentos teóricos, validando-os ou modificando-os. As observações decorrentes dessa aplicação, se pesquisadas e informadas, trarão subsídios úteis a revisões e reformulações teóricas. Está também cumprindo sua função profissional de ajudar o cliente. Desempenhando essa função, afirma o papel do psicólogo, preserva o espaço da profissão e atende à necessidade da mesma. Além desses objetivos, inerentes à profissão, o psicólogo estará servindo a outros desígnios que decorrem das condições sociais e organizacionais onde atua. Estas condições determinam o contexto no qual vai se desenvolver a atuação. Assim, ao realizarmos um psicodiagnóstico, tendo definido para nós mesmos as questões ligadas ao conhecimento psicológico e à prática profissional, devemos considerar o contexto no qual essa atuação está inserida.

1.3.2. O contexto da atuação

O maior desenvolvimento dos modelos de psicodiagnóstico atuais deu-se em consultórios privados, no atendimento a uma clientela socialmente privilegiada. A valorização do psicólogo como profissional liberal contribuiu para a preferência pela atuação autônoma, em detrimento da atuação em instituições. Nestas, a mera transposição dos modelos de psicodiagnóstico utilizados em consultórios, mostrou-se ineficiente. A situação passou a incluir, além do psicólogo e do cliente, um terceiro elemento, a instituição, que modificou a

estruturação do trabalho. Nem sempre a instituição, os psicólogos e os clientes apresentam necessidades e objetivos coincidentes.

A atuação em psicodiagnóstico prevê o conhecimento das necessidades do cliente. Questões éticas propõem ao psicólogo o conhecimento e a elaboração de suas próprias necessidades e desejos, a fim de que os mesmos não interfiram no trabalho profissional, prejudicando-o. Consideramos necessário que as influências institucionais sejam reconhecidas também. O psicólogo, ao atuar em creches, hospitais, presídios e outras organizações, encontra-se freqüentemente sob orientação estranha aos interesses de sua profissão. Apesar da regulamentação prever, como função exclusiva do psicólogo, a direção de serviços de Psicologia, essa regulamentação nem sempre é respeitada. O psicólogo é muitas vezes pressionado a servir primordialmente aos interesses da instituição. Esta, através de regulamentos internos ou de poder burocrático, determina a quantidade de trabalho a produzir, local, tempo e recursos a serem usados. A própria utilização dos resultados do trabalho, por parte da instituição, pode ser contrária aos interesses do psicólogo e do cliente. Pressões de mercado e questões trabalhistas limitam a autonomia do profissional.

Além da influência das condições organizacionais, a demanda da atuação profissional é claramente influenciada por condições sociais. Essa demanda pode ser verificada mais facilmente em serviços institucionais, dado o grande afluxo de pessoas aos mesmos. Ao examinarmos as características gerais da população que procura esses serviços, podemos reconhecer alguns determinantes sociais. A maioria pertence a segmentos populacionais desvalorizados socialmente, por não constituírem força produtiva. A procura do serviço psicológico decorre de encaminhamentos de terceiros, verificando-se raramente a busca espontânea. A expectativa, nesses casos, é de adequação rápida às exigências exteriores. O profissional nem sempre encontra a seu dispor as técnicas mais adequadas ao caso em atendimento. A maioria das técnicas à disposição foi desenvolvida em outros países, e o acesso às mesmas depende de sua divulgação e comercialização. A obtenção de certos materiais implica em alto custo financeiro. Nessa situação, com poucos instrumentos disponíveis, o psicodiagnóstico pode transformar-se na repetição estereotipada de uma seqüência fixa de testes, que nem sempre seriam os escolhidos pelo profissional, ou os que melhor serviriam ao cliente.

O reconhecimento das influências organizacionais e sociais às quais o psicólogo está submetido é importante, na medida em que lhe permite compreender melhor a função social que a profissão está desempenhando e com a qual o profissional está sendo conivente. Permite também que este colabore, efetivamente, na produção e di-

vulgação de técnicas e formas de trabalho voltadas à nossa realidade sócio-econômica e cultural.

Como vemos, não é fácil trabalhar em psicodiagnóstico. Podemos, porém, utilizar todos os conhecimentos e recursos a nosso dispor, de forma criativa e coerente, se lembrarmos que o conhecimento é contingente, as técnicas não são regras imutáveis, e toda sistematização é provisória e passível de reestruturação.

1.4. Bibliografia

Coelho, A. M. F. Gomes. *Psicodiagnóstico: uma conveniência ou uma necessidade?* Monografia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1982.

Fischer, Constance. T. Individualized Assessment and Phenomenological Psychology. *Journal of Personality Assessment, 43*(2), 1979.

Japiassu, Hilton. *Introdução à Epistemologia da Psicologia.* Rio de Janeiro, Imago Editora, 1977.

Jaspers, Karl. *Psicopatologia General.* Buenos Aires, Ed. Beta, 1971.

Korchin, Sheldon J. *Modern Clinical Psychology.* New York, Basic Books Inc., Publishers, 1976.

Macedo, R. M. (org.) *Psicologia e Instituição. Novas Formas de Atendimento.* São Paulo, Cortez Editora, 1984.

Mello, Sylvia Leser. *Psicologia e Profissão em São Paulo.* São Paulo, Ática, 1975.

Merleau-Ponty, M. *Ciências do Homem e Fenomenologia.* São Paulo, Saraiva, 1973.

Nudler, Oscar, (org.) *Problemas Epistemológicos de la Psicologia.* México, Editorial Trillas, 1979.

O Campo, M. L. S. e Arzeno, M. E. G. *Las Técnicas Projectivas y el Proceso Psicodiagnóstico.* Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1976.

Rotter, Julian B. *Psicologia Clínica.* Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

Sonenreich, Carol. Notas sobre a atividade científica do Psiquiatra. *Temas,* 2 (3-4), 1972.

Trinca, Walter. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade.* Petrópolis, Vozes, 1983.

2

Processo diagnóstico de tipo compreensivo

Walter Trinca

2.1. Introdução

Processo diagnóstico é a forma resultante de determinada organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado segundo uma certa concepção diagnóstica. Expressa-se na sequência de fases e nos passos que se dão para a consecução dos objetivos diagnósticos. Estes são estruturados e orientados em função de determinados embasamentos teóricos e práticos. Segundo a estruturação que lhe é dada, um processo diagnóstico pode ser classificado de conformidade com os tipos existentes (Maher, 1974). Os principais tipos são:

Processo psicométrico. É aquele que tem, no psicólogo, um simples aplicador e avaliador de testes psicológicos, cuja finalidade é auxiliar o trabalho de outros profissionais. O psicólogo entra em contato somente com aspectos parciais da personalidade do paciente, de modo "objetivo", evitando maiores compromissos profissionais com a vida pessoal e afetiva do mesmo. Nestes casos, fica prejudicada a integração dos dados numa visão globalizadora. O instrumental psicométrico é, aqui, desenvolvido a partir da matemática e da estatística.

Processo comportamental. Consideram-se prioritários os dados de observação objetiva, com exclusão de apreciações a respeito do

mundo interno. Os referenciais são, neste processo, extraídos da Psicologia da Aprendizagem. Enfatizam-se os programas desenvolvidos pela Psicologia Experimental, os quais fazem uso das noções de condicionamentos clássico e operante.

Processo psicanalítico. A Psicanálise constitui-se em modelo de trabalho para os profissionais que se utilizam deste tipo de processo. A concepção predominante é a de que o diagnóstico deve configurar uma espécie de antevisão dos fenômenos que a prática psicanalítica bem-sucedida encontraria no paciente, e com os quais lidaria.

Processo baseado no modelo médico. Trata-se de transposição, para o diagnóstico psicológico, de noções advindas do diagnóstico clínico em medicina. A visão médica, que impregna o diagnóstico psicológico neste processo, toma a vida emocional em termos similares àqueles empregados para o organismo, ou seja, um objeto concebido como doente, próprio para ser manipulado, dissecado, tratado etc. A conduta do psicólogo, como, tradicionalmente, a do médico, é despersonalizar-se para não prejudicar a coleta de informações e o pensamento clínico.

Processo compreensivo. A idéia de um processo de tipo compreensivo decorreu da necessidade de uma designação bastante abrangente, que abarcasse a multiplicidade de fatores em jogo na realização de estudos de casos, tal como a encontramos hoje em nosso meio. O termo deriva de *compraehendere* que, em latim, significa abraçar, tomar e apreender o conjunto. Designa, presentemente, no diagnóstico psicológico, uma série de situações que inclui, entre outros aspectos, o de encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém. Embora este processo possa incluir partes de outros já mencionados, caracteriza-se de modo inconfundível, na Psicologia Clínica, como aquele tipo que leva em conta a natureza específica da tarefa diagnóstica (que apresenta problemas particulares, exigindo metodologia própria para solucioná-los); considera a necessidade do emprego de referenciais múltiplos, a fim de evitar a unilateralidade que se encontra nos demais processos; e é ponto de confluência de uma visão totalizadora do indivíduo humano. Já tivemos oportunidade de nos referir a este processo (Trinca, 1983, p. 17) como abrangente das "dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e sócio-culturais, como forças e conjuntos de forças em interação, que resultam em desajustamentos individuais", tendo presente os dinamismos de desenvolvimento e maturação do indivíduo, tanto do ponto de vista do desa-

justamento quanto da normalidade. Às vezes, de conformidade com o que requeira a situação, a avaliação pode enfatizar determinados aspectos (intelectual, psicomotor, emocional) sem perder de vista o indivíduo como um todo.

A descrição da forma pela qual um tipo de processo diagnóstico é estruturado ajuda-nos a fazer idéia mais clara a respeito do mesmo. O processo de tipo compreensivo tem seus *fatores estruturantes:* são aqueles que lhe imprimem características e identidade próprias, distinguindo-o dos demais tipos.

2.2. Fatores estruturantes do processo compreensivo

No caso do processo diagnóstico de tipo compreensivo encontramos, comumente associados em um mesmo estudo de caso, os seguintes principais *fatores estruturantes:*

2.2.1. Objetivo de elucidar o significado das perturbações

Um dos principais fatores estruturantes é a importância dada pelo psicólogo ao esclarecimento do significado dos desajustamentos que ocasionaram a procura do atendimento psicológico. Há um compromisso do profissional para com a compreensão profunda das queixas, sintomas e perturbações, em termos de apreensão de conteúdos inconscientes da vida mental do paciente. Se usássemos o modelo médico, diríamos que importa atingir uma explicação etiológica; todavia, sob o modelo compreensivo, dizemos que o diagnóstico psicológico abrange a explicitação das funções das perturbações e dos motivos inconscientes que as mantêm. Por exemplo, falando-se particularmente de determinada criança, a função de sua enurese pode ser: fazer sentir a uma mãe possessiva e dominadora que ela, criança, é independente e livre; que seus motivos profundos para a manutenção do sintoma é haver uma área, em sua personalidade, livre da influência materna. O sintoma, neste caso, tanto pode ser a expressão de um conflito com a mãe real, quanto um conflito intrapsíquico com a figura materna internalizada. Ao psicólogo coloca-se o objetivo de elucidar os determinantes e, se possível, a origem das perturbações da personalidade. Assim sendo, sua visão alcança mais além do que é imediatamente visível, usando, para isso, o referencial psicanalítico. Nem sempre o significado das perturbações de uma criança reside na clarificação dos determinantes do mundo externo (família, instituições etc.). É necessário um esforço do psicólogo, no sentido da elucidação dos componentes do mundo interno do paciente. So-

bretudo daqueles que são responsáveis pelos conflitos e pela organização da personalidade em determinados moldes. Em termos kleinianos, seria a tentativa de apreensão dos pontos nodais de angústias e fantasias inconscientes que provocam desajustamentos na personalidade (mas que, vistos de outro prisma, são fontes para o desenvolvimento do indivíduo).

2.2.2. Ênfase na dinâmica emocional inconsciente

A estruturação do processo diagnóstico de tipo compreensivo requer a familiarização do profissional com a abordagem psicanalítica dos fenômenos mentais. Ele deve estar apto a reconhecer os fenômenos inconscientes que incluem, principalmente, a dinâmica encoberta dos conflitos, a estrutura e a organização latentes da personalidade. Necessita, ainda, adotar o referencial psicanalítico para o conhecimento da dinâmica familiar, uma vez que o jogo de forças que opera nas relações familiares é, em grande parte, de natureza inconsciente. O psicólogo costuma prestar atenção aos fenômenos da transferência e da contratransferência, que se dão durante o processo diagnóstico, reconhecendo-os e lidando com os mesmos.

A crescente importância que têm assumido as entrevistas livres e semi-estruturadas, a realização de anamnese detalhada, o uso de testes projetivos e de procedimentos intermediários entre estes e as entrevistas livres atestam a ênfase no referencial psicanalítico. Este tem, na associação livre do paciente, a sua pedra angular. No caso de crianças, os pais e responsáveis são convidados a exprimir, através de entrevistas livres, a natureza e a dinâmica do funcionamento do ambiente da criança e a interação criança-ambiente. Este expediente constitui um uso modificado da técnica de associação livre com finalidades diagnósticas.

A decifração do conteúdo inconsciente das mensagens que emergem no processo diagnóstico depende, contudo, da experiência clínica do profissional; de estar, ele próprio, habituado a lidar com os conteúdos do mundo interno, principalmente através de análise pessoal. Tendo experimentado em si mesmo a passagem do inconsciente para o consciente, pode mais facilmente reconhecer conteúdos de natureza semelhante naqueles com quem entra em contato profissional.

2.2.3. Considerações de conjunto para o material clínico

O psicólogo interessado em estruturar um diagnóstico psicológico de tipo compreensivo realiza um levantamento exaustivo de dados e informações, abrangendo os múltiplos aspectos da persona-

lidade do paciente, do ambiente familiar e social deste, e da interação entre esses fatores, enfim, de tudo que interessa ao esclarecimento dos problemas que demandaram a busca de atendimento. Tal atitude contrasta com a do psicólogo que meramente aplica alguns testes e apresenta seus resultados, configuradamente parciais e unilaterais. A ampla coleta de informações abrange tudo o que é relevante no estudo de caso, definindo um contexto diagnóstico. Este contexto é, precisamente, a totalidade dos dados, incluindo observações, entrevistas, resultados de testes psicológicos e de outras técnicas de investigação, fatores da personalidade do psicólogo que são utilizados para a compreensão clínica (impressões, sentimentos, pensamentos etc.), conteúdos do material clínico, de teorias e referenciais etc. Neste caso — apresentado de modo amplo —, contexto diagnóstico é tudo o que ocorre de modo significativo na realização de determinado estudo diagnóstico, desde o início do contato com o paciente e/ou familiares (ou, mesmo, desde anteriores contatos com quem encaminha o caso), até o desligamento final do paciente. É o contexto que encaminha a investigação, determina a forma e o conteúdo do pensamento clínico, tendo implicações sobre as conclusões diagnósticas. Dissemos, em outro trabalho, que "um detalhe é apreciado em função desse contexto, e as hipóteses diagnósticas levam em conta a totalidade dos dados" (Trinca, 1983, p. 19). A idéia de totalidade que norteia o profissional concita-o a que não deixe fora do campo de observação nada do que é essencial para a compreensão do caso. Em outras palavras, ele assume o caso como um todo. Considera cada elemento como parte de um conjunto no qual esse elemento adquire sentido. A visão é, sempre, uma visão de conjunto para o material clínico, de modo que o sentido de um aspecto é o sentido que ele faz dentro do todo. Assim, o psicólogo não apenas descreve suas observações, mas estabelece relações e conexões entre os diferentes níveis do observado, realizando uma análise globalística.

2.2.4. *Busca de compreensão psicológica globalizada do paciente*

Para o tipo de diagnóstico que estamos descrevendo, a avaliação psicológica é uma operação que atinge o paciente em sua totalidade. Isto difere de uma avaliação em que certos aspectos da personalidade são considerados independentemente de outros. Por exemplo, uma avaliação do nível intelectual, realizada por testes psicológicos, que não leva em consideração o sentido dos resultados face à vida atual e à história clínica do paciente. Na avaliação diagnóstica compreensiva, realizamos um balanceamento geral das forças que nos

compete examinar. Interessam-nos, principalmente, as estruturas psicopatológicas e as disfunções dinâmicas que se inserem no arcabouço sadio da personalidade, as bases de funcionamento da personalidade em seus vários níveis, os traços de caráter, a organização e a estruturação da personalidade, com atenção especial à distinção entre estruturas neuróticas e psicóticas, os elementos constitutivos da personalidade, sua interação com o mundo externo etc. Esta visão, totalizadora e integradora, considera a personalidade em si mesma como indecomponível e em constante vir a ser. Considera o diagnóstico psicológico como uma síntese dinâmica e estrutural da vida psíquica.

A procura de uma compreensão psicológica globalizada leva em conta a existência de diferentes fatores em interação na personalidade, dentre os quais destacamos: a) *forças intrapsíquicas*, aquelas que não só se expressam no momento atual da vida do paciente como, ainda, aquelas que trazem a marca de processos evolutivos; b) *forças intrafamiliares*, principalmente aquelas que são decisivas em termos psicopatológicos e psicopatogênicos, sendo o paciente por elas determinado como, também, as pode determinar; c) *forças sócio-culturais*, que, por se constituírem em dados básicos, não podem ser negligenciadas.

2.2.5. *Seleção de aspectos centrais e nodais*

Este tipo de processo diagnóstico pressupõe que o profissional saiba discernir quais dados são significativos para compor o estudo de caso, de modo a exigirem uma escolha seletiva. Ele focaliza os aspectos essenciais, separando-os dos incidentais. Importa assinalar que mesmo os aspectos não relevantes são considerados, dentro do pensamento clínico. Mas o psicólogo não mistura os aspectos relevantes com os irrelevantes. Deste modo, a conclusão é decorrente de uma orientação segura, em que os fatores determinantes se sobressaem dos demais. No caso das perturbações emocionais, trata-se de discriminar os aspectos mais graves e examiná-los à luz de conhecimentos psicológicos atualizados. Com alguma experiência, o psicólogo pode visualizar, no contexto diagnóstico, as principais forças e conjuntos de forças psicopatológicas e psicopatogênicas que se ressaltam por sua intensidade, repetição, colorido emocional, modo peculiar de se comportar, dano produzido etc.

Nos desajustamentos emocionais, pode-se perceber a presença de angústias e fantasias inconscientes, responsáveis pela existência e manutenção das perturbações. Há angústias e fantasias inconscientes que são centrais e nodais, na caracterização dos problemas psíquicos. Elas necessitam ser trazidas à luz, como constituintes fundamentais

dos processos patológicos. São, por assim dizer, núcleos destes processos e devem ser diferenciadas dos aspectos secundários que, inevitavelmente, gravitam ao redor dos núcleos. Por isso, um dos objetivos da realização do diagnóstico da personalidade é levantar e descrever os principais focos de angústia e fantasias inconscientes que provocam desajustamentos emocionais, bem como os mecanismos defensivos utilizados pelo indivíduo. No entanto, devemos nos recordar de que a personalidade é um devenir dialeticamente em mudança. Portanto, a constelação de fatores que é fundamental em determinado momento pode deixar de sê-lo em outro momento da vida quando, sob diferente organização, a personalidade pode se centrar em novas orientações, angústias e fantasias inconscientes.

A escolha seletiva empresta unidade, ordem e coesão à tarefa do psicólogo. Em vez da descrição de algo fragmentário, temos a prevalência do princípio de considerar aqueles fatores nucleares que dão sentido aos dados.

2.2.6. Predomínio do julgamento clínico

Na década de 1950, alguns profissionais da saúde mental estabeleceram, nos Estados Unidos, uma controvérsia a respeito do valor preditivo de afirmações diagnósticas, provenientes do julgamento clínico, em comparação com o valor preditivo de afirmações provenientes de instrumentos diagnósticos estatisticamente validados (vide Meehl, 1954; Holt, 1958). A tendência dominante, na época, parecia emprestar grande importância diagnóstica aos testes psicológicos objetivos, aqueles cujos resultados eram expressos o mais quantitativamente possível, e que tinham origem e desenvolvimento no modelo experimental. Conclusões de estudos psicológicos oriundos do método clínico não seriam consideradas plenamente válidas, a não ser que fossem corroboradas ou subsidiadas por instrumentos de comprovada eficácia experimental e estatística. Felizmente, esta posição foi revista ao longo do tempo, uma vez que conduzia a um estado de impasse na Psicologia Clínica. Entre outras coisas, verificou-se não somente que os testes psicológicos objetivos não podiam abarcar a maioria dos problemas humanos com que um psicólogo clínico habitualmente se defronta, como, ainda, que o julgamento clínico era capaz de realizar, seguramente, o quanto esses instrumentos se propunham. Hoje se reconhece, largamente, que para se poder lidar profissionalmente com a heterogeneidade das situações mentais, os fatores decisivos são uma sólida formação profissional aliada à sensibilidade humana e à experiência clínica. O julgamento clínico é conseqüência natural da permissão que o psicólogo se concede de

usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, e é o que decide, em última instância, sobre a importância e significado dos dados. O modelo diagnóstico de tipo compreensivo não dispensa o uso de testes psicológicos objetivos; coloca-os a serviço do julgamento clínico. Este, por sua vez, depende do grau de evolução profissional e maturidade alcançado pelo psicólogo em suas atividades clínicas.

2.2.7. *Subordinação do processo diagnóstico ao pensamento clínico*

Em trabalho anterior (Trinca, 1983), caracterizamos, ilustramos e discutimos quinze diferentes formas de pensamentos clínicos em diagnóstico da personalidade. Vimos ali que a adoção do ponto de vista das formas de pensamentos pode transformar todo o atual referencial teórico com que se enfoca o diagnóstico psicológico. Agora, podemos afirmar que, no diagnóstico psicológico de tipo compreensivo, a estruturação do processo diagnóstico fica subordinada à forma de pensamento que se realiza em cada caso clínico. Isto significa que, ao invés da existência de um prévio processo diagnóstico relativamente uniforme e imutável para todos os casos, o que realmente encontramos é uma grande flexibilidade para enfocar e tratar das situações mentais emergentes. Cada caso clínico permite que ocorra pelo menos uma forma de pensamento a ele relativa. O processo diagnóstico se estrutura em conformidade com essa forma. Assim, o aparecimento ou não de determinados elementos no contexto diagnóstico (testes psicológicos, por exemplo) fica na dependência das exigências do pensamento clínico em questão. O que se depreende, então, é que o processo diagnóstico é estruturado no contexto de relações significativas dadas pelo pensamento clínico, e não através de justaposições cegas de elementos ou arranjos das informações como "colchas de retalhos". Isto torna o assunto amplo e interessante, descortinando-se-lhe horizontes de imensas possibilidades.

2.2.8. *Prevalência do uso de métodos e técnicas de exame fundamentados na associação livre*

Para a estruturação de um processo diagnóstico, normalmente se empregam técnicas e métodos especializados de exame psicológico. No processo de tipo compreensivo, ocupam lugar de relevo a entrevista clínica, a observação clínica, os testes psicológicos, os testes psicológicos usados como formas auxiliares de entrevistas, demais técnicas de investigação clínica da personalidade etc. Temos verifi-

cado que o uso desses procedimentos é determinado por sua capacidade de eliciar material clínico significativo. A maioria deles foi desenvolvida a partir da entrevista clínica, como uma espécie de desdobramento desta, especialmente quando se aplica a crianças. Um aspecto que chama a atenção no emprego de métodos e técnicas no diagnóstico compreensivo é a escolha daqueles procedimentos que permitem maior liberdade para a emergência de material clínico. Os mais usados são justamente aqueles que se fundamentam nos princípios de associação livre de Freud. É o caso, por exemplo, do Jogo de Rabiscos (Winnicott, 1971), da Observação Lúdica ou Hora de Jogo (Aberastury, 1962) e do Procedimento de Desenhos-Estórias (Trinca, 1976). São procedimentos que apresentam, habitualmente, uma situação de estímulos não estruturados ou semi-estruturados, incentivando os pacientes a exprimir suas dificuldades emocionais. Alguns deles se adaptam facilmente ao modo peculiar de comunicação de crianças e de adolescentes. Outros facilitam a expressão emocional dos adultos, em função de conterem o princípio da associação livre (cuja tendência é de se dirigir para setores da personalidade em que o indivíduo é emocionalmente mais sensível). A avaliação desses procedimentos clínicos é feita geralmente através da livre inspeção do material, com base na experiência do profissional.

2.3. Outros aspectos

Além dos fatores referidos, a estruturação do processo diagnóstico de tipo compreensivo é influenciada e pode ser estudada a partir dos seguintes aspectos:

a) *Como uma forma da relação do psicólogo com o seu trabalho.* Para este tipo de diagnóstico, o psicólogo releva a importância do *background* de suas experiências e aprendizagem, não só aquelas especificamente profissionais como, também, sua formação humanística e desenvolvimento emocional. Isto indica uma direção de escolha profissional que coloca, em primeiro plano, a pessoa do psicólogo como instrumento, com o qual deve contar para o desempenho de suas atividades.

b) *Como uma forma da relação psicólogo-paciente.* O relacionamento psicólogo-paciente é uma situação propícia para a observação e apreensão de fenômenos emocionais. Tanto o paciente como seus familiares costumam transportar emocionalmente, para esta situação, fenômenos de natureza semelhante àqueles que sucedem no ambiente externo (por exemplo, nas relações familiares). Além disso,

verifica-se, aí, a emergência de atitudes inconscientes, conhecidas em psicanálise como transferência e contratransferência: repetições automáticas, diante do psicólogo ou diante do paciente, de reações emocionais originárias em acontecimentos do passado da vida emocional do sujeito. De sorte que o psicólogo, levando em conta a existência desses fenômenos, procura respeitar as condições nas quais se dão e lidar com eles em benefício de suas atividades. Quando isto acontece, instala-se uma situação aberta, favorável à eliminação das barreiras de comunicação e à observação dos movimentos emocionais com que se defrontam os participantes do relacionamento.

c) *Como um leque de finalidades práticas.* Tomado em sua acepção compreensiva, o diagnóstico tem-se mostrado um recurso útil para:

— a avaliação global da personalidade;
— a determinação da natureza, intensidade e relevância dos distúrbios;
— a orientação psicológica ao paciente, aos pais e responsáveis, à escola etc.;
— o fornecimento de subsídios a demais profissionais;
— indicações e encaminhamentos terapêuticos;
— a definição do tipo de intervenção psicoterapêutica;
— a determinação dos objetivos, áreas relevantes e intensidade da intervenção psicoterapêutica (planejamento psicoterapêutico);
— o prognóstico do caso;
— o prognóstico da evolução terapêutica;
— a pesquisa psicológica etc.

d) *Como um posicionamento epistemológico do psicólogo.* Face às várias correntes de pensamento que se ocupam de sua disciplina, o psicólogo que estrutura o diagnóstico compreensivo opta por excluir as influências de concepções estritamente deterministas, associacionistas, elementaristas e mecanicistas. Ele se orienta, predominantemente, por uma visão que toma a personalidade como única e indecomponível, como uma totalidade estrutural organizada, em que existem experiências subjetivas e dinâmica psíquica inconsciente. Leva em consideração noções fenomenológicas, gestálticas, existenciais e psicodinâmicas.

e) *Como um sistema de referenciais múltiplos.* Os conceitos teórico-práticos fundamentais do diagnóstico de tipo compreensivo serão apresentados no próximo capítulo.

2.4. Bibliografia

Aberastury, A. *Teoria y Técnica del Psicoanálisis de Niños.* Buenos Aires, Paidós, 1962.

Freud, A. *Infância Normal e Patológica: Determinantes do Desenvolvimento.* Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.

Holt, R. H. Clinical and statistical prediction: a reformulation and some new data. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 56*: 1-12, 1958.

Maher, B. *Introducción a la Investigación en Psicopatologia.* Trad. de A. Leroux. Madrid, Josefina Betancor, 1974.

Meehl, P. E. *Clinical versus Statistical Prediction.* Minneapolis, University of Minnesota Press, 1954.

Ocampo, M. L. S. de *et alii. Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1976, 2v.

Trinca, W. *Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática.* Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

————. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade.* Petrópolis, Vozes, 1983.

Winnicott, D. W. *Processus de Maturation chez l'Enfant: Développement Affectif et Environnement.* Trad. de J. Kalmanovitch. Paris, Payot, 1970.

3

Referenciais teóricos do processo diagnóstico de tipo compreensivo

Walter Trinca

3.1. Introdução

O diagnóstico psicológico em Psicologia Clínica tem, como propósito básico, a exploração e o estudo dos fatores intrapsíquicos, interpessoais e sócio-culturais, cuja interação acarreta desajustamentos no paciente. Para a realização de um exame desse tipo, o psicólogo estrutura um processo diagnóstico, que é composto por múltiplos elementos. Os elementos que mais freqüentemente surgem no processo são: identificação do paciente, enquadramento da atividade diagnóstica, entrevistas e outras técnicas de investigação clínica da personalidade, anamnese, testes psicológicos, exames adicionais, orientações, encaminhamentos etc. A atitude do profissional, as técnicas por ele utilizadas e demais fatores que desempenham um papel em cada fase do processo são, em parte, decorrentes das bases teóricas em que o profissional se alicerça. Em Psicologia Clínica, as bases teóricas implicam a fundamentação dos passos do processo diagnóstico, bem como das técnicas psicológicas de que se faz uso.

À primeira vista, pode parecer que a proliferação de elementos do processo diagnóstico, incluindo a multiplicação de seus instrumentos técnicos (diferentes testes e técnicas de investigação, por exemplo), constitui uma espécie de Torre de Babel em que o conflito estabelece o seu império, e não a harmonia. Tal, porém, não

é o que se verifica na prática do atendimento. Observando aquilo que realmente ocorre nessa prática, encontramos que o estudo diagnóstico, em seus múltiplos componentes, está lastreado em princípios gerais relativamente coerentes entre si. Esses princípios são os referenciais teóricos do diagnóstico psicológico, como ele é hoje realizado. [1]

Há, pelo menos, cinco classes ou categorias que melhor caracterizam os princípios teóricos básicos:

1. estudos sobre os processos intrapsíquicos;
2. estudos sobre os processos de desenvolvimento e maturação;
3. estudos sobre a dinâmica familiar e sua interação com a vida psíquica do paciente;
4. estudos sobre as relações psicólogo-paciente;
5. estudos das teorias que fundamentam as técnicas de exame psicológico. [2]

3.2. Processos intrapsíquicos

O psicólogo clínico que realiza um diagnóstico, nos moldes que estamos considerando, fundamenta-se na teoria da personalidade que indiscutivelmente mais tem contribuído para o conhecimento da vida psíquica: a Psicanálise. O grande inovador que foi Sigmund Freud estabeleceu os pilares da construção que permite o acesso à vida mental profunda. Freud legou-nos imensa e fecunda obra que explora múltiplas dimensões da mente humana. Ele se preocupou, entre inúmeros aspectos, com três fatores essenciais para o psicólogo que trabalha na realização de estudos diagnósticos: a relação do paciente com a realidade (externa e psíquica), a formação de sintomas (o sintoma concebido como um meio de comunicação daquilo que existe no plano inconsciente), e a vida instintiva tomada como um processo evolutivo. Em relação a este fator, é de particular relevância a descoberta de que a vida instintiva se processa por fases de desenvolvimento (oral, anal, fálica e genital) e que há duplo aspecto em cada uma dessas fases: progressão e regressão. Existe, também, uma instintividade associada à *libido,* outra à agressão.

A teoria freudiana, ao se desenvolver, adicionou novas observações e ampliou a esfera do conhecimento humano. Das teorias topográficas da mente, Freud passou a considerar, conseqüentemente,

---

[1] Referimo-nos ao diagnóstico psicológico de tipo compreensivo, descrito no capítulo anterior.

[2] Estas classes de fenômenos não esgotam o assunto nem são, tampouco, mutuamente exclusivas. Apresentamo-las com propósitos meramente didáticos.

uma teoria estrutural. Dessas bases, o psicólogo extrai um perfil diagnóstico bastante razoável. A partir do referencial freudiano, Anna Freud elaborou um esboço de perfil diagnóstico, no qual o psicólogo encontra indicações para a localização, em um estudo de caso, de fatores intrapsíquicos que provocam desajustamentos. Ela estende e clarifica concepções de Freud, aplicáveis especialmente a estudos de crianças.

Todavia, como sabemos, o desenvolvimento da Psicanálise não se deteve em seu descobridor. As conclusões de Melanie Klein, a respeito dos estágios mais precoces do desenvolvimento emocional do ser humano, constituem uma disciplina teórica aprofundada, que lastreia o trabalho do psicólogo clínico.

Melanie Klein enfatiza que há duas formas básicas de ansiedade. A primeira forma de ansiedade é de natureza persecutória. A atuação do instinto de morte, internamente, dá origem ao medo de aniquilação, e este é a causa primordial da angústia persecutória. Desde o começo da vida pós-natal, os impulsos destrutivos contra o objeto provocam medo à retaliação. Estes sentimentos persecutórios, oriundos de fontes internas, são intensificados por experiência externas dolorosas, visto que, logo no início da vida, a frustração e o desconforto originam na criança sensações de que está sendo atacada. Mas há, ainda, o que se pode chamar de "forças boas". A criança dirige sentimentos de gratificação e amor para o "seio bom", e seus impulsos destrutivos e sentimentos de perseguição para o seio frustrador, o "mau seio". Nesse estágio, o processo de cisão se acha no apogeu: há separação entre o "bom" e o "mau" seio, entre amor e ódio. Além da cisão, predominam, também, negação, onipotência e idealização nos três ou quatro meses de vida (situação denominada posição esquizoparanóide). A relativa segurança da criança neste estágio é obtida pela fantasia de um objeto idealizado, extremamente bom, que a protege do objeto persecutório. Entretanto, em condições normais de evolução, a partir do 6.º mês de vida do indivíduo humano, a crescente capacidade de integração e síntese do *ego* conduz à percepção e introjeção da mãe como pessoa inteira. Este fato resulta na segunda forma de ansiedade básica: a depressiva. Amor e ódio e, conseqüentemente, os bons e maus aspectos dos objetos vão sendo sintetizados. Desejos e impulsos hostis da criança para com o "seio mau" são, agora, sentidos como perigosos para o "seio bom". A ansiedade depressiva é incrementada porque a criança sente que destruiu ou está destruindo um objeto inteiro, total, de quem ela depende. A síntese das emoções permite à criança sentir que seus impulsos destrutivos estão dirigidos contra uma pessoa amada. Essas ansiedades e defesas constituem, para Melanie Klein, a posição depressiva, cuja essência é a angústia e a culpa relacionadas

a ataques, destruição e perda de objetos amados (internos e externos). Com base nas posições esquizoparanóide e depressiva é que se instalam processos os mais variados de relações objetais, entre os quais a formação de um superego extremamente primitivo e cruel, e o início do complexo de Édipo. Tudo isto desempenha importância capital na gênese das psicoses e nas escolhas neuróticas dos indivíduos. Melanie Klein alargou, também, a partir de Freud e Abraham, a teoria do desenvolvimento libidinal, incluindo impulsos sádicos que se expressam por fantasias sádico-orais, sádico-uretrais e sádico-anais.

Modernamente, as teorias kleinianas receberam impulso devido às contribuições de Bion, entre outras. Bion aprofundou o conhecimento do funcionamento da parte psicótica da personalidade. Uma de suas afirmações sustenta que o paciente faz uso de identificações projetivas patológicas, sentindo que aloja objetos fragmentados dentro de um outro indivíduo, assim como partes de um outro indivíduo são sentidas como alojadas dentro da personalidade do paciente. Por outro lado, é de grande utilidade clínica sua concepção de *reverie* nos processos da comunicação mãe-criança. Ele configurou em bases mais sólidas nossos conhecimentos para a diferenciação entre personalidades psicóticas e não-psicóticas.

3.3. Desenvolvimento e maturação

O psicólogo, em seu trabalho diagnóstico, depende de teorias do desenvolvimento e maturação que, felizmente, constituem áreas de pesquisa bastante exploradas. Ele se interessa pelo conhecimento de todas as áreas do desenvolvimento humano. As observações acumuladas a respeito das diversas etapas da vida são-lhe preciosas, não apenas para a diferenciação entre normal e patológico, como ainda para a construção de teorias, de instrumentos de medida, para o julgamento clínico etc. Chamam-lhe bastante atenção, por sua relevância, os estudos realizados sobre etapas precoces da vida, como o fizeram Gesell e Amatruda e inúmeros outros. Dentre vários aspectos do desenvolvimento humano (motor, intelectual, social etc.), o psicólogo clínico tem especial interesse pelo aspecto emocional. As teorias que, aqui, têm oferecido expressivas contribuições são as de Spitz, Mahler e Winnicott.

Devido a suas peculiaridades, permitindo uma abordagem prática imediata, ressaltamos as concepções de Winnicott. Ele parte do princípio de que, no início do desenvolvimento emocional, a criança necessita de uma "mãe suficientemente boa". Devido à fragilidade

do *ego* da criança, é necessário que no início da vida exista uma sustentação para o mesmo — o que corresponde, na linguagem de Winnicott, aos elementos diatróficos do *ego* — feita pela mãe ou quem a substitua. Se tudo correr bem, no sentido de uma relação mãe-criança adequada, o processo de maturação caminha em direção à integração cada vez maior da personalidade, à obtenção da personalização e a uma relação de objetos calcada em bases relativamente harmônicas. O bebê, tendo uma "mãe suficientemente boa", tem, também, uma necessária experiência de onipotência, que o auxilia a fazer face às angústias inimagináveis (de tipo psicótico) que surgem no início do desenvolvimento. A dependência do bebê à mãe, que é absoluta nos primeiros 6 meses, passa a ser relativa de 6 meses a 2 anos, caminhando em direção à independência a partir dos 2 anos de idade. A mãe que possui preocupação maternal primária ajuda seu bebê a realizar um abandono progressivo das experiências de onipotência, em direção a uma crescente adaptação à realidade. Falhas na relação primária entre o bebê e a mãe podem conduzir à psicose, ao comportamento anti-social, à personalidade esquizóide etc. Isto devido a que carências e privações precoces colocam em risco a continuidade da existência da criança e dos processos de integração (avolumam-se defesas primitivas como cisão, fragmentação etc.). O psicólogo clínico que orienta seu trabalho alicerçado em teorias de desenvolvimento e maturação do indivíduo encontra, em Winnicott, um referencial indispensável.

3.4. Dinâmica familiar

O indivíduo humano é um ser social, sendo sua primeira sociedade a família. *Cellula mater,* núcleo de conflitos, mas, ao mesmo tempo, de conforto, segurança, e preenchimento das possibilidades de crescimento e realização. Assim sendo, os psicólogos clínicos viram-se na contingência de estudar a dinâmica familiar. Perceberam que, nela, operam forças e conjuntos de forças que incidem sobre os pacientes, tanto provocando processos psicopatológicos, como processos de saúde e evolução mental. A ênfase dos estudos é dada sobre a psicopatogênese, razão pela qual os psicólogos se interessam, primeiramente, pelos fatores que fazem originar e manter as perturbações emocionais. A família patogênica é observada, seja como unidade dinamicamente configurada, seja através da dissociação e exame de per si da personalidade de cada um de seus componentes. A justificativa para esses estudos está embasada no fato, às vezes verificável, de que os pacientes melhoram relativamente quando a família,

ao ser tratada como um todo, melhora. Todavia, essas confirmações têm-se mostrado válidas, principalmente, para os casos de psicose psicogênica. Nos casos de distúrbios em que está em jogo a prevalência da dinâmica de conflitos neuróticos da personalidade, parece que a importância dos fatores externos é minimizada.

Geralmente, os estudos sobre a concorrência da psicopatologia familiar para a perturbação do paciente enfatizam três aspectos:

a) a relação precoce entre mãe e bebê;

b) a internalização dos pais, pela criança, durante os anos iniciais de vida; e

c) as forças externas, que operam durante toda a vida do indivíduo, para a criação, desencadeamento e manutenção de distúrbios.

Deste modo, é necessário recorrer a teorias psicológicas de relações entre casais (relações simétricas, complementares etc.), teorias descritivas do funcionamento psíquico da mãe (mãe esquizofrenogênica, mãe que estabelece relação por duplo vínculo etc.), teorias do jogo de forças intrafamiliar, teorias a respeito do papel do pai (ausente, autoritário, cruel etc.), entre outras.

Contudo, parece que as principais teorias psicológicas sobre famílias psicopatogênicas são aquelas que se referem à família do esquizofrênico. Nestas estão exacerbados os fatores mais difíceis de serem observados nos demais grupos familiares perturbados. A família esquizofrenogênica tem a tendência de criar um doente mental que se caracteriza, prioritariamente, pelo fato de ele ser o "bode expiatório" das perturbações de todos os demais membros da mesma. Por exemplo, ele se desdobra para contentar a todos, com renúncia inclusive de sua própria individualidade, e esforça-se para manter a família unida (especialmente os pais). Ele se aniquila, servindo como depositário dos fracassos de cada membro e dos aspectos patológicos de cada um. Geralmente, nestas famílias, o pai não é participante como mediador e aplacador das angústias emergentes, e a mãe, ansiosa (exasperada e exasperante), sem critérios emocionais claramente definidos, funciona através de mensagens contraditórias entre si.

Temos verificado que essas teorias, ao isolar e estudar alguns fatores patogênicos nas famílias, habitualmente têm o cuidado de pôr em evidência que eles não são os únicos e, sim, que fazem parte de um conjunto complexo de fatores em interação.

3.5. Relações psicólogo-paciente

Em outro capítulo deste livro será examinada a importância das relações psicólogo-paciente no diagnóstico psicológico. No presente

tópico, insistimos, apenas, em apontar que essa relação dual é fundamentada em certas teorias.

Neste aspecto, o diagnóstico psicológico é influenciado por teorias psicanalíticas, que consideram a transferência e a contratransferência. Houve época em que o psicólogo clínico, encoberto pela capa da objetividade, mantinha com o paciente uma relação por assim dizer asséptica, ou seja, não havia evidência de que o psicólogo experimentava reações emocionais no contato com o paciente. Isto se traduzia por uma atitude profissional distante, instrumentada como mero aplicador e avaliador de testes psicológicos. Hoje, felizmente, auxiliado pela larga difusão clínica da Psicanálise, o psicólogo, quando ele próprio é analisado, pode utilizar suas emoções para participar da vida emocional do paciente, de modo a poder penetrar em camadas profundas desta, sem necessariamente perder a objetividade. Mas é necessário que o psicólogo clínico tome consciência das implicações decorrentes do contato com a vida psíquica do paciente, a fim de que possa adquirir melhor controle do próprio comportamento enquanto profissional.

A título de exemplo, referimo-nos a algumas teorias associadas a transferência e contratransferência que, costumeiramente, aparecem em estudos de caso:

a) Teorias sobre doença e cura

O paciente, logo nos primeiros contatos, expressa fantasias de doença e esperanças de que possa ser compreendido pelo profissional. Estas teorias foram desenvolvidas por Aberastury, do grupo psicanalítico argentino.

b) Teorias sobre depositante, depositário e depositado

Formuladas por Pichon-Rivière, mostram o interjogo de papéis entre os participantes do estudo diagnóstico, durante todas as fases do processo. Aquilo que é depositado, ora o é em um, ora em outro participante da relação, em concordância com as conclusões de Freud e Klein sobre transferência e contratransferência.

c) Teorias sobre contra-identificação projetiva

Estas teorias sublinham o uso, por parte do profissional, de identificações projetivas patológicas no decurso do processo diagnóstico. Alertam para o fato de que ele pode ser o receptáculo de partes infantis e patológicas do paciente, e que estas, invadindo-o, provocam reações de sua parte que conduzem a lacunas e impedimentos à realização da tarefa.

De modo geral, as teorias das relações psicólogo-paciente enfatizam que, ao longo da realização de um estudo diagnóstico, o paciente transfere à pessoa do psicólogo conteúdos inconscientes de sua vida mental infantil, seja nas entrevistas, na aplicação de testes psicológicos, no momento da orientação ou em qualquer outra circunstância. O psicólogo, por sua vez, é mobilizado em suas fantasias e angústias primitivas. Estas podem ser deslocadas para a situação de trabalho, interferindo no andamento da mesma. Nos casos bem-sucedidos, ao se defrontar com essas ocorrências, tanto a transferência quanto sua contrapartida, a contratransferência, são reconhecidas e utilizadas em prol da compreensão diagnóstica.

3.6. Teorias que fundamentam os testes psicológicos

Os testes psicológicos recebem sua fundamentação teórica das mais diversificadas fontes e origens. Nos assim chamados testes objetivos, encontramos a fundamentação a partir de experimentação e pesquisa. Teorias de desenvolvimento, aprendizagem, cognitivas etc. desempenham, aqui, um importante papel. Em estudos de personalidade, o prato da balança parece pender a favor do incremento do uso de testes e técnicas projetivos, cuja fundamentação é predominantemente psicanalítica. Como cada teste psicológico recebe fundamentação própria, não nos deteremos em considerações sobre os referenciais teóricos de cada um, mas recomendamos ao leitor uma análise específica daqueles instrumentos de que faça uso clínico. [3]

Um fator, porém, deve ser frisado, para esclarecer o problema das bases teóricas do estudo de caso: nenhum teste psicológico é usado de modo isolado, de sorte que sempre prevalece uma orientação de conjunto que o psicólogo empresta ao processo diagnóstico. Ainda que algum ou alguns elementos sejam conflitantes em certo nível, eles tendem à integração, unidade e coerência em outro nível, o nível do pensamento clínico. As bases teóricas que norteiam a atividade do psicólogo clínico são, geralmente, coerentes e unitárias, quando o processo é tomado como um todo.

Para finalizar, diríamos que, embora as teorias sejam fatores importantes no *background* do profissional, é mister que sua atividade clínica seja empreendida com o mínimo de interferência de suas teorias sobre sua capacidade de observar e captar os fatos relevantes.

---

[3] O capítulo 5 deste livro aborda, especificamente, os principais testes psicológicos e procedimentos clínicos utilizados na prática do diagnóstico em nosso meio.

3.7. Bibliografia

Aberastury, A. *Teoria y Técnica del Psicoanalisis de Niños.* Buenos Aires, Paidós, 1962.

Ackerman, N. W. *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares — Psicodinamismos de la Vida Familiar.* 3.ª ed. Trad. H. Friedenthal. Buenos Aires, Hormé, 1971.

Baranger, W. *Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein.* Trad. M. N. Folberg. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

Bateson, C. F. *et alii. Family Processes and Schizophrenia.* New York, Science House, 1968.

Bion, W. R. *Volviendo a Pensar.* Trad. D. R. Wagner. Buenos Aires, Hormé, 1972.

Brenner, C. *Noções Básicas de Psicanálise — Introdução à Psicologia Psicanalítica.* Trad. A. M. Spira. 2.ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1973.

Freud, A. *Infância Normal e Patológica — Determinantes do Desenvolvimento.* Trad. A. Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.

Freud, S. *Obras Completas.* Trad. L.-B. y de Torres. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948, 2v.

Geets, C. *Melanie Klein.* Trad. F. C. Ferro. São Paulo, Melhoramentos — USP, 1977.

Gesell, A. e Amatruda, C. *Diagnóstico del Desarrollo.* Trad. B. Serebrinsky. Buenos Aires, Paidós, 1966.

Grinberg, L. *et alii. Introdução às Idéias de Bion.* Trad. T. O. Brito. Rio de Janeiro, Imago, 1973.

Klein, M. *Obras Completas.* Trad. S. Zysman. 2.ª ed. Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1979, 6v.

Mahler, M. S. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation.* New York, Int. Univ. Press, 1968.

Meyer, L. *Família: Dinâmica e Terapia — Uma Abordagem Psicanalítica.* São Paulo, Brasiliense, 1983.

Pichon-Rivière, E. *Teoría del Vínculo.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.

Pincus, L. & Dare, C. *Psicodinâmica da Família.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

Racker, H. *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica.* Buenos Aires, Paidós, 1960.

Segal, H. *Introdução à Obra de Melanie Klein.* Trad. M. B. Lopes. São Paulo, Ed. Nacional, 1966.

Spitz, R. A. *El Primer Año de Vida del Niño — Genesis de las Primeras Relaciones Objetales.* Trad. P. Barcelo e L. F. Cancela. 3.ª ed. Madrid, 1968.

Winnicott, D. W. *O Ambiente e os Processos de Maturação — Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional.* Trad. I. C. S. Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

4

A relação psicólogo-cliente no psicodiagnóstico infantil

Tânia Maria José Aiello Tsu

4.1. Introdução

O processo de realização de um psicodiagnóstico infantil se dá através do encontro de pelo menos três partes — o psicólogo, a criança e seus pais — não sendo raros os casos em que ocorre a participação de outros elementos como a escola ou o médico. Evidentemente, a criança é sempre o foco do trabalho, na medida em que estamos tratando de diagnóstico infantil e não familiar. Com a criança, o psicólogo estabelece uma relação que, em seus diferentes momentos, pode ser mediada pelo uso de instrumentos psicológicos específicos. Entretanto, é imprescindível acrescentar que a relação criança-profissional se encontra inserida numa complexa rede de relações, à qual se adiciona a figura do psicólogo, criando outras tantas ligações (figs. 4.1 e 4.2). Fazer um psicodiagnóstico infantil é uma tarefa altamente complexa que demanda o delineamento de um modelo específico de trabalho que difere do psicodiagnóstico de adultos e dos processos psicoterapêutico e psicanalítico.

4.2. Definição de cliente

O contato com a prática mais freqüente de realização de um diagnóstico e a consulta à literatura disponível descortinam uma seqüência

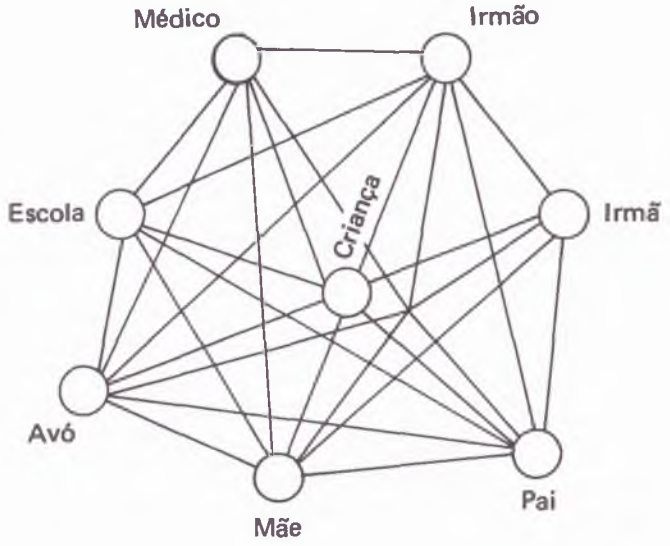


Figura 4.1.

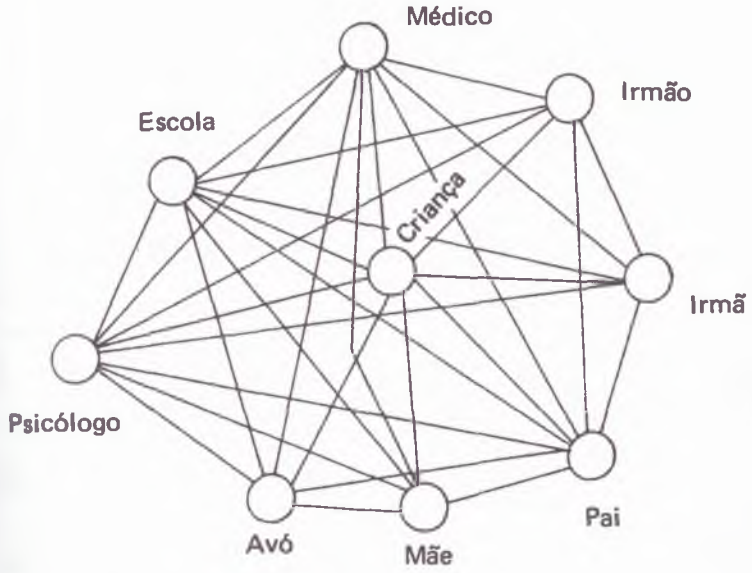


Figura 4.2.

de eventos sempre presente: entrevista ou entrevistas com os pais, que apresentam a queixa e fornecem os dados de anamnese, e entrevistas com a criança, usualmente utilizadas para aplicação de testes. À primeira vista, esse esquema parece adequado, tendo em conta que as crianças, principalmente numa sociedade complexa, não são indivíduos psicossocialmente autônomos. Entretanto, um exame dessa prática comum suscita algumas questões, sendo a primeira delas, porque a mais fundamental, a seguinte: quem é o cliente do psicólogo no processo de psicodiagnóstico infantil?

A rigor, essa questão deve ser colocada sempre que a pessoa que contrata o serviço psicológico não é a mesma que recebe o atendimento. Em clínica deparamo-nos com situações desse tipo em dois casos: em primeiro lugar quando lidamos com adultos que, em função de seu próprio estado psíquico, não se reconhecem como necessitados de ajuda, e, em segundo lugar, quando somos solicitados a atender crianças. No caso do psicodiagnóstico infantil, surge a seguinte pergunta: quem devemos considerar como cliente, a criança, em relação à qual é apresentada a queixa, seus pais, que contratam nossos serviços, ou o médico, por exemplo, que solicita um parecer psicológico?[1] A resposta depende do critério subjacente à definição do termo "cliente", sendo dois os pontos de vista mais comuns. Assim, para alguns o cliente é aquele que se apresenta ou é apresentado por outros como objeto de atendimento. Para outros profissionais o cliente é quem contrata o serviço, apresenta queixa relativa a outrem e tem particular interesse no trabalho contratado. Esses pontos de vista partem de considerações iniciais distintas, de modo que o primeiro parece provir da tradição médica, que entende como paciente aquele que recebe a atenção clínica, seja quem for a pessoa que venha a se encarregar do pagamento de honorários. O segundo ponto de vista se assenta sobre uma base de caráter nitidamente contratual.

Observamos, na experiência clínica, que o serviço psicológico é, via de regra, procurado pelos pais espontaneamente ou por indicação da escola. As coisas se encaminham habitualmente de forma tal que aquele que procura a ajuda profissional já vem com uma definição prévia de quem é o cliente, no sentido de portador do problema. Mesmo em situações que exibem claramente, para o profissional, o comprometimento de toda uma dinâmica familiar, observamos, freqüentemente, a apresentação de queixa focalizada sobre uma suposta "criança-problema". Por exemplo, o setor de psicologia de uma instituição, aqui em São Paulo, foi procurado por um casal a fim de que

[1] Os psicólogos que atendem pessoas através de convênios recebem, freqüentemente, pais munidos de formulários assinados pelo médico do convênio que solicita expressamente um relato do psicólogo acerca do "caso".

uma menina de oito anos fosse examinada psicologicamente. A criança vinha apresentando, há alguns meses, agressividade acentuada, enurese noturna, choro constante e incapacidade de permanecer só no próprio quarto, mesmo com adultos em outras dependências da casa. Os pais não tinham dúvida acerca do fato de que essa era uma "criança-problema". Entretanto, o psicólogo, através de seu trabalho, logo se deparou com uma realidade familiar bastante problemática, da qual a menina era um emergente. Veio a constatar que a pessoa que se apresentara como mãe da criança havia se casado recentemente com o pai, e que a mãe verdadeira abandonara o lar há poucos meses. Esses acontecimentos geravam um clima de muita ansiedade e insegurança em todos os membros da família. O profissional concluiu, então, que o que parecia ao casal como algo que brotava patologicamente do interior da criança revelava-se como indissoluvelmente ligado ao seu contexto de vida, gerando ansiedades atuais e reativando ansiedades mais antigas. Por seu turno, o estado emocional perturbado da menina levava-a a comportar-se de forma a promover um incremento de ansiedade nos outros membros da família. Essas constatações determinaram o encaminhamento que foi dado ao caso, na medida em que ficou claro que tanto o casal quanto a criança necessitavam de atendimento.

Através desse exemplo vemos que, se o leigo já vem com uma definição acerca de quem é o indivíduo-problema, o profissional não pode aceitar acriticamente essa colocação, sob pena de adotar uma posição ingênua.

É bem verdade, como têm estudado os sociólogos interessados em problemas de saúde mental, que muita coisa ocorre, na rede de relações sociais que contém a criança, antes da procura de ajuda profissional. Em primeiro lugar, algum fato, no dia-a-dia familiar, é selecionado. Por exemplo, a enurese noturna de uma menina de quatro anos passa a receber maior atenção por parte da família e a ser manifestamente considerada como objeto de preocupação. Em um segundo passo, o grupo familiar decide se o fato deve ou não ser interpretado como problemático, sendo freqüentes, nessa etapa, as consultas informais aos grupos primários (família nuclear, parentes, amigos, vizinhos etc.). Mostram os sociólogos (Miles, 82), em suas pesquisas, que existe sempre uma tentativa de acomodação, de normalização do fato observado. O êxito dessa tentativa depende do tipo de comportamento em questão, pois alguns sintomas são melhor ou pior tolerados por esse ou aquele grupo familiar ou cultural. A partir do momento em que, frustradas as tentativas de acomodação, a família passa a definir uma certa manifestação como problemática, urge decidir se se busca ajuda externa e, em caso afirmativo, a que tipo de ajuda se deverá recorrer. Evidentemente, o

tipo de ajuda escolhida dependerá das concepções socialmente existentes acerca do problema, desde que haja disponibilidade de recursos externos.

Constatamos, mais freqüentemente, três tipos de causas às quais são atribuídos os sintomas infantis: causas somáticas, psicológicas e caracterológicas. Assim, se a enurese for considerada como sintoma de doença física, um médico pode vir a ser procurado. Esse profissional, por sua vez, pode ou não encaminhar o caso a um serviço de psicologia. Por outro lado, se a enurese for vista como expressão de um problema emocional ou resultado de orientação educacional inadequada, um psicólogo poderá ser requisitado. De outra parte, se for tida como decorrência de falhas caracterológicas, que se vinculam através de julgamentos do tipo "ele é mimado", "é agressiva como a família do pai", "sempre foi preguiçosa" etc., nenhum tipo de ajuda será procurado e outras providências podem vir a ser tomadas, tais como castigos, admoestações de vários tipos, pancadas etc.

A partir desse rápido esboço do que ocorre na rede social antes da consulta, podemos ter uma idéia acerca da complexidade dos fenômenos ligados ao assumir que uma criança precisa de ajuda. As etapas descritas, desde a seleção do fato considerado problemático até a busca do atendimento, demonstram o quanto pode ser discutível e distorcida a visão do grupo familiar. Isso decorre do fato de a criança estar tão intimamente ligada à família a ponto de expressar sempre, através de seu sofrimento psicológico, dificuldades que não são só suas, mas de todo o grupo. Assim, defensivamente, a família tende, quase sempre, a considerar o sofrimento psicológico infantil como expressão da interioridade da criança. Felizmente, de outro lado, o psicólogo tem condições de se colocar em um ponto privilegiado de observação que lhe permite ver o fato problemático em sua inserção na dinâmica familiar com maior nitidez do que a conseguida pelos membros do grupo.

A definição da criança, pelos representantes da rede social, como objeto do atendimento, não dispensa o psicólogo da reflexão acerca de quem é o seu cliente. Observamos que freqüentemente o profissional adere, sem o devido questionamento, à tendência a definir a criança como cliente, segundo a tradição médica, o que se superpõe à aceitação dos pais apenas como clientes-contratantes. Definir, *a priori*, a criança como cliente a receber atenção psicológica leva o psicólogo a endossar, com seus procedimentos técnicos, a formulação social prévia que colocou a criança nessa posição. Tal postura conduz à realização de diagnóstico apenas parcial, na melhor das hipóteses, mascarando situações humanas mais complexamente problemáticas do que o grupo social pode reconhecer sem ajuda especia-

lizada. Complementarmente, a aceitação dos pais tão-somente como clientes contratantes pode levar o profissional a sujeitar-se às demandas explícitas ou implícitas que estes lhe fazem, direcionando o trabalho para aquilo que o contratante requer, o que prejudica a visão mais geral do problema examinado. Nesse caso, o atendimento pode se estruturar, inadequadamente, sob a forma de uma aliança entre os pais e o profissional, excluindo a criança. Tal fenômeno pode acontecer quando não está suficientemente esclarecida a definição do cliente ou quando o psicólogo, ainda não suficientemente analisado, envolve-se emocionalmente de forma imprópria com o grupo familiar em atendimento. Uma conseqüência gravíssima desse tipo de estruturação é o fato de desobrigar os grupos sociais que contêm a criança de questionar sua dinâmica interna. A decorrência imediata desse posicionamento é apenas "tratar a criança". A partir disso, muitos profissionais se sentem internamente impelidos a reagir contra esse estado de coisas, seja porque intuem que a estruturação do atendimento nessas bases não atende aos propósitos definidos, seja pela não elaboração de problemas pessoais, identificando-se inadequadamente com a criança. Ocorrem, nesses casos, alianças implícitas do profissional com a criança e contra os pais. Nessa linha, o grupo familiar é visto como patogênico e a criança como vítima. Como sabemos, a interpretação de problemas psicológicos na linha da vitimação tem sido bastante popular nas duas últimas décadas, incluindo concepções como as de "mãe-esquizofrenogênica" ou a leitura dos distúrbios mentais como resultantes diretamente do ato social de rotulação. Pode-se observar, no entanto, que essas concepções baseadas na vitimação têm-se revelado inoperantes em termos de prática clínica. Um erro básico que cometem é desprezar o fato de que a família está solicitando ajuda, de um modo ou de outro, o que descortina a possibilidade de se contar, até certo ponto, com sua colaboração.

A nosso ver, o único meio de solucionar satisfatoriamente a questão de quem é o cliente do psicodiagnóstico infantil é considerar que, dadas as condições e características das crianças, em nossa sociedade (pois elas são dependentes, psicossocialmente falando), *é atendermos situações humanas problemáticas que supostamente têm repercussões diretas sobre a vida de uma criança, originando sofrimento psicológico.* A ajuda psicológica é buscada em função da criança, mas o problema a ser focalizado pelo profissional transcende a individualidade infantil. O que se focaliza, então, é um todo complexo, uma dinâmica de relacionamento entre interioridades. O psicólogo se relaciona, então, com todo um grupo familiar, o que não significa desconhecer diferenças fundamentais nas características das relações que estabelece com a criança e seus pais, em um nível mais

próximo, e com outras pessoas ou grupos envolvidos, em outro nível. Em termos práticos, os procedimentos psicológicos serão distintos segundo o fato de os elementos da rede relacional (vide figuras 4.1 e 4.2) serem ou não psicologicamente entrevistados. Aquele que entrar em contacto direto com o profissional poderá vir a ser psicologicamente conhecido em sua dinâmica interna, ou seja, visto como pessoa que se relaciona com as demais a partir dos dados da realidade exterior e de sua própria realidade psíquica. Os outros, que se comunicarem com o profissional através de outras vias, como professores que mandam cartas, médicos ou outros psicólogos que enviam laudos etc., como informantes, não são passíveis de ser psicologicamente conhecidos de modo confiável.

4.3. A instrumentação da relação psicólogo-cliente

Na perspectiva do diagnóstico compreensivo, o que importa é uma apreensão globalizante do ser humano, entendido enquanto sujeito que possui uma mente, uma realidade psíquica, ao mesmo tempo em que se encontra inserido numa rede de inter-relações sociais. Para atingir essa apreensão, utiliza-se a totalidade das manifestações do entrevistado no decorrer do encontro, seja ele criança ou adulto. Assim, nenhum entrevistado deve ser visto como simples "informante" pois, a partir do seu encontro com o profissional, muito mais pode ser captado em termos de fenômenos relacionais internos, psiquicamente falando, e externos, psicossocialmente falando.

É fundamental destacar que a conduta total que se manifesta durante a entrevista é um fenômeno que se atualiza *entre* pessoas, ou seja, no âmbito de uma dada relação interpessoal. A conduta total sempre acontece entre pessoas, expressando o mundo interno de cada um em seu contínuo interjogo com o mundo externo das relações interpessoais. Reconhecendo esse fato, o profissional proporcionará, no encontro com o cliente, uma oportunidade para manifestação da conduta total, a partir da qual poderá obter conhecimento psicológico e formular propostas de solução. Desse ponto de vista, a utilização de técnicas psicológicas específicas deve ser entendida como artifício que visa a facilitar a captação do mundo interno e dos fenômenos relacionais, no sentido da economia de tempo.

As questões concernentes à relação entre o psicólogo e o cliente, vistos como sujeitos que possuem interioridade psíquica e que se movem numa rede de inter-relações, têm um caráter central em toda a práxis psicológica. Sem dúvida, as considerações que o tema acarreta extrapolam sensivelmente o modo como se apresenta em outras atividades que lidam diretamente com o ser humano, sejam "assis-

BIBLIOTECA - FACULDADE PITÁGORAS

tenciais" ou "educativas". É verdade que, atualmente, já se reconhece a importância fundamental da relação profissional-cliente nessas áreas, como podemos apreciar em trabalhos como o de Balint (1975), no campo médico, ou o de Kupfer (1982), que em nosso meio estudou a relação professor-aluno a partir da perspectiva de uma leitura psicanalítica. Entretanto, como veremos mais adiante, enquanto o aspecto relacional pode facilitar ou dificultar o trabalho de profissionais de outras áreas, no campo psicológico a relação é instrumentada, ou seja, é o meio através do qual se pode conhecer e diagnosticar, assim como intervir terapeuticamente. Atente-se, portanto, que nos encontramos em campo de trabalho inteiramente *sui generis*.

O que quer dizer, exatamente, usar instrumentalmente a relação? Podemos compreender essa noção, lembrando-nos de que, na execução de qualquer trabalho, seja manual ou intelectual, o ser humano usa sempre instrumentos ou ferramentas que possibilitam a realização da tarefa proposta. O mecânico usa ferramentas específicas, o cirurgião usa seus instrumentos, o engenheiro usa seus procedimentos de cálculo para projetar. O manejo adequado do instrumento é fruto da perícia do profissional. No caso do psicólogo clínico, a ferramenta principal é a observação apurada de tudo quanto acontece, ou emerge, no campo relacional. Exemplificando, podemos dizer que, se o dentista trabalha numa situação que tecnicamente se denomina "campo relaxado", realiza a tarefa contando com a maior colaboração do cliente. Isso lhe propicia condições satisfatórias para o exercício de sua perícia técnica. Entretanto, o mesmo trabalho pode, muitas vezes, ser feito com paciente em estado de anestesia geral. Similarmente, uma boa relação entre professor e aluno auxilia, indubitavelmente, a aprendizagem, e, quando inadequada, pode até bloqueá-la. Não se pode dizer, no entanto, que toda a aprendizagem depende essencialmente da relação.

Ao contrário, é o *uso instrumental* da relação psicólogo-cliente, seja este criança ou adulto, a ferramenta básica de trabalho com que contamos. É fundamental insistir nesse ponto: usamos a relação instrumentalmente tanto na entrevista com a criança como naquelas que fazemos com seus pais, responsáveis ou outros adultos envolvidos no psicodiagnóstico infantil. Não é aceitável, nessa perspectiva, a prática, bastante difundida em nosso meio, segundo a qual as entrevistas com os pais e com a criança são qualitativamente diferentes, na medida em que as primeiras se destinam à "obtenção de dados de anamnese" e as segundas ao "exame psicológico da criança". Evidentemente essa prática está superada, uma vez que está vinculada à aceitação de uma definição leiga que não concebe a criança como elemento da estrutura familiar que se apresenta como emergente de

problemática relacional. Coerentemente com a nossa posição, todas as entrevistas, sejam com pais ou com a criança, sua professora ou outros, realizam-se a partir do manejo instrumental da relação que se atualiza no decorrer do encontro.

A instrumentação da relação é o fundamento de toda a práxis psicológica, seja diagnóstica ou terapêutica. Nesse sentido específico, não existe diferença entre o trabalho que se faz no psicodiagnóstico infantil ou adulto, nem entre o psicodiagnóstico e a psicoterapia. Todas essas práticas se alicerçam sobre o mesmo fundamento. As diferenças características só surgirão posteriormente. Assim, a feitura do diagnóstico infantil é diferente da do diagnóstico de adultos em função do fato de lidarmos com dois tipos diferentes de constelação mental. De outro lado, o psicodiagnóstico e a psicoterapia diferem pelos seus objetivos e tempo disponível.

Sendo o fenômeno relacional uma temática nuclear em psicologia, é compreensível que sua abordagem descortine uma série de questões fundamentais. Entre essas, parece-nos oportuno destacar algumas, tais como: de que forma se instrumentaliza a relação? Essa prática proporciona conhecimento confiável? Essa prática é eticamente justificável? Quais são as conseqüências éticas do manejo da relação psicólogo-cliente?

4.4. A instrumentação da relação do ponto de vista epistemológico

Vamos iniciar nossa discussão pela segunda pergunta que acabamos de enunciar, porque nos remete a uma problemática de caráter epistemológico: até que ponto podemos confiar no conhecimento que obtemos acerca de uma situação psicologicamente problemática quando sua investigação se produz no interior de uma relação humana?

Em seus primórdios, a Psicologia, enquanto disciplina que se propunha alcançar uma posição indiscutivelmente científica, enveredou por um caminho denominado experimental, tentando superar tudo o que pudesse comprometer o alcance de uma objetividade inabalável. Assim, esses cientistas estavam constantemente preocupados com "variáveis" que, influindo nas condições de observação ou experimentação, impedissem a apreensão do fenômeno em sua objetividade ou naturalidade. Entretanto, muito cedo se percebeu que a presença de um observador e a própria realização da investigação condicionavam os resultados obtidos.

Atualmente, podemos perceber que o problema da objetividade, que os experimentalistas procuravam resolver, deriva de uma posição epistemológica, discutida por inúmeros autores, que Lewin denominou aristotélica (*apud* Bleger, 1973), segundo a qual as manifestações de comportamento são qualidades que emergem a partir de um interior que aflora para o exterior do organismo. Entretanto, o próprio desenvolvimento das ciências físicas e biológicas, assim como a reflexão filosófica que esse desenvolvimento suscitou, conduziram ao abandono desta posição por outra, que Lewin denominou galileana. A partir dela, pode-se considerar que as qualidades do ser humano derivam, invariavelmente, de sua relação com o conjunto das relações totais e reais entre os fenômenos, ou seja, que acontecem em situações. Vistas as coisas segundo essa perspectiva, pode-se abandonar a tentativa de apreensão da verdade tal como se daria na ausência do observador. Percebe-se que não tem sentido perseguir o intuito de obter conhecimento em condições de máxima abstração das condições reais de existência do fenômeno estudado. Desnecessário enfatizar, portanto, que as colocações de Lewin tiveram o efeito indireto de possibilitar confiabilidade no conhecimento que se obtém na prática clínica. O psicodiagnóstico pode ser visto, nessa linha, como procedimento válido de investigação psicológica, desde que certos cuidados, que são o equivalente do controle estatístico ou experimental, sejam observados. Os testes, quando utilizados, devem, sob esse ponto de vista, ser apreciados à luz da relação estabelecida, não representando, nesse contexto de pensamento, momentos de maior objetividade. Devem, sim, ser vistos como meios válidos de facilitar a emergência de conteúdos derivados do mundo interno.

A título de esclarecimento e ilustração, vale a pena reproduzir um exemplo de Bleger (1973) a respeito da questão. Certa vez, em uma escola, fez-se necessário um estudo acerca das atividades das crianças durante o recreio. A consecução dessa tarefa foi antecedida por algumas discussões, entre os profissionais envolvidos, as quais centravam-se no temor de que a presença de um observador alteraria o comportamento "natural" de brincar. Ora, discute o autor, se é verdade que a presença do profissional condiciona as observações, o que ninguém pensa em negar, nada justifica chamarmos as condições em que não ocorre tal presença de "condições naturais", invalidando dados que a observação possa prover. A rigor, as condições em que as crianças se encontram sozinhas devem ser denominadas habituais e não naturais, pois não dependem da "natureza" dos fatos, mas de condições que, embora sejam freqüentes, são essencialmente relativas. Similarmente, em Psicologia Clínica, não estaremos interessados, por exemplo, em captar a "agressividade em si mesma" de uma criança, entendida como uma qualidade interior

que aflora em alguns momentos, e sim em investigar esse fenômeno nas condições relacionais em que ocorre. Conclui-se, então, que a realização dessa investigação em contexto relacional, que é o da entrevista psicológica, é não apenas aceitável como também coerente com o próprio caráter do objeto estudado.

A conclusão de que os conhecimentos obtidos em contexto relacional são epistemologicamente confiáveis, nos leva, a partir desse ponto, a reflexões acerca de quais serão os cuidados necessários, em termos das situações particulares, para garantia de rigor científico. Esses cuidados, passando pelo conceito de enquadramento, que discutiremos mais adiante, transportam-nos desde o nível epistemológico até o nível técnico de análise da relação profissional-cliente, a qual se expressa, basicamente, através da questão: como se instrumenta a relação?

4.5. A relação psicólogo-cliente do ponto de vista técnico

Considerações mais gerais acerca do ponto de vista técnico devem anteceder os pontos mais específicos, que serão focalizados em capítulos posteriores, que versam sobre a entrevista e o uso de instrumentos psicológicos. Devem começar, a nosso ver, por uma clara colocação da questão em termos da história da Psicologia Clínica, que nos fornecerá os elementos necessários para o entendimento dos fundamentos técnicos do manejo instrumental da relação.

O uso da situação relacional com finalidade de captação de fenômenos psicológicos remonta, historicamente, à descoberta freudiana da transferência. Grosso modo, esta era concebida como a repetição, com figuras do presente, do passado emocional vivido com figuras primárias. A transferência não é um fenômeno que ocorre apenas no contexto terapêutico, sendo encontrável e identificável em variadas situações humanas. Inicialmente, Freud interpretou a sua ocorrência, durante as sessões de Psicanálise, como sinal de resistência do paciente ao trabalho analítico, na medida em que este parecia "preferir" repetir do que relembrar (Freud, 1948). Posteriormente, entretanto, percebeu que a própria transferência poderia ser utilizada como instrumento de investigação e terapêutica. As coisas caminharam até o ponto da cura psicanalítica chegar a ser concebida de acordo com um modelo segundo o qual a neurose clínica deve se transformar em neurose transferencial.

Em termos psicanalíticos, o tema da transferência tem sido objeto de muito debate e controvérsia. Encontramos desde posições

como a da escola inglesa, que consideram a interpretação transferencial como o único meio através do qual se pode realizar uma verdadeira psicanálise, até pontos de vista como os de Lacan (1971), que concebe a ocorrência do fenômeno transferencial como fruto de erro cometido pelo analista. Não entraremos em profundidade no mérito dessas questões. Basta-nos, no momento, assinalar a importância da descoberta da transferência pelo que significa de reconhecimento de que o trabalho analítico se dá em um contexto relacional que é instrumentado pelo profissional. Foi justamente esse reconhecimento, que atualmente se estende tanto aos encontros de caráter diagnóstico como terapêutico, que permitiu o surgimento de uma concepção psicodiagnóstica que se fundamenta no manejo da relação, sem mais considerar o cliente como objeto a ser submetido a exame.

Numa acepção bastante ampla, mas não imprecisa, podemos considerar a transferência como a possibilidade de o cliente trazer, para o contexto da sessão, em modo relacional, vivências e emoções relativas aos objetos significativos de sua vida. Isto pode ser facilitado pela observação de certas condições que foram satisfatoriamente descritas por Bleger (1972) quando afirmou que a entrevista psicológica se dá através do estabelecimento de um campo relacional em que as configurações dependem, em maior grau, das variáveis decorrentes da personalidade do entrevistado. Vale dizer, o campo se estrutura em função, principalmente, da realidade interna do cliente.

Detalhando melhor essa colocação, lembremo-nos de que quando duas pessoas interagem, normalmente, estabelece-se, entre elas, um campo que depende das duas personalidades. Por exemplo, podemos pensar numa criança de seis anos que, ao ser solicitada por sua mãe no sentido de guardar seus brinquedos, responde, costumeiramente, algo do tipo: "... só guardo tudo se você me der um doce". Uma determinada mãe pode responder a essa conduta dizendo que quem manda em casa é ela e até aplicando uns tapas na criança. Outra mãe pode explicar a situação à criança no intuito de obter um comportamento razoável, enquanto uma terceira mãe promete o doce. Teremos aí a configuração de três diferentes campos relacionais que dependerão da interação das condutas da mãe e da criança, as quais, obviamente, são também expressão da personalidade de cada pólo diante da situação apresentada. Num encontro entre o psicólogo e a criança, o primeiro evita responder ao nível de uma interação simples e imediata, para utilizar tanto a conduta infantil, como as respostas emocionais que a mesma provoca nele, no sentido de compreender, da forma mais precisa pos-

sível, o que se passa no mundo interno da criança. Essa postura do psicólogo corresponde ao que a escola argentina denomina "dissociação instrumental". Consiste essa dissociação numa espécie de divisão interna realizada pelo psicólogo. Assim, como que uma parte dele permanece mergulhada na relação, a ponto de receber vivamente o impacto emocional produzido pela conduta do cliente; uma outra parte de seu psiquismo mantém um certo distanciamento da situação, que resulta na possibilidade de compreensão mais profunda do que está ocorrendo na relação e na suspensão de interações do mesmo nível dos comportamentos do cliente. Por exemplo, se uma criança diz ao profissional, na sessão de ludodiagnóstico, que só guardará as coisas se ganhar um doce, o profissional deverá colocar-se suficientemente no interior da relação para perceber seus próprios sentimentos a respeito (raiva, pena, desejo de ajudar etc.), não para responder tal como o faria a mãe ou um educador, mas para compreender a realidade interna daquela criança.

É justamente na medida em que o psicólogo se apresenta numa penumbra, criada pela ambigüidade decorrente da suspensão de reações de mesmo nível, que se pode criar uma situação na qual o modo de agir do entrevistado dependerá cada vez mais de seu mundo interno, de sua história emocional. Trata-se do mesmo processo que se provoca, por exemplo, ao apresentar a uma pessoa uma prancha do teste de Rorschach. Essas pranchas, que apresentam desenhos apenas relativamente estruturados, muito diferentes de representações figurativas de objetos reais, convidam a um voltar-se para o mundo interno. Realmente, são borrões de tinta, mas a apreensão de uma forma associada a um movimento subjetivo, proveniente da realidade interna, permite a visão de borboletas, morcegos etc. Usando a expressão de Winnicott (1975), a estruturação desse campo propício à manifestação do mundo interno equivale a dizer que trabalhamos em uma área transicional, a qual permite a atualização da realidade psíquica em uma zona intermediária de experiência. Aqui todos os termos são importantes. O sentido da palavra "atualizar" é o de passagem ao ato, de realização, o mundo interno se manifestando em conduta. O ato, nesse sentido, é algo que pode ser entendido e partilhado, sendo, portanto, qualitativamente diferente de uma vivência psicótica ou do sonhar. A expressão "zona intermediária" se refere a um "lugar" da existência humana, metaforicamente falando, que não é nem o mundo real dos objetos externos nem o mundo interno propriamente dito, sendo este último totalmente privado e não compartilhável. Atividades transicionais são, por exemplo, a arte e a reli-

gião. Usando uma analogia, pode-se dizer que na sessão, diagnóstica ou terapêutica, cria-se um espaço propício à manifestação do mundo interno. Dessa forma, ele pode ser apreendido por outro ser humano, similarmente ao que acontece no espaço teatral, que se presta a realização da fantasia criativa do dramaturgo à qual a platéia tem acesso.

Trabalhar em campo transicional significa mobilizar o psiquismo do entrevistado em mais de um nível. De um lado, os níveis mais evoluídos e discriminados da personalidade exigem uma relação de confiança no profissional, que permita a participação nesse tipo de experiência. Tal colocação é válida tanto para adultos como para crianças. De outro lado, níveis mais regredidos precisam ser atingidos, já que são esses que, pelo seu caráter inconsciente, lançam o indivíduo em situações relacionais problemáticas que levam à busca de auxílio profissional. O lidar com esses dois níveis da personalidade depende, diretamente, do estabelecimento do enquadramento.

Conforme Bleger (1973), o enquadramento equivale à estandardização do que em Psicologia Experimental se denomina situação de estímulo. Não se pretende com isso, como muitos erroneamente supõem, que a situação relacional deixe de atuar como estímulo, mas sim que certos elementos da mesma deixem de variar para o psicólogo. Essa não-variabilidade é conseguida através da transformação de um certo número de variáveis em constantes. Assim, o que se mantêm constantes são: os objetivos do trabalho, o papel profissional, a atitude técnica e as coordenadas de espaço e tempo. Sendo fixo o enquadramento, todo e qualquer movimento relacional pode ser observado, o que não seria possível em um universo que fosse, ele mesmo, inteiramente móvel.

Na prática, o manejo do enquadramento depende do respeito a certas cláusulas contratuais (horário, local, papel e tarefa) e da atitude técnica que corresponde à dissociação instrumental já descrita.

Erroneamente, a atitude técnica, conseguida através do manejo da dissociação instrumental, tem sido entendida como algo que fica próximo da "neutralidade" ou da "omissão", termos comumente associados a frieza afetiva, distanciamento, não-comprometimento etc. Essas posturas destoam marcadamente do nosso universo cultural e por isso são sentidas por alguns clientes e pela população em geral como muito artificiais. Na verdade, a atitude técnica mais adequada prevê que o psicólogo não responderá, como normalmente acontece, a partir da configuração emocional e cognitiva que o comportamento do outro elicia nele, mas deixará de atuar sua resposta por dois mo-

tivos principais: em primeiro lugar para permitir ao outro a maior expressão possível de sua subjetividade, que não tenderá a se acomodar ao padrão de conduta do interlocutor; e em segundo lugar para permitir a si mesmo um pensar mais profundo acerca de sua própria resposta interna, a qual, no profissional devidamente analisado, é, com grande probabilidade, eco do que se passa na mente do entrevistado. Em termos técnicos estamos falando de manejo técnico de fenômenos transferenciais.

Quando não se trabalha adequadamente com a transferência, acabam ocorrendo distorções relacionais que podem comprometer a realização da tarefa na medida em que impeçam ao psicólogo uma visão mais nítida da situação. Podemos citar um exemplo. Uma aluna iniciou um psicodiagnóstico infantil realizando entrevistas com a mãe da criança. Apesar de a aluna ser bastante jovem, essa mãe, embora pertencente à chamada "classe média", tratava-a como se fosse alguém muito importante, de mais idade, sugerindo que deveria possuir uma grande experiência profissional. Eram comuns frases do tipo: "... a senhora já deve ter visto muitos casos desse tipo...", "... a senhora deve ter poucos horários livres, né doutora..." etc. Tais colocações, que veiculavam, no contexto, a insegurança que sentia por estar sendo atendida por uma estagiária aparentemente muito inexperiente, provocaram reações emocionais na aluna, que tinham muito a ver com o temor de não ser capaz de realizar a tarefa, embora se encontrasse, de fato, razoavelmente preparada para fazê-lo. Entretanto, por não conseguir, em um primeiro momento, lidar adequadamente com esse material clínico, a aluna passou a se vestir diferentemente para atender à cliente, trocando seu estilo esportivo por trajes mais austeros. Mudou o corte do cabelo para algo que a "envelhecesse" e passou a usar maquiagem. Em suma, não captando a transferência, que expressava algo do mundo interno da mãe naquela situação, e não se aprofundando, em terapia pessoal, nos seus próprios sentimentos, a estagiária como que "entrou no jogo" da entrevistada para, numa certa "cumplicidade" com a mesma, evitar ansiedades despertadas pela situação.

4.6. A relação psicólogo-cliente do ponto de vista ético

As considerações pertinentes à esfera técnica nos conduzem, em termos da práxis psicológica, diretamente a questionamentos de caráter ético, como veremos a seguir.

A Psicologia, assim como outras profissões, é norteada pela observação de uma série de princípios que se encontram organizados sob a forma de um Código de Ética Profissional que vigora em todo o território brasileiro. Consta desse Código um capítulo específico referente às responsabilidades para com o cliente, o qual é aí definido como a pessoa, entidade ou organização a que se presta serviço. São arrolados oito itens referentes a deveres, e cinco a interdições. O não-cumprimento dessas disposições, passível de penalidades, culmina na suspensão definitiva da autorização para exercício profissional.

Esse Código, pela sua própria natureza, versa sobre questões derivadas do fato de o psicólogo, em sua rotina, entrar em contato extremamente íntimo com outro seres humanos. Encontramos, assim, itens como o seguinte: "atender seus clientes, sem qualquer discriminação ou prioridade decorrente de raça, prestígio, autoridade, credo ou situação econômica". A bem da verdade, tal colocação deve ser respeitada não apenas pelo psicólogo, mas por todo aquele que tratar com problemas humanos, seja de que ponto de vista for.

O que verificamos, portanto, é que o Código, se bem que coloque princípios e responsabilidades fundamentais, não entra detalhadamente no mérito da questão da instrumentação da relação psicólogo-cliente. Entretanto, para que o uso técnico da relação seja feito tendo em vista o interesse do cliente, focalizaremos, a seguir, um importante ponto que não consta do Código.

Como vimos, algumas condições técnicas devem ser cumpridas para que a instrumentação da relação possa ocorrer. Essas condições técnicas correspondem ao que descrevemos como enquadramento. Esse, por sua vez, demanda uma atitude especial denominada dissociação instrumental. Surge, então, a seguinte questão: quais são os requisitos que o profissional deve preencher para estabelecer o enquadramento e realizar a dissociação instrumental? A resposta é a seguinte: de um lado existe a necessidade de conhecimentos psicológicos, os quais são obtidos academicamente e considerados suficientes para a concessão do título profissional e da autorização para exercício da profissão; de outro lado é fundamental o conhecimento de si próprio que garante a possibilidade de estabelecer o campo adequado de trabalho. É básico, para boa consecução da tarefa, certo grau de autoconhecimento que permita, pelo menos, o discernimento entre aquilo que vem do cliente e aquilo que emana das próprias dificuldades emocionais. Não sendo, entretanto, fornecida ou exigida no âmbito da instrução acadêmica, a psicoterapia pessoal torna-se imperativo ético que deve ser resolvido individualmente pelo profissional. Até mesmo o aluno que pratica atendimento deveria sentir-se eticamente impelido a realizar sua psicoterapia.

O que nos qualifica tecnicamente a manejar a relação psicólogo-cliente, na concepção do trabalho clínico, é o preparo e o aperfeiçoamento pessoal que só pode ser obtido em psicoterapia de tipo reconstrutivo que lide diretamente com o mundo interno do próprio psicólogo. Esse tipo de trabalho pessoal, quando seriamente realizado, é muito mais árduo do que o de obtenção de conhecimentos teóricos ou técnicos, porque envolve a pessoa como um todo cognitivo e emocional. A decisão de submeter-se à psicoterapia é inteiramente pessoal, mas, de outro lado, é condição indispensável para um domínio técnico adequado. Por isso, é um imperativo de consciência do profissional.

Conclui-se que muita coisa é requerida daquele que pretende ser psicólogo clínico para que possa realizar psicodiagnóstico, psicoterapia e outras tarefas próprias dessa área. Seu difícil preparo se alicerça, como vimos, em três pontos principais: nos conhecimentos teóricos e técnicos acerca da Psicologia, na psicoterapia pessoal, e nos estágios que se realizam sob a orientação direta e pessoal fornecida pelo supervisor.

4.7. Bibliografia

Balint, M. *O Médico, seu Paciente e a Doença.* Trad. R. O. Musachio. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.

Bleger, J. *Temas de Psicologia.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1972.

Bleger, J. *Psicologia de la Conduta.* Buenos Aires, Paidós, 1973.

Freud, S. *Recuerdo, Repetición y Elaboración.* Trad. Ballesteros y de Torres. Obras Completas, Biblioteca Nueva Madrid, 1948.

Kupfer, M. C. *Relação professor-aluno: uma leitura psicanalítica.* Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo, 1982.

Lacan, J. Intervención sobre la transferencia. In: *Lectura Estruturalista de Freud.* Trad. T. Segovia. Mexico, Siglo Veinteuno, 1971.

Miles, A. *O Doente Mental na Sociedade Contemporânea.* Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

Winnicott, D. W. *O Brincar e a Realidade.* Trad. J. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

5

Procedimentos clínicos utilizados no Psicodiagnóstico

Gilberto Safra

5.1. Introdução

Nos últimos anos temos observado em nosso meio uma transformação da metodologia aplicada ao psicodiagnóstico, ocasionada por uma revisão do posicionamento epistemológico do profissional na área da Psicologia Clínica.

O psicólogo clínico, que anteriormente empregava em seu trabalho métodos e abordagens próprios de outras áreas (modelos médicos, estatísticos etc.), passou, a partir das últimas décadas, a se posicionar diante da tarefa diagnóstica com modelos próprios de seu campo de atividades. Assim, à medida que a relação com seu cliente passou a ser revalorizada como instrumento de conhecimento e ajuda, surgiram técnicas derivadas de uma abordagem denominada "compreensiva" no diagnóstico psicológico (vide cap. 2 deste livro).

Dentro desta nova perspectiva, qual é o papel dos testes psicológicos? Pensamos que o elemento primordial do processo diagnóstico é a captação pelo profissional dos fatores perturbadores e das angústias básicas do cliente, assim como dos mecanismos mais importantes que este utiliza para lidar com suas angústias. Os testes psicológicos inserem-se aqui como fonte de obtenção de informações e também como instrumentos parciais do processo, a serem utilizados naqueles casos em que o psicólogo necessite de informações

adicionais que o auxiliem a construir uma visão mais integrada do cliente. Na prática clínica a escolha dos testes é norteada pela experiência do profissional, combinada com os instrumentos no momento disponíveis. Assim, não há uma bateria-padrão, sendo que cada estudo de caso necessita ser considerado dentro de suas peculiaridades.

Não nos parece adequado iniciar-se um trabalho aplicando testes psicológicos específicos que proporcionam apenas informações muito parciais e fragmentárias. É, contudo, de máxima importância a escolha de procedimentos que ofereçam a oportunidade de o cliente expressar suas angústias e dificuldades mais prementes. Caso essa necessidade do cliente não seja respeitada, o próprio processo psicodiagnóstico ver-se-á conturbado, pois corre o risco da diluição de toda a riqueza da comunicação que seria utilizada pelo indivíduo caso sentisse estar sendo compreendido e ajudado de fato.

Por essa razão vamos apresentar neste capítulo alguns instrumentos clínicos que possibilitam ao psicólogo um contato mais penetrante com a vida psíquica de seu cliente.

5.2. O jogo de rabiscos

Este procedimento clínico foi apresentado por Winnicott em 1971 em "Therapeutic Consultations in Child Psychiatry", como uma forma de interação com a criança, tendo como objetivo básico estruturar uma consulta com efeitos terapêuticos. A técnica está fundamentada na concepção de espaço transicional também formulada por Winnicott (1975).

Quando do nascimento do bebê, a mãe, se for suficientemente boa, realiza uma adaptação quase completa às necessidades do bebê; este tem a ilusão de que o seio de sua mãe faz parte dele. Tudo se passa como se ele fosse de fato onipotente: quando necessita de sua mãe, ela aparece. O bebê recria sua mãe diversas vezes, a cada momento que necessita dela. "A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no exato momento" (Winnicott, 1975). Através da adaptação intensa da mãe é favorecida a interpretação subjetiva da realidade feita pelo bebê que tem, através desse vínculo, uma experiência de ilusão. Winnicott (1975) diz que esta adaptação da mãe dá ao bebê "a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar". Esta sobreposição entre a realidade externa e a capacidade criativa do indivíduo é chamada de espaço transicional. É o meio caminho que fica entre a realidade externa e a realidade interna. Uma vez

que tal processo tenha se realizado de forma satisfatória, fornecendo ao bebê a experiência de criar uma ilusão, ele estará apto para ser desiludido, ou seja, abdicar de sua onipotência e aceitar a realidade externa sem sentir-se invadido ou submetido a ela. Terá a capacidade de viver de forma criativa e satisfatória, preservando sua espontaneidade.

O Jogo de Rabiscos é uma técnica clínica que, de outra forma, tenta reproduzir as condições para o aparecimento do espaço transicional entre psicólogo-cliente, gerando uma situação como que onírica, onde a comunicação de aspectos profundos do psiquismo fica facilitada. Por esta razão, a disponibilidade que o psicólogo necessita manter junto ao cliente é fundamental para a eficácia do processo. Para isso, o profissional identifica-se com seu cliente, sem perder sua identidade pessoal, e aguarda que ele realize a comunicação, sem querer "tirar" a informação do cliente. O objetivo é dar a este a oportunidade de expressar conflitos a alguém que esteja interessado em compreendê-lo. Depreende-se que o psicólogo deve estar em sintonia com a criança: a compreensão que terá dela será conseqüência desta sua presença viva e participante.

O contato necessita, pois, ser simples, sincero e natural; somente assim a criança criará um vínculo de confiança para com o psicólogo, a fim de poder expressar suas angústias. Podemos perceber que se trata de um método em que a personalidade do psicólogo tem bastante influência sobre a eficiência da abordagem, e isto constitui sua maior limitação, já que não basta conhecer a técnica. Os resultados vão depender, em grande parte, da capacidade do profissional ser continente favorável às angústias do cliente.

Para a realização do Jogo de Rabiscos usamos folhas de papel em branco, de preferência de tamanhos diferentes, dois lápis (um para o cliente, outro para o psicólogo). Coloca-se o material sobre uma mesa e formula-se a seguinte instrução: "Faço um rabisco sobre o papel e você o transforma em alguma coisa; depois é a sua vez: você faz um rabisco e será a minha vez de transformá-lo em alguma coisa". Faz-se um rabisco qualquer sobre o papel, oferecendo-se este à criança a fim de que ela o transforme em um desenho; em seguida, ela faz um rabisco que o psicólogo usará para fazer um desenho, e assim sucessivamente.

À medida que os desenhos são realizados, colocam-se as produções espalhadas sobre a mesa ou sobre o chão, onde a criança possa ter uma visão panorâmica dos mesmos. Deste modo pode retornar a um ou a outro, se assim desejar.

O tempo de duração da entrevista é variável, segundo o ritmo próprio da criança. Ela termina quando a comunicação foi desenvolvida até o nível em que a criança expressa suas angústias bá-

sicas. Geralmente, o tempo de duração deste tipo de contato varia de cinqüenta minutos a uma hora e meia.

Uma das dificuldades encontradas neste método, principalmente para aqueles que se iniciam no seu uso, é poder discriminar em que momento as angústias básicas do cliente são comunicadas. Quando ocorre esta comunicação, a criança normalmente utiliza meios através dos quais dá importância particular a determinados desenhos (por comentários verbais, alterações da forma dos desenhos, mudanças no ritmo da sessão, uso de folhas de papel maiores etc.). Com freqüência, nestes momentos, indaga-se sobre a vida onírica da criança, com perguntas do tipo: "Você já sonhou com isto?". Ela pode, então, relatar sonhos relacionados com o material de seus desenhos que expressem seus conflitos profundos. Assim, por exemplo, um menino de 8 anos de idade, em dado momento, transforma o rabisco do psicólogo na figura de Frankenstein e anda pela sala imitando o monstro (enfatizando desta forma a importância da comunicação). O psicólogo diz-lhe: "Esse Frankenstein parece bravo, hein!! Você já sonhou com ele?". A criança responde: "Ah! Já! Sonhei uma vez que ele corria atrás de mim, e me escondi atrás de uma pedra, eu tinha um revólver de raio laser, atirei nele, ele caiu e eu me salvei...".

Winnicott esclarece que, ao lado do valor diagnóstico do método, há um valor terapêutico. O enquadramento oferecido à criança propicia a ela se sentir perante experiências profundas, muitas vezes temidas. Acompanhada pelo psicólogo, pode aproximar-se dessas vivências. Este contato pode permitir que a criança integre aspectos de sua vida emocional, tendo, assim, a possibilidade de se ver livre de bloqueios que paralisavam em certa medida seu desenvolvimento.

A técnica não é rígida; ao contrário, a criança pode estruturar a situação como melhor lhe convém. Algumas vezes, por processos de inibição, ela não consegue realizar o primeiro desenho com o rabisco do entrevistador; este, então, pode fazer o desenho, ou, ainda, em outros momentos, a própria criança faz o rabisco e o completa, ou faz um desenho quase pronto, esperando que o entrevistador o complete. Em todas estas situações, cabe ao psicólogo adaptar-se às necessidades expressas pela criança. Como vemos, neste tipo de trabalho, o contato psicólogo-criança reproduz algumas características do contato mãe-bebê: o entrevistador oferece-se como continente a fim de que a criança o use para se propiciar descobertas a respeito de si mesma. A criança tem a oportunidade de "entrar em contato com o núcleo de seu próprio ser e para achar, assim, uma renovação, um renascimento" (Marion Milner, 1978).

Umas das grandes dificuldades desta técnica consiste em que, sendo não-estruturada, facilita a emergência de núcleos emocionais

mal-elaborados do examinador. Não é utilizável com crianças pequenas (com idade inferior a 5 anos), nem com crianças autistas ou com problemas orgânicos (como imobilidade dos membros superiores). Alguns autores narram terem-na empregado juntamente com testes psicológicos no processo diagnóstico e também em psicoterapia (quando houve bloqueio na comunicação) (Vainer, 1975). De nosso ponto de vista, é um procedimento que, quando usado de forma adequada, proporciona à criança uma experiência rica e singular.

5.3. O procedimento de desenhos e estórias

Para que um cliente possa expressar uma comunicação verbal direta de suas dificuldades, é necessário que haja capacidade de representar simbolicamente essas dificuldades. Em crianças e adolescentes, os recursos são ainda insuficientes para representação simbólica verbal. Por esta razão, técnicas indiretas de comunicação têm sido desenvolvidas no psicodiagnóstico.

O desenho livre vem sendo utilizado por psicólogos e educadores como um processo de obtenção de informações sobre vários aspectos da criança (inteligência, psicomotricidade, vida afetiva etc.).

Em nosso meio, Trinca (1976) pesquisou e sistematizou um método de aplicação de desenhos associados a estórias, que tem se mostrado útil à prática clínica. Ele classificou este método como intermediário entre as entrevistas não estruturadas e os instrumentos projetivos gráficos e temáticos. Sua fundamentação é lastreada em princípios de associações livres, aliados a princípios de organização do material, a partir de dados incompletos ou pouco estruturados, em que o indivíduo tenha a liberdade de composição.

Para uso deste procedimento, utilizam-se folhas de papel em branco tipo ofício, lápis de cor e lápis preto n.º 2. Uma vez que um bom *rapport* tenha se estabelecido e examinador e cliente estejam sentados frente a frente, espalham-se os lápis sobre a mesa, colocando-se a folha de papel em branco em posição horizontal à frente do examinando. Pede-se-lhe que faça um desenho livre: "Você tem essa folha em branco e pode fazer o desenho que quiser, como quiser". Feito o desenho, solicita-se que ele conte uma estória: "Você, agora, olhando o desenho, pode inventar uma estória, dizendo o que acontece". Concluída a estória, realiza-se um inquérito por meio de perguntas feitas pelo psicólogo, onde se procura esclarecer aspectos ainda não muito claros do desenho e/ou da estória. Tentam-se enfocar idéias interrompidas, situações obscuras entre os personagens do

desenho e da estória, e mesmo esclarecer aspectos de cada personagem (o que irá acontecer com ele, por que ocorreu a situação descrita etc.). Para finalizar, pede-se ao cliente que dê um título relativo a esta unidade de produção.

Em seguida, o mesmo procedimento aqui descrito é repetido até a obtenção, para cada sujeito, de cinco unidades (cada qual composta por desenhos, estórias, inquérito e título). Caso não haja possibilidade de se conseguir as cinco unidades de produção em uma única sessão, marca-se outra sessão (apenas mais uma) para completar o número necessário.

Na análise do Procedimento de Desenhos e Estórias é útil levar-se em conta seus diversos componentes como aspectos de um único processo. Isto é, ao estudarmos as cinco unidades de produção, geralmente conseguimos observar que o cliente expressa fantasias e angústias básicas daquele momento de sua vida. Cada componente oferece-nos um ângulo de visão a respeito daquelas angústias e fantasias. Assim, sugerimos que, como primeiro passo para a análise, sejam observados os movimentos gráficos e verbais para se delinearem essas angústias e fantasias. Em seguida, estuda-se cada produção em particular, levantando-se as defesas utilizadas naquela unidade de produção, e como o uso dessas defesas influencia na solução dos conflitos etc. Deve-se realizar este trabalho para cada uma das unidades. Assim é possível que consigamos uma visão dinâmica dos recursos de que o indivíduo lança mão para lidar com suas situações de conflitos básicos, obtendo, desta forma, informações sobre sua capacidade adaptativa, segundo o tipo de defesa utilizado.

Temos observado que este método nos dá de forma clara uma síntese dos aspectos fundamentais do funcionamento mental do cliente, ou seja, fantasias e ansiedades básicas, pontos de regressão e fixação, recursos defensivos, capacidade elaborativa do *ego*, tipos de relações objetais etc. Permite uma visão sintética e dinâmica.

O Procedimento de Desenhos e Estórias é de fácil aplicação e permite ser utilizado naquelas condições onde não haja muitos recursos técnicos à disposição do psicólogo, como, por exemplo, em instituições (onde o fluxo de clientes é grande e necessitamos conhecer o essencial do funcionamento das mesmas).

Trinca (1976) propõe um esquema referencial de análise que pode ser utilizado por aqueles que entram em contato inicial com o instrumento e que encontram maiores dificuldades de interpretá-lo. Ao analisar-se os resultados é necessário ter em mente a integração dos diversos dados em um todo coerente.

Quando da apresentação do procedimento (Trinca, 1976), foi observado que deveria ser empregado para sujeitos na faixa etária

de 5 a 15 anos. No entanto, temos acompanhado seu uso em algumas instituições (hospitais, postos de saúde etc.) onde tem sido aplicado inclusive em sujeitos adultos, com ótimos resultados diagnósticos. O instrumento mantém o seu valor de detecção das angústias básicas e seus mecanismos de defesa, também em sujeitos adultos. Nestes, apesar da idade, não há em sua maioria resistências obstrutivas a desenhar e contar estórias, e muitos deles, à medida que realizam a tarefa, se surpreendem ao notar que estão expressando algo muito profundo de si mesmos.

Autores como Mestriner (1982) e Al'Osta (1984) estudaram o uso do Procedimento de Desenhos e Estórias em sujeitos adultos, esquizofrênicos e maníacos-depressivos, respectivamente, corroborando a eficiência clínica deste método no diagnóstico psicológico.

5.4. O ludodiagnóstico

Este procedimento foi apresentado originalmente por Aberastury (1962) como resultado de observações feitas durante o primeiro contato da criança com o analista. Essas observações evidenciaram o valor diagnóstico da entrevista lúdica, em que a criança estrutura através dos brinquedos a representação de seus conflitos básicos, suas principais defesas e fantasias de doenças e cura, permitindo, dessa forma, o aparecimento de uma perspectiva ampla a respeito do seu funcionamento mental. Aberastury sugeriu que possivelmente esses fenômenos surgiam devido ao temor da criança de que seu psicoterapeuta repetisse com ela a conduta negativa dos objetos originários que lhe provocaram a perturbação, e que, agora, prevaleceria o desejo de que o psicoterapeuta assumisse uma função através da qual lhe desse condições para melhorar.

De fato, o valor do jogo e do brinquedo como formas de expressão de conflitos e desejos tem sido salientado por diversos autores que estudaram as formas de expressão infantis.

Freud (1948) descreveu o jogo de um garoto frente à separação de sua mãe, salientando que o brinquedo era uma tentativa de elaboração da angústia sentida pela criança.

Klein (1964), que utilizou o jogo como meio de acesso ao inconsciente infantil, afirma que "a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica através de jogos e brinquedos. Ao fazê-lo, utiliza os mesmos modos arcaicos e filogenéticos de expressão, a mesma linguagem com que já nos familiarizamos nos sonhos".

Aberastury (1962) diz, baseando-se em suas observações, que, ao jogar, a criança desloca para o exterior seus medos, angústias e problemas internos, dominando-os deste modo. Todas as situações excessivas para seu ego débil são repetidas no jogo, e isto permite à criança um maior domínio sobre objetos externos, tornando ativo o que sofreu passivamente.

Segundo a opinião de Knobel (1977), através do jogo a criança pode projetar angústias e conflitos que de certa forma aparecem, assim, objetificados, concretizados em objetos igualmente concretos, que podem ser manipulados numa tentativa de elaboração lúdica.

O potencial diagnóstico do jogo é realçado na medida em que é oferecido à criança um enquadramento composto por um espaço, um tempo e uma relação, que a criança estrutura segundo sua dinâmica interna, articulando com os brinquedos um texto flexível e passível de ser compreendido.

O ludodiagnóstico costuma ser realizado em uma sala preparada para brincar e jogar, ou seja, um lugar razoavelmente amplo, fácil de limpar, onde o entrevistador possa permitir à criança a manifestação de suas necessidades de expressão.

Os brinquedos mais usados nessa situação são bonecos de plástico, animais domésticos e selvagens de plástico, carrinhos de plástico, caminhõezinhos, aviões de plástico, bola, tintas de diversas cores, papel sulfite, lápis (preto e de cores), pincel, tesoura sem ponta, cola, barbante, argila, bacia com água etc. Os brinquedos devem ser dispostos sobre a mesa, sem uma ordem aparente, havendo de preferência uma caixa onde a criança possa guardar os brinquedos no final da sessão, ou utilizá-la no jogo, se assim o desejar.

Informa-se à criança que ela poderá usar os brinquedos da forma como quiser. Ela costuma fazer perguntas a respeito dos brinquedos, como, por exemplo, "O que é isso?". Deve-se responder solicitando-lhe associações, por exemplo: "O que lhe parece?" ou "O que você acha?". Espera-se que com isso a criança estruture livremente o seu jogo. É importante observar como a criança dá início à estruturação, como dá seqüência aos jogos, como formula comentários verbais etc.

Algumas vezes, durante o ludodiagnóstico, a angústia da criança cresce a ponto de paralisar o jogo ou de desejar não permanecer na sala. Nessas ocasiões, pode-se fazer algum assinalamento com o fim de ajudá-la a lidar com a angústia. Existem crianças que, devido a sua problemática emocional, rompem o enquadramento, exigindo, assim, a colocação de limites por parte do profissional.

Antes do término da sessão costuma-se avisar a criança do tempo restante, para que ela possa se preparar psiquicamente para o encerramento.

A maior dificuldade existente no ludodiagnóstico consiste precisamente na sua avaliação, por se tratar de material clínico não sistematizado, dependente do uso da experiência clínica. Podemos, no entanto, avaliar a hora de jogo para diagnóstico sob dois pontos de vista: o evolutivo e o psicopatológico.

A análise do jogo do ponto de vista evolutivo foi proposta por Soifer (1974) como tentativa de desenvolver critérios mais objetivos de interpretação. Começa pela ordenação dos dados de observação, tomando-se cada uma das manifestações de conduta apresentadas pela criança e classificando-as de conformidade com as idades correspondentes dos referenciais da Psicologia Evolutiva. Recomenda-se o uso das descrições de Gesell (1948) para essa classificação. Tabulando-se esses dados teremos, segundo Soifer, uma descrição do desenvolvimento do *ego* pela observação da freqüência de comportamentos apresentados (adequados e não adequados à idade da criança). É indício de regressão quando uma conduta é classificada em idade inferior à cronológica, desde que se apresente entre condutas que foram classificadas segundo a idade real da criança.

No entanto, se várias condutas correspondem a uma mesma idade abaixo da cronológica, considera-se que uma parte do *ego* não pôde desenvolver-se a partir do ponto de fixação. Cada uma das condutas classificadas em idades inferiores à cronológica é comparada com conhecimentos a respeito do desenvolvimento psicossexual, segundo o referencial psicanalítico; os dados assim obtidos são comparados com os conhecimentos sobre os aspectos simbólicos do jogo, o que nos oferece uma visão psicopatológica.

Para a interpretação do conteúdo inconsciente expresso no jogo, Klein (1969) lembra que é preciso levar em consideração todos os mecanismos e métodos de representação empregados, jamais perdendo de vista a relação de cada fator isolado com a situação global. Brinquedos ou peças de jogo podem ter significados diferentes, de acordo com cada momento da sessão. Toda a verbalização que ocorre durante o jogo tem um valor associativo que é útil para esclarecer o material. Este, assim abordado, é visto como uma estrutura em que certos elementos se repetem de diferentes maneiras, proporcionando acesso aos eixos dessa estrutura.

Do ponto de vista psicopatológico, devemos notar: as defesas mais utilizadas pelas crianças durante o jogo (obsessivas, negação, formação reativa etc.); as ansiedades (paranóides, depressivas, confusionais etc.); as formas de relações objetais (dependência, submissão, oposição, competição etc.) e, também, as fantasias inconscientes expressas (mormente aquelas que dizem respeito a doença e cura). Essas observações conduzem a um quadro nosográfico, caracterizado principalmente pela especialização em determinados tipos de defesa.

Em seguida, a interpretação dinâmica poderá ser comparada com a classificação evolutiva. O que normalmente se obtém é uma correspondência entre os dois tipos de análise. Por exemplo, regressões são encontradas ao lado de fantasias características da idade da regressão. Isto conduz a uma oportunidade de se obter uma coerência interna para as diferentes interpretações.

O ludodiagnóstico pode, ainda, ser estudado segundo outros referenciais. Ele informa sobre a capacidade adaptativa, criativa, simbólica etc. da criança. Como vemos, é um procedimento clínico bastante rico, fornecendo informações amplas que permitem formular opiniões prognósticas, diagnósticas e indicações terapêuticas.

5.5. A entrevista verbal com a criança

A capacidade de verbalizar é o instrumento mais característico da espécie humana. É através do uso do código verbal que o ser humano tem maior capacidade de pensar sobre suas angústias ou condições de vida.

Ao observarmos as diversas técnicas psicoterapêuticas existentes em nosso meio, notamos que a maior parte delas se caracteriza por utilizar o código verbal como meio de explicitação da vida emocional.

Quando a criança examinada dispõe-se a verbalizar a respeito do que se passa emocionalmente com ela, deve-se sem hesitação utilizar este método para a compreensão da mesma. "Se o especialista respeita o seu pequeno paciente e reconhece a sua identidade como pessoa, não pode deixar de considerar a necessidade de entrevistá-lo. Refiro-me ao processo em si de falar com ele, de interatuar tecnicamente para conhecer seu ponto de vista sobre tudo o que lhe acontece" (Knobel, 1977).

Arfouilloux (1976) comenta que é a entrevista verbal que permite observar os fatos, diferenciando-os dos produtos imaginários. A linguagem é não só um processo de comunicação, mas é também um meio de expressão de angústias, de alívio de tensão e instrumento fundamental do pensamento. No entanto, a possibilidade de determinada criança utilizar-se desse instrumento, na situação de entrevista, dependerá:

a) *do processo de maturação neuropsicomotor* que irá permitir o aparecimento da linguagem como instrumento estruturador do mundo; e que favorecerá o uso da linguagem como forma de vinculação afetiva com o outro;

b) *dos psicodinamismos da criança* que determinarão as formas de o entrevistado reagir ao entrevistador e à entrevista.

Assim, não parece ser adequado o emprego de uma forma-padrão de entrevista, já que o entrevistador necessitará ter flexibilidade suficiente para adequar a situação de entrevista àquela criança em particular. O profissional deve lembrar-se de que a criança é extremamente sensível a seduções, condutas falsas, imperícias etc. Ela se comunicará melhor com quem esteja de fato interessado em compreendê-la e ajudá-la.

Deve-se receber a criança na sala de espera, apresentando-se e convidando-a de forma simples e receptiva a entrar na sala de atendimento. Algumas vezes ela se mostra retraída e hesitante; se nessas ocasiões o psicólogo lhe estende a mão, naturalmente a criança o segue.

Em alguns casos é difícil à criança separar-se da mãe. Nestes casos a entrevista pode ser realizada em presença da mãe, pedindo-se a esta que não interfira, que apenas observe e acompanhe a criança. O profissional emprega uma linguagem simples, de acordo com a idade e capacidade de compreensão de seu cliente. Este não domina plenamente o código lingüístico e, durante a comunicação, muitas vezes seu discurso verbal é rompido de modo a surgirem manifestações de tipo pré-verbal ou lúdico. O psicólogo necessita estar receptivo a todas estas formas de comunicação e participar delas, caso a criança assim o solicite.

Normalmente, no início da entrevista, pergunta-se à criança se sabe o motivo de sua vinda à consulta. Em seguida faz-se um breve relato daquilo que se sabe a seu respeito. Indaga-se sua opinião sobre o que lhe está acontecendo. Procura-se estimular a sua verbalização, perguntando-se-lhe sobre o que faz: na escola, brinquedos, jogos etc. Conversa-se sobre seus heróis preferidos, pais, irmãos, colegas, relacionamento com animais, sonhos, pesadelos, medos etc. As perguntas devem acompanhar o clima criado na entrevista. Por exemplo, não se inicia uma entrevista perguntando diretamente sobre pesadelos ou temores. Estas perguntas serão feitas apenas a partir do momento em que o vínculo com o profissional encontra-se estabelecido, e a criança se sente mais confiante para comunicar suas angústias.

Não cabe ao entrevistador usar continuamente de perguntas (como é habitual em entrevistas dirigidas), pois a finalidade é *conversar* com a criança sobre seus problemas e temas de sua vida. Em uma entrevista bem conduzida a criança nem sequer sente que foi entrevistada, mas sim que conversou com alguém. Se, de fato, o entrevistador estiver em contato com a criança, poderá ter a oportunidade de observá-la expressando de forma rica a sua vida interior.

Assim, por exemplo, ao falar de seus heróis, ela os imita, desenha veículos que eles utilizam ou conta o último episódio assistido na televisão. Nenhuma criança terá esse tipo de expressão frente a um entrevistador frio, que só deseja tirar informações e que evita relacionar-se de forma plena com ela. Winnicott (1971) disse: "Se lhe oferecermos a possibilidade de maneira adequada no quadro limitado do contato profissional, o cliente trará e revelará (de início com alguma hesitação) seu problema de momento, seu conflito afetivo ou ainda o esquema de tensão que é o seu nesse período de sua vida".

Mais adiante Winnicott (1971) também afirma que, se a verbalização não levar a nada em particular, é porque não se está disposto, naquele momento, a usar de maneira deliberada e profissional do material oferecido pela criança, que se torna difuso e cansativo. Por outro lado, a entrevista torna-se interessante quando o paciente adquire logo a certeza de que poderá encontrar em seu interlocutor uma certa compreensão e que uma comunicação em nível profundo não está excluída.

Após a entrevista verbal poderemos ter obtido informações sobre angústias básicas, relações objetais, mecanismos de defesa mais usados, atenção, capacidade de elaboração, amplitude de interesses etc. O ponto negativo deste tipo de entrevista está em que se mostra pouco eficaz com crianças que se sentem muito perseguidas e inibidas.

5.6. Testes psicológicos usuais no psicodiagnóstico

Os testes psicológicos são instrumentos valiosos para o esclarecimento de pontos importantes do psicodiagnóstico. Entretanto, durante muito tempo eles foram inadequadamente usados pelo psicólogo como uma forma defensiva ao contato com o seu cliente, dificultando a este encontrar no processo diagnóstico um espaço próprio para a expressão de suas angústias.

Normalmente, o cliente procura atendimento temendo encontrar reproduções de seus objetos internos ameaçadores. Por essa razão não parece ser adequado logo no primeiro contato usar testes psicológicos que não ofereçam oportunidades para o fortalecimento do vínculo psicólogo-cliente.

A escolha dos testes psicológicos deverá estar em função das entrevistas, de observações clínicas e dos resultados do uso de procedimentos menos estruturados. Outro elemento a ser realçado é a

ordem de aplicação dos testes. Não é conveniente aplicarmos um teste de inteligência antes de um teste projetivo, pois assim procedendo poderá ocorrer que a realização do primeiro influencie na execução do segundo. Como norma geral, que deverá ser adaptada segundo a natureza do caso, recomendamos a seguinte seqüência de passos: procedimentos não estruturados, testes projetivos, testes psicomotores, testes de inteligência etc.

Não é nosso objetivo apresentar e desenvolver aspectos teóricos e práticos de cada teste, já que existe extensa e copiosa literatura a esse respeito. Mas cremos ser útil apontar os testes psicológicos mais usados em nosso meio. Classificamos os testes existentes em três grandes grupos: projetivos, psicomotores e de inteligência.

5.6.1. Testes Projetivos

Os testes projetivos oferecem a possibilidade de, em curto período de tempo, obtermos informações sobre diferentes níveis de funcionamento da personalidade. Para isso são oferecidos ao cliente estímulos pouco estruturados, que ele organizará (de conformidade com aspectos de seu mundo interno, incluindo angústias, conflitos, defesas, relações objetais etc).

Entre as diversas técnicas projetivas, algumas têm sido usadas com maior freqüência. Entre elas citamos:

a) T.A.T. (Thematic Apperception Test) de Murray (1964)

Procura revelar emoções, sentimentos, complexos e conflitos dominantes na personalidade, através da análise de estórias relatadas a partir de determinadas pranchas que são apresentadas ao sujeito. Estas pranchas sugerem cenas que procuram expressar situações de angústia. Frente a elas o sujeito mobiliza seus recursos internos a fim de estruturar uma estória que contenha a angústia evocada pela prancha. Trata-se de um teste bastante usado na clínica psicológica, destinado à observação de aspectos dinâmicos da personalidade.

b) C.A.T. (Children's Apperception Test) de Bellak e Bellak (1964)

Usado para crianças de 3 a 10 anos, é composto por 10 pranchas. Sua interpretação é semelhante à do T.A.T. Existe uma forma em que os personagens são animais (CAT-A). Para crianças que eventualmente rejeitam esses estímulos, há uma forma paralela em que os personagens são seres humanos (CAT-H).

c) Psicodiagnóstico de Rorschach

É um método que envolve a análise de uma amostra da percepção do sujeito. Para isso, é-lhe apresentada uma série de manchas como estímulo perceptivo. Sua aplicação e avaliação depende de grande habilidade clínica; por essa razão, deve ser utilizado por especialistas na técnica. É de grande valor quando se deseja um diagnóstico da estrutura da personalidade, com amplas possibilidades para se estabelecer diagnósticos diferenciais.

d) Desenho de Família

Este teste, assim como outros testes gráficos, foi estudado por Hammer (1969). Solicita-se ao indivíduo o desenho de uma família. Após sua execução, faz-se um inquérito buscando investigar os diversos vínculos do examinando com os membros e a estrutura de sua família. Através de seu uso procura-se localizar a posição do sujeito em sua estrutura familiar, bem como as fantasias associadas a cada elemento presente no traçado gráfico.

e) Desenho da Figura Humana

Por meio do desenho da figura humana busca-se observar a imagem corporal que o sujeito possui de si mesmo, a estrutura psíquica que o constitui e a capacidade de o indivíduo orientar-se e conduzir-se em uma situação determinada, adaptando-se a ela.

f) H.T.P.

Através dos desenhos de uma casa, uma árvore e uma pessoa, pretende-se observar a imagem interna que o cliente tem de si mesmo e de seu ambiente. Os desenhos têm grande poder simbólico, saturados de experiências emocionais e ideacionais ligadas ao desenvolvimento da personalidade.

5.6.2. Testes Psicomotores

Muitas vezes, no psicodiagnóstico, há necessidade de se investigar a forma como o sujeito instrumenta suas funções motoras. Para isso existem testes psicológicos que estudam essas funções, do ponto de vista de sua normalidade ou alteração. Temos o teste de Stamback, que procura observar se o sujeito é capaz de reproduzir estruturas rítmicas; o teste de Piaget-Head, que examina a lateralidade; o teste de Bender, que estuda aspectos perceptivo-motores,

sendo de grande valia na detecção de sinais indicadores de distúrbios neurológicos.

Ultimamente têm sido utilizados em grande extensão roteiros de exames psicomotores, compostos de diversos itens que recobrem as diferentes funções motoras. Cabe ressaltar que às vezes é possível correlacionar distúrbios psicomotores com características dinâmicas da personalidade.

5.6.3. *Testes de Inteligência*

Nesta categoria encontram-se os testes que, por apresentarem aos sujeitos problemas ou tarefas intelectuais específicas, extraem informações sobre a inteligência, definida como sendo a capacidade de resolução de problemas. Os mais conhecidos são a Escala Weschsler (Wisc-Wais), onde os itens de conteúdos semelhantes são agrupados em subtestes e organizados em ordem de dificuldade crescente; o Terman-Nenill, em que os conteúdos são organizados por níveis de idade, com arranjos de itens a partir de 2 anos de idade até a idade adulta. Em nossa opinião, são testes que avaliam a capacidade adaptativa do sujeito. Por isso, se a capacidade adaptativa estiver alterada por fatores alheios à inteligência, a produção nesses testes estará também alterada. Há, contudo, testes de inteligência que tentam contornar esse problema por meio da avaliação de outros recursos. Constitui exemplo dessa tentativa o Teste de Raven, que busca aproximar-se do que é conhecido como fator G (definido como o potencial de inteligência possuído pelo sujeito).

De qualquer forma, na avaliação do nível intelectual, é mister realizar-se uma análise qualitativa da produção obtida nos testes. Esta análise leva em conta fatores emocionais que possam alterar o desempenho intelectual do sujeito.

5.7. Bibliografia

Aberastury, A. *Teoria y Técnica del Psicoanalisis de Niños.* Buenos Aires, Paidós, 1962.

Al'Osta, J. S. *Validação do Procedimento de Desenhos-Estórias em Pacientes Psicóticos Maníaco-depressivos Hospitalizados.* Dissertação de mestrado no Instituto de Psicologia da PUC-Campinas. Campinas, mimeografado, 1984.

Arfouilloux, J. C. *A Entrevista com a Criança — A Abordagem da Criança através do Diálogo, do Brinquedo e do Desenho.* Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

Bellak, L. e Bellak, S. S. *Manuel du Test D' Apperception pour Enfants (CAT) et du Supplément (CAT-S).* Paris, Centre Psych. Appl., 1964.

Caligor, L. The determination of the individual's inconscious concept of his masculinity-femininity identification. *J. Proj. Tech., 15*: 494-509, 1951.

Freud, S. *Obras Completas.* Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1948.

Gesell, A. *La Educación del Niño em la Cultura Moderna.* Buenos Aires, Ed. Nova, 1948.

Hammer, F. *Tests Proyectivos Gráficos.* Buenos Aires, Paidós, 1969.

Klein, M. *Fontes do Inconsciente.* Rio de Janeiro, Zahar, 1964.

Klein, M. *Psicanálise da Criança.* São Paulo, Mestre Jou, 1969.

Knobel, M. *Psiquiatria Infantil Psicodinâmica.* Buenos Aires, Paidós, 1977.

Laplanche, J. e Pontalis, J. *Vocabulaire de la Psychanalyse.* Paris, Presses Universitaires de France, 1971.

Lindzey, G. El test de aperceptión temática. In: Ferber, R. J. e Vales, H. *Motivaciones del Consumo en el Mercado. Barcelona,* Ed. Hispano-Europea, 1960.

Milner, M. *Encabalgamiento de Circulos.* Buenos Aires, Editorial Trieb, 1978.

Mestriner, S. E. *O Procedimento de Desenhos e Estórias em Pacientes Esquizofrênicos Hospitalizados.* Dissertação de mestrado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, mimeografado, 1982.

Murray, H. A. e col. *Test de apercepción temática (TAT).* Buenos Aires, Paidós, 1964.

Soifer, R. *Estudio de la Entrevista de Juego Diagnóstico con Niños.* São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 1974.

Trinca, W. *Investigação Clínica da Personalidade. O Desenho Livre Como Estímulo de Apercepção Temática.* Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

Vainer, E. J. Hacia la Salud Mental del Niño — Una Técnica para la Asistência en Consultas. *Revista Argentina de Psicologia, VI*: 19-20.

Winnicott, D. W. *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry.* London, Hogard Press, 1971.

Winnicott, D. W. *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro, Imago, 1975.

6

Entrevistas clínicas

Mary Dolores Ewerton Santiago

6.1. Introdução

O termo *entrevista* significa encontro e conferência de duas ou mais pessoas em um local predeterminado para tratar de um assunto.

No caso da entrevista psicológica, o assunto se relaciona a um pedido de ajuda feito a um profissional (psicólogo), sendo que a pessoa que o faz, via de regra, encontra-se num momento em que seu bem-estar emocional está ameaçado. Outras vezes, o pedido é feito por insistência de terceiros (amigos, escolas, médicos etc.). Tanto no primeiro como no segundo caso, o fato de ser um encontro para a formulação de um pedido de ajuda já sugere a diferença entre aquele que procura e aquele que é procurado (entre aquele que tem dificuldades que não consegue resolver por si só e outro que se dispõe a ajudá-lo), o que facilita o desenvolvimento de uma relação assimétrica. É importante considerar este aspecto a fim de não perder de vista o longo caminho que muitas vezes percorreu o indivíduo até poder chegar ao consultório do profissional.

A entrevista psicológica se constitui, portanto, na relação estabelecida entre duas ou mais pessoas dentro de um marco referencial estabelecido, sem perder de vista que ela se caracteriza por ser basicamente uma relação humana. Neste sentido, o psicólogo deve ser considerado também como um dos elementos que influem nos fenômenos que poderão emergir nesta situação; no entanto, sua intervenção deve ser de tal forma que não os determine. Com isto que-

remos dizer que o psicólogo deve permitir que o campo da entrevista se configure essencialmente em função da estrutura psicológica particular do entrevistado. Somente assim poderá obter conhecimento de alguns aspectos da personalidade do último, como também dos motivos que o levaram a solicitar a entrevista. A forma e o conteúdo do seu relato possibilitam ao psicólogo entrar em contato com as angústias, ansiedades e defesas que estão sendo expressadas nesta comunicação. Isto supõe que a técnica utilizada na entrevista inicial, principalmente, seja da entrevista aberta e que todos os fenômenos observados na mesma (transferência, contratransferência, tipo de comunicação verbal e não-verbal etc.) sejam levados em consideração a fim de se obter uma compreensão da pessoa que solicita ajuda.

6.2. A importância de um marco referencial na estruturação da entrevista

Na entrevista inicial é que tem lugar o estabelecimento de um marco referencial. Este tem como finalidade manter constantes certas variáveis que dizem respeito a: 1) objetivos do trabalho; 2) papel do psicólogo; 3) lugar e horário das entrevistas; 4) duração aproximada do trabalho; 5) honorários.

É necessário que estas constantes sejam mantidas por parte do psicólogo, uma vez que quaisquer modificações introduzidas (mudança de sala de atendimento, por exemplo) funcionam como variáveis que intervêm no contexto da relação, impedindo uma compreensão clara dos fenômenos que possam emergir, tais como: ansiedades confusionais, reações de hostilidade etc. Portanto, somente com a manutenção de um marco referencial é possível estudar, analisar e interpretar os fenômenos que nele aparecem.

Rolla (1971) considera que há um "período de instruções" da entrevista e enfatiza que ele deve ser explícito, concedendo uma margem mínima de dúvidas ao paciente. Afirma que o processo de identificação do profissional e do paciente é importante, e mesmo que o primeiro já possua alguns dados sobre o segundo (nome, sobrenome, idade, endereço etc.) deve coletá-los novamente junto ao paciente para que este se sinta auto e alopsiquicamente orientado. Informa quanto tempo de duração terá a entrevista e que o paciente poderá usá-lo para expressar-se livremente, e que intervenções poderão ser feitas quando se julgar necessário, seja para esclarecer algo, perguntar algum dado a mais ou fazer alguma consideração que parecer oportuna. Adverte também o paciente que tomará al-

gumas notas para fazer uma reconstrução e que, no final, comunicar-lhe-á as conclusões da(s) entrevista(s). Segundo Rolla, com este procedimento se elimina uma fonte capaz de determinar ansiedade no paciente, e que às vezes encobre a que o sujeito traz em relação à sua problemática.

6.3. A relação psicólogo-paciente na entrevista psicológica

A relação psicólogo-paciente implica reações e impactos emocionais como os existentes em todo o contato humano. São justamente eles que fornecem ao psicólogo um conhecimento intuitivo do paciente e lhe permitem aprofundar a investigação das entrevistas. Observa-se, portanto, que as próprias emoções do psicólogo se constituem em um dos seus instrumentos de trabalho. Isto posto, deparamo-nos com o fato de que esse profissional precisa dispor, além de um marco referencial e de recursos intelectuais, de suas próprias emoções. Com estes elementos o psicólogo pode observar, identificar e analisar os fenômenos que ocorrem em si mesmo, no paciente e entre ambos. Assim, poderá chegar a uma compreensão desta relação que é de suma importância para o empreendimento de qualquer trabalho clínico, uma vez que ela o permeia constantemente.

6.4. A entrevista inicial

A entrevista inicial se caracteriza por ser o primeiro encontro entre o psicólogo e o paciente, podendo ser considerada uma situação desconhecida para ambos, o que talvez faça com que tanto um quanto outro sintam muito temor frente a ela. Por isto, psicólogo e paciente podem ir para a primeira entrevista com idéias preconcebidas. Os tipos de idéias que atuam antes do contato inicial dependem das características de personalidade de cada um dos elementos envolvidos na futura relação, e surgem pela necessidade de transformar a situação desconhecida que causa temor numa situação já conhecida, familiar, a fim de que o receio seja diminuído. Assim, o paciente pode ir para a primeira entrevista imaginando "saber" a quem se dirige ou com quem irá conversar, e o que vai ocorrer. Pode até generalizar suas experiências com

outros profissionais para o psicólogo, considerando-o, de antemão, "compreensivo" ou "autoritário" etc. O mesmo é passível de ocorrer com o psicólogo: pode tender a uma caracterização do paciente antes mesmo de tê-lo visto (idéia que forma a partir do nome do paciente, do modo como o mesmo solicitou a consulta, de quem o encaminhou etc.). É, portanto, o medo do desconhecido que aciona alguns mecanismos de defesa, fazendo com que o psicólogo e o paciente se preparem para a situação de encontro.

Tal fato pode tornar-se perigoso na medida em que o psicólogo se apegue às caracterizações iniciais que faz a respeito do paciente, sem levar em conta a atitude real do mesmo. A manutenção dessas idéias impede sua percepção da situação experienciada, podendo ser usada, como estereótipo, de forma defensiva. O que está em jogo aqui é a sobreposição de uma situação imaginária sobre a real, sendo esta última acobertada pela primeira. Entretanto, ir para a entrevista absolutamente desprovido de qualquer idéia é praticamente impossível. Mas, ainda que todos esses elementos existam e possam permear a relação psicólogo-paciente, faz-se necessário refletir sobre eles a fim de garantir a objetividade do trabalho clínico. O modo como o paciente solicita a consulta (se por telefone, pessoalmente, através de outros etc.) e a forma como trata as primeiras regras que lhe são fixadas (lugar e hora da consulta) são importantes e devem ser registrados, mas só podem ser compreendidos no contexto total da entrevista.

É, portanto, no contato direto com o paciente, na entrevista inicial, que podemos saber *como* ele é e *por que* solicitou a consulta.

No caso do diagnóstico infantil, a procura é feita pelos pais ou responsáveis pela criança, sendo esta caracterizada por eles como paciente. Muitas vezes, os pais vêm com a expectativa de que o problema da criança seja solucionado, isto é, consideram a situação diagnóstica como uma situação terapêutica (mágica, evidentemente, uma vez que supõem que os conflitos e sintomas deles decorrentes desapareçam no limitado prazo de tempo em que se realiza o diagnóstico). Isto se dá não só pelo desconhecimento dos pais do que seja um processo psicodiagnóstico e um processo psicoterapêutico, mas também por outras necessidades, tais como: de que o psicólogo se encarregue dos problemas do filho e os trate, ou de que o psicólogo resolva rapidamente a situação que os incomoda. Cabe ao psicólogo investigar estas expectativas no atendimento inicial e ir mostrando-as aos pais, pois, caso contrário, estes sentir-se-ão frustrados, pouco compreendidos em suas necessidades e pouco disponíveis para aceitar os encaminhamentos propostos como necessários para a resolução da problemática apresentada.

BIBLIOTECA - FACULDADE PITÁGORAS

É claro que nem sempre as expectativas dos pais podem ser explicitadas, ou porque lhes é difícil ("não agüento mais meu filho, cuide dele") ou porque estão a um nível inconsciente. Nestes casos, é importante que o psicólogo faça alguns assinalamentos não somente para que os pais possam entrar em contato com as suas expectativas, mas também para esclarecer o objetivo do trabalho que está sendo realizado. Este aspecto é muito relevante porque implica também na definição do papel do psicólogo na situação diagnóstica e, quando negado, acarreta graves prejuízos que afetam a própria relação (o psicólogo não reconhece o desejo dos pais e, portanto, não é sensível às suas inquietações, possibilitando assim que os pais mantenham suas idéias iniciais com relação ao trabalho que está sendo desenvolvido). Há aqui uma distorção na comunicação porque o psicólogo não "ouve" o que o paciente diz, desenvolvendo-se então uma situação alienada e alienante, uma vez que cada um dos elementos dessa relação se reporta ao outro que não é aquele que está ali de fato.

O psicólogo tem que estar envolvido no processo de psicodiagnóstico, não somente porque ele é uma variável na relação de entrevista (isto porque ele é da mesma natureza de seu objeto de estudo, paciente), mas também porque é a partir da instrumentação da contratransferência que ele pode compreender o paciente. Em outras palavras, a reação emocional, o impacto afetivo que o paciente provoca no psicólogo pode ser útil para este na medida em que o ajuda a compreender os tipos de vínculos que o paciente estabelece e que são, algumas vezes, problemas dos quais ele se queixa. Se o psicólogo não consegue se envolver no processo, isto é, quando se marginaliza, sua compreensão fica mais limitada e lhe impossibilita desenvolver um trabalho com objetividade. Esta depende justamente de sua inserção no processo e das considerações sobre sua pessoa no mesmo. Assim, o psicólogo tem que constantemente refletir sobre suas próprias atitudes durante a entrevista e ver se elas não são a causa de alguma reação do paciente. Para tal é necessário que ele disponha de um conhecimento sobre sua pessoa, que lhe permita sentir menos medo de suas próprias emoções e utilizá-las como instrumento de trabalho. Tanto no psicólogo como no paciente surgem emoções durante o atendimento; a diferença é que o primeiro, dispondo de um conhecimento sobre si mesmo, pode experienciá-las sem tanto temor, reconhecê-las e até usá-las para aprofundar seu conhecimento a respeito do paciente. Temos, então, uma situação aparentemente paradoxal na psicologia clínica: a objetividade decorre justamente da possibilidade de se incluir o subjetivo como elemento de análise.

Como a entrevista inicial, quando se trata de realizar o diagnóstico psicológico da criança, é feita com os pais ou responsáveis, torna-se possível também obter um conhecimento sobre os mesmos, ainda que o objetivo primordial seja a compreensão do que ocorre com a criança. É nesta entrevista que os pais expressam o que os levou a procurar um psicólogo. Como a entrevista é aberta, a forma como os pais estruturam suas queixas é significativa. Via de regra, o assunto que os pais escolhem para falar é aquele sobre o qual *podem* falar. Ainda que o psicólogo tenha a intuição de que não é o verdadeiro motivo da consulta, convém respeitar os limites dos pais e explorar o tema abordado, uma vez que é nele que os mesmos centram sua atenção e, portanto, aquele com o qual o psicólogo pode trabalhar no momento. Iniciar uma investigação por coordenadas que o psicólogo supõe importantes em prejuízo do que manifestamente se expressa como mais relevante na fala dos pais, pode resultar em fracasso por não encontrar motivação ou disponibilidade por parte deles. Assim, toda pesquisa deve ser feita a partir do material referido pelos pais, deixando-se para um momento mais adequado aquela passível de lhes provocar maior temor. Excetuam-se aqui aquelas situações em que a relação psicólogo-paciente possa ficar bloqueada em função de algumas atitudes dos pais, tais como: atrasos ou faltas às entrevistas, expectativas não pertinentes à função do psicólogo etc. Tais fatos devem ser considerados e discutidos já que expressam temores e ansiedades que impedem que a investigação diagnóstica se efetive adequadamente. Assim, cabe ao psicólogo estar sempre atento a como se desenvolve a relação entre ele e os pais.

A utilização da técnica de entrevista aberta pode despertar maior ansiedade no paciente porque ele tem que recorrer aos seus próprios referenciais internos para estruturar seu discurso nessa situação desconhecida. Do mesmo modo, o psicólogo pode tornar-se mais ansioso, não somente por medo do desconhecido, mas também por não entender o que o paciente diz, o que efetivamente o motivou para a consulta etc. Isto pode provocar no psicólogo o sentimento de incompetência e impotência. No entanto, somente se ele reconhece e suporta os limites do seu conhecimento naquele momento é que pode vir a conhecer de fato o paciente. O que parece ocorrer, algumas vezes, é que o psicólogo não suporta uma situação desorganizada tal como pode se dar quando a entrevista é aberta, procurando organizá-la através de intervenções que modificam o campo da entrevista, para evitar se ver diante do caos (exemplo: dirigindo a entrevista, bloqueando a expressão verbal do paciente etc.). Neste tipo de entrevista, o psicólogo se frustra quando espera que o paciente exponha claramente suas queixas; via de regra, este

vem confuso ou com informações que não consegue relacionar, entender, e é por isto mesmo que busca o auxílio do profissional.

Um outro aspecto a ser considerado pelo psicólogo diz respeito à atitude dos pais para com o problema do filho, isto é, poderão estar procurando ajuda por iniciativa própria ou porque foram encaminhados por terceiros. No primeiro caso, o que se observa com maior freqüência é que os pais colaboram e se envolvem mais no processo de psicodiagnóstico, uma vez que percebem o problema do filho e que, de alguma forma, suas atitudes podem ter contribuído para isto. É importante que o psicólogo reconheça e compreenda que os pais, nestes casos, podem vir para a entrevista sentindo-se culpados e com receio de serem julgados. A situação é diferente quando os pais vêm ao consultório encaminhados por terceiros (neurologista, pediatra, professora etc.). Quando isto ocorre, torna-se mais difícil contar com sua colaboração, porque eles, até então, não atentaram para o fato de que algo com seu filho não ia bem. Em outras palavras, não perceberam o problema do filho, necessitando que outro elemento do meio ambiente lhes chamasse a atenção para tal. Por vezes, os pais usam os outros profissionais como intermediários: relatam que "a professora foi que mandou porque ele é inquieto, não presta atenção, não grava nada". Os próprios pais podem até compartilhar estas queixas, porém as expressam para o psicólogo como sendo de terceiros, para se defender não somente da situação diagnóstica (colocando-se, por exemplo, como meros representantes da professora), mas também da percepção de seu vínculo com o filho. Quando esta situação ocorre é interessante investigar o ponto de vista dos pais e o que eles pensam a respeito do filho. Caso contrário, eles não se envolvem no processo diagnóstico.

Se a criança for trazida na entrevista inicial deverá ser incluída na mesma, pois sua exclusão poderá mostrar que ela não é importante e favorecer atitudes de desconfiança, negativismo etc. No caso em que a criança é incluída, a entrevista se limita à queixa, convidando-se também a criança a falar sobre este assunto. Na ocasião, não se faz uma pesquisa sobre o desenvolvimento da criança (se foi desejada, se houve abortos etc.) e nem sobre situações emocionais de tensão, uma vez que ansiedades intensas podem surgir. A entrevista em conjunto restringe-se, então, às queixas e estabelecimento do contrato.

Quando a entrevista é realizada com o grupo familiar obtemos elementos muito significativos para a análise, pois podemos observar como os diversos membros se relacionam, quais os papéis que assumem e qual a atitude que adotam em relação ao paciente.

6.5. As entrevistas subseqüentes

A investigação necessária para se realizar um psicodiagnóstico inclui não somente aquele que é caracterizado como paciente — no caso, a criança —, mas também todas as complexas interações do grupo familiar ao qual pertence. Isto significa que há necessidade de pesquisar o sistema familiar e compreender a criança e sua problemática a partir daí. Caso contrário, todo o procedimento utilizado está falseado desde o início: considerar a criança como desvinculada da situação familiar é aceitar a idéia de que ela, sozinha, desenvolveu-se e que os fracassos ou sucessos em sua evolução devem-se a ela somente. Negar que os tipos de vinculação estabelecidos no processo de desenvolvimento possam cristalizar certas condutas normais ou patológicas que os indivíduos apresentam, seria negar a importância da própria vida de relação que é comum aos seres humanos.

Na realidade, a investigação necessária não se refere somente ao processo evolutivo da criança em seu micromundo social (que é basicamente sua família), mas também deve levar em consideração o macromundo social, com todas as influências sócio-econômicas, políticas e culturais.

Knobel (1977) enfatiza a importância de conhecer a "história vital" da criança, isto é, a sua história cronológica biopsicossocial e da família até o momento em que ela vem ao consultório, para poder formular um diagnóstico, avaliar um prognóstico e planejar uma estratégia terapêutica. Considera que a "história vital" começa desde o momento da concepção (se a criança foi desejada ou não, condições da família na época etc.) e inclui todos os elementos que possam influir no desenvolvimento da criança (investigação semiológica). A "história vital" é obtida através de uma boa anamnese que permita reconstruir o mais adequadamente possível o perfil evolutivo da criança.

Também a nosso ver, a pesquisa necessária para um psicodiagnóstico se alicerça nos dados, nas inter-relações destes, assim como na forma como são configurados pelos pais no decorrer das entrevistas. A seleção das informações, as pausas em seus relatos, as inibições no processo mnêmico, as emoções que acompanham seus informes adquirem significação na medida em que indicam as possíveis áreas de perturbação emocional. É importante também observar os esquemas referenciais com os quais os pais operam, principalmente aqueles relativos a concepções de vida, saúde e doença, porque nos permitem estimar, entre outras, suas atitudes para com

a problemática do filho. Somente assim poderemos obter parte do conhecimento necessário para o entendimento do caso.

De tudo que foi dito acima deduz-se que realizar uma pesquisa ampla e profunda nas entrevistas é tarefa difícil, só conseguida se o psicólogo permitir que apareçam conteúdos emergentes na situação relacional e estiver atento a estes. Por esta razão desaconselhamos a utilização de roteiros de pesquisa preestabelecidos, que, além de limitar a investigação, servem muitas vezes como instrumento defensivo tanto para os pais como para o psicólogo. Acreditamos ser mais interessante que este último tenha um consistente conhecimento teórico que, aliado à sua capacidade de observação e instrumentação da contratransferência, permita-lhe adotar uma atitude flexível na investigação, respeitando a seqüência de temas adotada pelos pais. Assim, durante as entrevistas, poderá paralelamente desenvolver um pensamento clínico, estabelecer conexões e aprofundar aqueles aspectos que considera importantes para a compreensão diagnóstica. Daí a relevância destas entrevistas complementares para a ampliação do conhecimento e exclusão de algumas hipóteses diagnósticas inicialmente levantadas, e a formulação de outras.

Neste enfoque consideramos não somente os aspectos particulares (congênitos e hereditários) da criança, mas também os analisamos na sua relação com o ambiente familiar e social. Em última instância, são os fatores individuais, familiares e sociais que convergem para a estruturação de uma determinada personalidade.

Convém ressaltar que todo esse processo de investigação diagnóstica assume características particulares quando realizado em uma instituição. O psicólogo deverá então recorrer a modelos alternativos que levem em conta as peculiaridades da clientela e da própria instituição, sem perder de vista a qualidade do seu trabalho.

6.6. As entrevistas devolutivas

A entrevista devolutiva é aquela na qual se transmite ao paciente e aos pais a compreensão obtida durante o processo de psicodiagnóstico. Genericamente, ela é realizada no final deste, quando o psicólogo chega às conclusões diagnósticas. No entanto, um profissional experiente e competente pode fazer devoluções no decorrer das entrevistas, assinalando aqueles elementos sobre os quais tem uma compreensão significativa.

Consideramos imprescindível informar aos pais e à criança, na ocasião do enquadramento, que lhes será transmitido o conhecimento obtido acerca deles. Isto contribuirá para que se sintam menos

ameaçados na situação relacional e mais dispostos a colaborar. Esta questão remete-nos à relação que o paciente e os pais estabelecem com o psicólogo, na qual expressam emoções e expectativas de diferentes qualidades e intensidades, depositam aspectos de sua personalidade no psicólogo e necessitam, portanto, saber que poderão recuperá-los. A reintrojeção e reintegração de elementos anteriormente depositados tornam-se-lhes importantes a fim de que as suas identidades sejam conservadas. Isto é feito por meio de entrevistas devolutivas.

Pode-se observar que, se a devolução diagnóstica não é incluída no objetivo do trabalho, o paciente e os pais sentir-se-ão ameaçados durante o atendimento, preocupando-se, muitas vezes, mais em se proteger do psicólogo do que em cooperar de fato.

Mas não são somente o paciente e os pais que necessitam das entrevistas devolutivas para preservar suas identidades: o próprio psicólogo, durante o atendimento, recebeu o depósito de aspectos tanto sadios quanto perturbados da personalidade daqueles com quem entrou em contato, e necessita devolvê-los para que seja mantida a discriminação a respeito de sua própria pessoa. No entanto, nesta devolução, o psicólogo deverá agir de forma cautelosa, discriminando os elementos importantes que podem ser recebidos pelo paciente e pelos pais daqueles que, por serem fonte de intensa ansiedade terão que ser preservados.

As entrevistas devolutivas possibilitam lidar com o problema da separação emocional entre os participantes do processo, na medida em que cada um deles pode, através delas, recuperar aspectos que lhe são pertinentes, mas que tinham sido atribuídos aos demais. Isto supõe que, quando a entrevista de devolução não se realiza, a discriminação de aspectos emocionais próprios de cada uma das pessoas que até então estiveram envolvidas na relação pode não se efetivar.

Mas a separação emocional, ainda que necessária — e o é devido ao fato de que a relação estabelecida com fins diagnósticos se desenvolve dentro de um intervalo de tempo limitado —, pode reativar intensas ansiedades, tanto no paciente e nos pais como no psicólogo. O modo como cada um vai lidar com ela depende, obviamente, das características de estruturação de sua personalidade. Algumas vezes, os pais ou o paciente podem expressar o desejo de continuar o atendimento com o psicólogo que realizou o diagnóstico justamente para evitar a separação, embora justifiquem sua necessidade em termos de conhecerem o psicólogo, sentirem-se à vontade com ele etc. Estas justificativas podem ser gratificantes para o psicólogo que, no entanto, deve precaver-se quanto a uma atitude

ingênua, e analisar o que subjaz a este tipo de solicitação. Para o psicólogo, realizar um psicodiagnóstico implica também a possibilidade de lidar com vínculos que terão breve duração. Daí a importância de equipar-se, por meio de uma análise pessoal, para este tipo de trabalho clínico. Caso contrário, podera incorrer em atitudes defensivas (por exemplo: prolongar o processo psicodiagnóstico, aumentar desnecessariamente o número de entrevistas devolutivas, desejar continuar com o paciente em um atendimento psicoterápico etc.).

Outro aspecto fundamental da entrevista devolutiva é o *direito* que os pais têm a ela, uma vez que procuraram o profissional precisamente para que este os auxiliasse na compreensão e resolução de seus problemas. É no momento da entrevista devolutiva, portanto, que o psicólogo pode responder efetivamente a estas solicitações, transmitindo sua visão do problema e estimando as possibilidades de resolução. É importante que os pais se sintam apoiados em suas necessidades reparatórias e, para tal, não convém que o psicólogo lhes proponha soluções inalcançáveis naquele momento. Se isto acontecer, os pais sentir-se-ão impotentes e culpados por não poder fazer algo pelo filho e/ou por si mesmos.

A criança também tem *direito* à devolução diagnóstica, pois foi considerada pelos pais e/ou terceiros (professora, médico etc.) como "criança-problema", sendo natural que queira saber algo concernente a este fato. Não realizar entrevistas devolutivas com a criança (mesmo que ela tenha pouca idade) é equivalente a considerá-la como um mero objeto de estudo e, portanto, desrespeitá-la, negando sua capacidade de pensar, sentir e compreender.

Apesar de os pais e as crianças terem necessidade de entrevistas devolutivas, pode ocorrer, algumas vezes, evitarem-na devido à intensa ansiedade (faltam às entrevistas combinadas, chegam muito atrasados, desviam o assunto etc.). Quase sempre esta situação ocorre por medo do conteúdo a ser devolvido e, também, por medo daquilo que é projetado no psicólogo com quem não chegaram a estabelecer um vínculo predominantemente positivo. Temem, então, ser julgados e castigados pelas faltas que cometeram, entre inúmeras outras fantasias.

É possível que, por outro lado, o psicólogo tenha receios e dificuldades de efetivar as entrevistas devolutivas uma vez que, se até aquele momento podia preservar-se de um funcionamento mais ativo, agora deve assumi-lo. Em outras palavras, o psicólogo, ao transmitir sua compreensão diagnóstica aos pais e criança, confronta-se necessariamente com o problema da sua competência profissional. A "atitude de investigação" mantida durante o processo o protegia, aparentemente, de opinar sobre as questões levantadas e lhe servia

como justificativa na medida em que "necessitava de mais dados para compreender o paciente e emitir um parecer". O desejo de enaltecimento narcísico pode determinar condutas defensivas no psicólogo, impedindo-o de uma real comunicação com o paciente e/ou pais. Um exemplo disto é a sua utilização de uma linguagem excessivamente técnica que impossibilite o estabelecimento de um verdadeiro diálogo e que tenha como objetivo apenas mostrar conhecimento.

Consideramos que uma das maiores dificuldades do psicólogo em realizar as entrevistas devolutivas é justamente aquela relativa à *comunicação* dos resultados obtidos. Muitas vezes, ele não consegue adequar sua linguagem à do paciente, expressar seu ponto de vista de forma compreensível, sem precisar recorrer à terminologia psicológica com a qual se familiarizou durante seus estudos, e até mesmo usou na sua compreensão do caso. Esta decodificação, que realmente não é simples nem fácil, parece depender basicamente de dois fatores: a) compreensão ampla e profunda do paciente e seu grupo familiar; b) aspectos da personalidade do psicólogo mobilizados durante o processo psicodiagnóstico. Dito de outro modo, a clareza do pensamento verbal depende da compreensão, mas relaciona-se diretamente com a qualidade do mundo interno do psicólogo. Distúrbios não resolvidos em relação a seus próprios aspectos infantis interferem no funcionamento profissional do psicólogo, uma vez que favorecem o aparecimento de contra-identificações projetivas.

Na realidade, o trabalho do psicólogo na entrevista devolutiva não se restringe às informações obtidas durante as partes anteriores do processo diagnóstico. As reações verbais e não-verbais do paciente e pais ao material devolvido também devem ser assinaladas, o que significa que o psicólogo procura focalizar sua atenção sobre a situação de campo atual, integrando todos os elementos existentes. Este é um fato que torna difícil ao psicólogo a tarefa devolutiva. Atuar neste ponto segundo um planejamento prévio é inconseqüente na medida em que as atitudes do paciente e dos pais podem ser imprevisíveis, exigindo do psicólogo a necessária flexibilidade na forma de conduzir a entrevista. Por exemplo, os pais iniciam uma entrevista devolutiva relatando assuntos alheios à mesma, como forma de manifestar seu receio de ouvir o psicólogo. Nesse caso, compete-lhe lidar precisamente com esta angústia antes de começar a comunicar as informações que possui.

Ao psicólogo cabe incluir na sua devolução tanto os aspectos patológicos como os adaptativos, pois assim transmitirá uma compreensão global dos problemas. Enfatizar somente os aspectos patológicos é uma atitude que, além de fornecer um ponto de vista parcial sobre a problemática, contribui para a intensificação de fantasias

catastróficas de doença do paciente e/ou dos pais. As informações diagnósticas transmitidas pelo psicólogo devem ser aquelas que *podem ser recebidas no momento* pelo paciente e pelos pais; há necessidade, portanto, de se estimar os recursos egóicos dos mesmos, respeitando-se os limites impostos pelos seus sistemas defensivos. Um dos cuidados a serem tomados é o de não centralizar a problemática ou na criança ou nos pais, nem induzi-los a pensar desta forma (que o problema é de um *ou* de outro), acirrando os conflitos existentes nas relações familiares. Supomos importante considerar a problemática como decorrente dos vínculos estabelecidos, por razões já anteriormente citadas.

A devolução, a nosso ver, refere-se às informações diagnósticas, à compreensão obtida e aos encaminhamentos necessários; não inclui conselhos, mesmos quando solicitados, uma vez que estes, ao serem oferecidos, tendem a fazer evitar o uso do pensamento por parte daqueles que procuram atendimento.

No entanto, em algumas ocasiões, o psicólogo pode sentir-se pressionado a dar conselhos (por exemplo, se os pais devem ou não bater no filho) e ser induzido a expor um ponto de vista que não leva em consideração as questões relativas à demanda dos interessados: por que pedem conselhos ao psicólogo? Necessitam de seu apoio para manter ou evitar atitudes conflitivas? Há diferenças entre as sugestões práticas formuladas a partir da compreensão diagnóstica (como, por exemplo, um encaminhamento terapêutico adequado, uma orientação para mudança de escola etc.) e os conselhos. As primeiras visam a lidar com os fatos a partir de uma visão compreensiva, enquanto que os últimos, em geral, acobertam os problemas subjacentes.

De modo geral, não se realizam muitas entrevistas devolutivas. Considera-se sempre a utilidade de pelo menos um retorno com a finalidade de estimar o alcance da compreensão que os interessados tiveram daquilo que lhes foi comunicado (incluindo-se as dúvidas, as decisões tomadas etc.).

Poder-se-á, outrossim, observar efeitos psicoterapêuticos decorrentes do processo psicodiagnóstico. No entanto, o psicólogo, por vezes, nutre elevadas expectativas quanto à capacidade de compreensão e modificação daqueles a quem atende em psicodiagnóstico, sentido-se frustrado quando estas não se realizam. Neste caso, ele estabelece confusão entre a situação diagnóstica e a situação psicoterapêutica.

Quando se trata de diagnóstico psicológico na infância, as entrevistas devolutivas devem ser realizadas primeiramente com os pais (ou seus substitutos) e depois com a criança, uma vez que os

encaminhamentos, quando necessários, somente serão propostos à criança quando aceitos pelos pais ou responsáveis. Se uma criança é informada da necessidade de tratamento, mas não conta com o apoio dos pais, pode intensificar a manifestação de suas dificuldades e fazer aguçar os conflitos intrafamiliares.

Outro aspecto da relação psicólogo-paciente que parece ser muito importante é o fato de ela ser uma relação assimétrica, possibilitando o estabelecimento de uma relação de poder, que se torna mais evidente no momento das entrevistas devolutivas. O psicólogo "sabe" algo que os demais participantes da relação aparentemente não sabem. Tem, portanto, um conhecimento que pode patologicamente manipular. Mas não é somente o "saber" do psicólogo que permite esta manipulação: o próprio paciente pode atribuir magicamente um "saber" ao psicólogo desde o momento em que procurou sua ajuda. Temos verificado que quanto maior é a diferença de classes sociais e desnível cultural existente entre psicólogo e paciente, maior é a possibilidade deste fenômeno ocorrer. De fato, ele ocorre com maior freqüência e intensidade nas instituições do que em consultórios particulares (visto que as pessoas que recorrem a estes últimos geralmente se encontram em melhores condições sócio-econômicas e culturais).

Todavia, mesmo no caso de o atendimento ser realizado em consultórios particulares, a relação de poder pode se desenvolver, como fenômeno inconsciente que é.

Os principais perigos de uma relação de poder se introduzir na entrevista devolutiva são: a) o psicólogo obter gratificações substitutivas e manter controle sobre o paciente; b) o psicólogo menosprezar a capacitação mental do paciente e, com isso, provocar reações negativas por parte deste: c) o psicólogo impedir um real contato, através de jargões técnicos, entre outros aspectos; d) o paciente sentir-se inferiorizado ou, mesmo, aniquilado emocionalmente; e) o paciente tomar as formulações do profissional num sentido definitivo (como verdades absolutas), sem se questionar a respeito etc. Assim, a relação de poder sobrepõe-se à relação de ajuda.

O trabalho em diagnóstico psicológico exige mais do que um preparo teórico e prático. A complexidade que decorre do fato de se basear em uma *relação* entre os participantes do processo torna necessário que o psicólogo clínico desenvolva seu instrumento fundamental de trabalho: sua pessoa. Isto requer não só constante aperfeiçoamento teórico e prático, mas também o desenvolvimento de sua vida emocional (incluindo atitudes reflexivas), só conseguidos através de análise pessoal e prática clínica supervisionada.

6.7. Bibliografia

Aberastury, A. *Teoria y Técnica del Psicoanalisis de Niños.* Buenos Aires, Paidós, 1962.

Ackerman, N. W. *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares.* 4.ª ed. Buenos Aires, Ed. Hormé, 1974.

Berenstein, I. *Família y Enfermedad Mental.* Buenos Aires, Paidós, 1976.

Bleger, J. *Temas de Psicologia (Entrevista y Grupos).* 4.ª ed. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1974.

Grinberg, L. *Culpa y Represión: Estudio Psicoanalítico.* Buenos Aires, Paidós, 1976.

Klein, M.; Heimann, P. e outros. *Os Progressos da Psicanálise.* São Paulo, Zahar, 1969.

Knobel, M. *Psiquiatria Infantil Psicodinâmica.* Buenos Aires, Paidós, 1977.

Laing, R. D. *A Política da Família.* Lisboa, Portugália Editora, 1973.

Mannoni, M. *A Primeira Entrevista em Psicanálise.* Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1981.

Ocampo, M. L.; Arzeno, M. E. e col. *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico.* Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1974, v. I e II.

Rolla, E. H. *Elementos de Psicologia y Psicopatologia Psicoanalítica.* Buenos Aires, Ed. Galerna, 1971.

7

O pensamento clínico e a integração dos dados no diagnóstico psicológico

Ana Maria Trapé Trinca
Elisabeth Becker

7.1. Introdução

Um processo de diagnóstico psicológico procura atingir uma problemática apresentada pelo cliente. Isto implica que, desde o início, seja criada uma disposição para o atendimento por parte do psicólogo, que caracterizará uma relação de identidades: a identidade do psicólogo e a identidade do cliente. Neste capítulo focalizaremos nosso interesse, especificamente, em discutir a manifestação peculiar da identidade do psicólogo que se reflete no processo da integração dos dados, isto é, nos momentos em que ele exerce o pensamento clínico.

Quando supervisionamos a prática do diagnóstico psicológico, realizada por estudantes ou profissionais iniciantes, defrontamo-nos freqüentemente com dificuldades em transmitir as noções básicas do uso do pensamento clínico integrando os diferentes momentos do processo. Os problemas surgem tanto no que se refere à própria definição da natureza do pensamento clínico, como na observação dos momentos em que ocorre esse pensar. Por exemplo, os supervisionandos, geralmente, propõem as seguintes questões: "para que é necessário aprofundar esse dado?", "quando, onde e com que recurso

vou esclarecer esse fato?", "como chegou a perceber essas relações?", "de que maneira é possível organizar um volume imenso de informações?" etc. Queremos destacar a dificuldade do assunto, mas, também, a necessidade de se refletir sobre o que se passa (ou sobre o que tenha se passado) na mente do profissional diante da magnitude da tarefa que se lhe impõe num processo psicodiagnóstico: *conhecer profunda e dinamicamente, em suas múltiplas expressões e determinantes, a dimensão particular e essencial da pessoa que se lhe apresenta como portadora de sofrimento psíquico.*

Mantido por muito tempo como um dom, impregnado, portanto, de caráter algo mágico e pouco científico, acessível apenas àqueles que passaram por árduo trajeto acumulativo de supervisões, prática clínica e psicoterapia ou análise pessoal, o pensamento clínico coloca-se atualmente de forma mais acessível à observação, exame e discussão. Buscaremos, pois, neste trabalho, levantar alguns pontos de reflexão acerca das vicissitudes da tarefa de integração dos dados (incluindo sua formalização, sistematização e organização) derivados dos procedimentos diagnósticos em psicologia clínica.

7.2. Estudos sobre indicadores de integração nos testes projetivos

São escassas as publicações relativas ao estudo do pensamento clínico em nosso meio. Só muito recentemente encontramos a publicação de obras especializadas referentes ao assunto. Mas, a rigor, desde o advento da psicanálise, existiu a preocupação de formalizar indicadores a respeito da integração dos dados. Os trabalhos realizados com testes projetivos vieram a contribuir para isso. Estes testes trouxeram, em função de suas características próprias, a necessidade de obtenção de novos parâmetros de validação, acarretando o estabelecimento de conexões entre diferentes aspectos de seus conteúdos, formas e referenciais teóricos. Surgiu, assim, a relevância da validade de constructo como prova significativa de confiabilidade nos resultados obtidos através do emprego de tais testes. Constata-se, então, que a maioria dos testes projetivos apresenta uma descrição minuciosa dos princípios de interpretação, referindo-se à teoria de personalidade que lhe serve de referência. Os princípios de interpretação dos testes projetivos não deixam de ser, portanto, indicadores de sistematização e organização de dados, mantendo uma correspondência analógica com a integração que se realiza no processo

psicodiagnóstico visto em sua forma extensa. Tal analogia está na base do procedimento de alguns profissionais que, tendo desenvolvido uma familiaridade diferenciada com algumas técnicas de exame de personalidade, priorizam o emprego de tais técnicas como instrumentos de obtenção de informações no diagnóstico da personalidade.

Apesar de não ser, historicamente, o primeiro teste de personalidade, o T.A.T. (Teste de Apercepção Temática) de Henry Murray ilustra significativamente sua conexão com uma teoria de personalidade fundamentalmente motivacional. Murray (1964) postula, como ponto capital de interpretação do seu teste, a identificação, na estória narrada, de um herói, ao qual o sujeito atribuiria suas próprias motivações e que, interagindo com outros personagens, possibilitaria também a identificação das pressões do meio às quais o sujeito se encontra exposto. As ações e emoções vivenciadas pelo herói representariam, assim, as motivações do sujeito, sendo que, ao expressá-las, ele possibilitaria, segundo Murray, a identificação das necessidades latentes que constituiriam a fonte do comportamento manifesto. Considerando-se o estado interior do herói e as relações estabelecidas por ele com outros personagens, teríamos, através das respostas às pranchas, uma possível ligação do comportamento às suas origens, descobrindo-se motivações que talvez não se expressem no comportamento manifesto.

Visando a obter dados acerca do que denomina "variáveis da personalidade", Murray enfatiza, na análise do teste, vinte tipos de necessidades, agrupadas numa lista de motivações, as quais, associadas à lista de fatores internos e de traços gerais, constituem uma orientação para a síntese dos resultados individuais. Pesquisado por vários autores (Tomkins, Aron, Piotrowski, Bellak, Shentoub, Ombredane, entre outros), o T.A.T. oferece-nos atualmente um amplo painel de indicadores e roteiros de análise, tanto no que diz respeito a aspectos formais quanto a conteúdos. Consideramos tais estudos representativos de uma das primeiras formas de abordagem do tema do pensamento clínico, ou seja, que a vinculação dos dados a uma teoria de personalidade proporciona validação aos princípios organizadores de interpretação.

Mais recentemente, observamos no emprego de técnicas projetivas a continuidade do questionamento a respeito de princípios de validação, os quais podem oferecer subsídios ao uso do pensamento clínico. Piccolo (1980), por exemplo, preocupa-se em estabelecer indicadores que permitem utilizar critérios explícitos de processamento de respostas, tanto com finalidades diagnósticas, quanto prognósticas.

A nosso ver, um diagnóstico da personalidade deve responder basicamente a questionamentos nas três áreas seguintes:

a) *Diferenciar graus de psicopatologia.* O diagnóstico deve delimitar graus de integração da personalidade, diferenciando funcionamentos neuróticos de psicóticos.

b) *Diferenciar tipos de personalidade ou quadros nosográficos.* A descrição de características a respeito de como o indivíduo se vincula, assim como de suas defesas e ansiedades predominantes, deve permitir referir o caso individual aos quadros nosográficos ou às estruturas de personalidade subjacentes.

c) *Explicar a dinâmica individual.* Formulam-se indicadores que permitem determinar a incidência da história de vida no estado atual da personalidade, possibilitando uma integração dos comportamentos manifestos do sujeito, suas queixas, ou sintomas, com o material oriundo das técnicas projetivas.

Outra contribuição ao assunto é oferecida por Silva (1981). Ela propõe uma original abordagem que considera as características formais da comunicação nos testes projetivos, e traz para o campo do psicodiagnóstico contribuições da lingüística. Apresenta uma boa visão do que acontece nos testes projetivos porque, "de certo modo, o examinador *projeta* no que é dito pelo sujeito um *sentido*, tanto quanto o sujeito *projeta*, naquilo que compõe o teste, um *sentido*, mais do que isso: há uma dupla projeção de ambas as partes, decorrentes do fato de a interpretação ser um fenômeno central..." [1] (Silva, 1981, p. 15). Torna-se, assim, necessário rever o caráter dogmático de buscar significados ocultos nas respostas apresentadas, substituindo-o pela ênfase no caráter produtivo e criativo da comunicação de quem é interpretado, como atitude básica daquele que assume a função de interpretar. Tal substituição é evidenciada, na prática, mediante um conjunto de procedimentos desenvolvidos pelo examinador ao interpretar o material clínico e que refletem a contribuição particular dessa autora à temática do pensamento clínico na integração dos dados.

Segundo Silva, existem esquemas de raciocínio a serem seguidos pelo psicólogo na elaboração da interpretação de um teste projetivo, além do uso do sistema interpretativo (padronizado) do teste. A autora apresenta uma proposta completa acerca da seqüência e integração derivadas do esquema de interpretação proposto.

---

[1] Os grifos constam do original.

7.3. Estudos sobre a integração de conteúdos no processo diagnóstico

Poucos são os autores que se dedicaram a apresentar modelos de integração dos dados para o psicodiagnóstico como um todo. Observamos que na literatura especializada essa preocupação existe em pesquisadores que fazem uso de teorias do desenvolvimento, especialmente as de abordagem psicanalítica. Apóiam-se em esquemas referenciais evolutivos.

Anna Freud (1971) traçou critérios para a organização dos dados diagnósticos e avaliação psicológica da personalidade de crianças. Ela propõe uma série de itens a serem observados no processo diagnóstico da personalidade infantil, itens esses referentes principalmente às características de desenvolvimento de impulsos, Ego e Superego, aspectos regressivos e pontos de fixação, assim como referentes à identificação de conflitos (estes constituindo-se em determinantes dinâmicos e estruturais).

De maneira geral, Anna Freud considera importantes os fatores relativos à tolerância à frustração e o potencial de sublimação, assim como a atitude global da criança perante as ansiedades, e os conflitos básicos entre as forças de desenvolvimento progressivo *versus* as tendências regressivas. Em síntese, num perfil diagnóstico, o psicólogo deverá levar em conta uma avaliação clinicamente significativa e, para isso, faz parte de sua tarefa decidir-se entre um certo número de categorias dinâmicas.

A proposta de Anna Freud sugere um modo de integração do conjunto dos dados diagnósticos, sob o modelo psicanalítico. Outros autores de orientação psicanalítica, como Wolff (1970), Soifer (1971) e Simon (1977) contribuíram para o assunto apresentando *esquemas referenciais evolutivos* aplicáveis aos conteúdos do material clínico emergentes no processo diagnóstico.

Do ponto de vista epistemológico, Luckert (1965) e Seminério (1977) mostraram preocupações a respeito da integração do conteúdo das informações diagnósticas, questionando pontos como: a) a perspectiva qualitativa *versus* a quantitativa, considerando-se a necessidade de se manter a objetividade e o rigor científico; b) a explicação e a compreensão dos fatos diagnósticos, decorrentes de aspectos do funcionamento mental do psicólogo; c) o risco de se tomar os fenômenos momentâneos e situacionais da personalidade como sendo algo estrutural ou permanente; d) o problema da subjetividade do profissional, e sua interferência sobre as conclusões diagnósticas etc.

O problema da integração do conteúdo das informações difere, porém, do problema das formas de pensamento utilizadas pelo profissional. Estas podem ser estudadas em separado.

7.4. Formas de pensamento clínico em diagnóstico da personalidade

Foi Trinca (1983) quem se propôs verificar, em uma pesquisa de campo, as formas de pensamentos utilizadas pelos profissionais em diagnóstico da personalidade. Ele caracterizou como formas de pensamentos "aquelas disposições que permanecem constantes quando todo componente de determinado pensamento clínico é substituído por outro" (Trinca, *idem*, p. 32). Em sua pesquisa, determinou quinze diferentes formas de pensamentos, algumas delas mais ligadas à percepção, outras à analogia, outras, ainda, à dedução ou à indução. Há formas mais ligadas à intuição, e formas que possuem correspondência com processos descritos pela Psicologia da *Gestalt*. São as seguintes as formas de pensamento por ele descritas:

a) *Apreensão de objeto presente, dado.* A *percepção* de uma totalidade organizada, ou síntese perceptiva dos dados, manifesta-se como conclusão diagnóstica.

b) *Identificação de objetos semelhantes aos da experiência anterior.* É o reconhecimento, por parte do profissional, daquilo que está presente, na sua experiência atual com um cliente, como análogo àquilo que fez parte de sua experiência anterior com outro ou outros clientes. A conclusão decorre da analogia entre essas duas situações.

c) *Analogia entre partes constituintes de um mesmo objeto.* Verifica-se em determinado momento que há no contexto diagnóstico partes cujo significado é conhecido e partes cujo significado é desconhecido. Havendo propriedades semelhantes entre os dados de ambas as partes, a conclusão é inferida por meio de analogia.

d) *Pensamento classificatório.* É separar, agrupar e dar sentido aos dados de acordo com princípios classificatórios como, por exemplo, a nosografia.

e) *Recorrência à teoria.* Os dados são reconhecidos como semelhantes a outros, referidos por teorias psicológicas explícitas. A conclusão é, assim, alcançada por analogia.

f) *Dedução.* O que é dito de determinada regularidade geral, é dito dos fenômenos singulares que nela estão contidos. A conclusão é inferida por meio da relação lógica que existe entre as premissas (cujo significado é conhecido) e os dados de um caso clínico (cujo significado é inicialmente desconhecido).

g) *Prova de hipótese.* São levantadas hipóteses diagnósticas e, a seguir, imaginados processos para verificação das mesmas. Realizam-se procedimentos práticos de verificação que resultam em conclusões, nas quais as hipóteses são rejeitadas ou não rejeitadas.

h) *Denominador comum.* Há um fator que expressa a característica dos dados de possuírem significado idêntico ou equivalente, que se repete ao longo das várias partes do processo diagnóstico (tomando a forma aproximada de uma constante), e que indutivamente implica a conclusão diagnóstica.

i) *Pistas indicativas da solução.* Consiste em observar no material clínico pistas, sinais e outros elementos indicativos da solução, e inferi-la a partir destes indicadores.

j) *Articulação das partes entre si.* O material clínico é separado por partes que são analisadas, sofrendo a análise de cada parte a influência das demais, em um processo de interação. Há esclarecimento recíproco (das partes entre si e das partes com o todo) e construção de uma configuração, ou conclusão diagnóstica, através de sínteses progressivas.

k) *Exclusão das alternativas menos verossímeis em um processo de tentativas.* A solução diagnóstica, aqui, dimana de tentativas e eliminação de hipóteses menos verossímeis. Há um processo de peneiração e afunilamento, cujo objetivo é a determinação de hipóteses decisivas e, afinal, daquela hipótese que tem maior aproximação à verdade.

l) *Visão simultânea de conjunto.* Em determinado momento do processo diagnóstico, há uma visão sincrônica e globalizadora do significado dos dados, na qual cada parte é observada como parte de um todo significativo.

m) *Fechamento.* Reconhece-se haver no conjunto dos dados uma lacuna que inicialmente impede a solução diagnóstica. No momento em que é descoberto o significado do fator lacunar, ocorre uma reestruturação no contexto diagnóstico, surgindo significado para o conjunto dos dados.

n) *Imagens intuitivas.* Da comunicação do cliente ao profissional, este seleciona aspectos não-verbais que lhe provocam o aparecimento de imagens intuitivas. A conclusão diagnóstica é alcançada pela observação e interpretação do significado dessas imagens.

o) *O sentir, em contexto mais abrangente.* O sentir do profissional é empregado para a obtenção da conclusão diagnóstica, desde que seja um sentir que possa ser transformado em conhecimento.

A integração dos dados no diagnóstico psicológico sendo, porém, um assunto extremamente complexo, permite que se o apresente e discuta a partir de vários ângulos. É o que continuaremos a fazer, agora, do ponto de vista de um posicionamento geral a respeito do problema.

7.5. O pensamento clínico e as condições básicas para o seu funcionamento

Quando o psicólogo se defronta com um trabalho específico de diagnóstico psicológico, percebe, muitas vezes, a presença de inúmeros elementos que interferem em sua maneira de pensar. Na relação psicólogo-cliente despontam fatores de inúmeros tipos, provenientes de setores bastante diversos. O objetivo com que se realiza o diagnóstico, o local de trabalho, a expectativa que o profissional tem em relação a essa atividade, suas experiências anteriores, as características próprias do cliente, o grau de psicopatologia apresentado, o tipo ou qualidade da formação teórico-prática do profissional, os modos específicos de pensamento deste e suas formas básicas de se relacionar com o mundo são apenas alguns dos exemplos da vasta gama de fatores que se acham presentes pressionando, interferindo, conduzindo o modo como o psicólogo realiza sua tarefa.

Às vezes, principalmente quando se depara com seus primeiros clientes, o psicólogo não reconhece ou não discrimina claramente a existência de tais fatores, e não pode, então, avaliar a influência que eles exercem sobre sua atividade. Nestas ocasiões, quase sempre prevalece a angústia de se confrontar com um estado caótico, onde informações objetivas se misturam com suposições subjetivas. Há, também, no profissional, expectativas próprias de vir a ter uma boa atuação, aliadas às expectativas atribuídas a colegas, superiores, chefes etc. e, ainda, seu temor profundo de poder vir a causar danos ao cliente, ao invés de ajudá-lo. Isto produz no iniciante em diagnóstico psicológico a sensação de estar cego para os fatos, impossibilitado de encontrar um caminho entre eles, de vislumbrar qual seja seu real objetivo. Não se sente fortalecido, ao menos, por empregar um referencial teórico, pois, nesse estado emocional, não pode reconhecer prioridades entre os fatos.

Consideramos, pois, de suma importância, para aquele que inicia a aprendizagem do diagnóstico psicológico, discutir-se a definição, a delimitação do campo e a organização dos fatores externos e internos à situação diagnóstica.

1. *O objetivo e a profundidade do psicodiagnóstico e sua relação com a integração dos dados*

Pretendemos focalizar inicialmente a questão relativa ao *objetivo* de determinado estudo diagnóstico. Ele pode, por exemplo, ter como finalidade inserir o cliente em quadros nosográficos (especial-

mente quando é realizado em ambulatórios de hospitais psiquiátricos), ou pode ser utilizado apenas como um processo de triagem em clínica-escola ligada a Faculdade de Psicologia, ou, ainda, constituir a avaliação psicológica habitual do atendimento de um profissional em seu consultório particular. Dependendo do objetivo a ser alcançado, o psicólogo pode orientar uma pesquisa buscando, em cada caso, elementos que o auxiliem a atingir a conclusão diagnóstica. A necessidade que surge muitas vezes, em hospitais psiquiátricos, de se definir quadros nosográficos, induz o profissional a valorizar a sintomatologia apresentada pelo cliente, ou os resultados de testes psicológicos de per si. Nas clínicas-escolas de Psicologia, a triagem dos clientes é realizada, quase sempre, sem se levar em conta a dinâmica emocional profunda. A integração dos dados depende, pois, da natureza e qualidade destes, as quais, por sua vez, dependem do objetivo da tarefa. Pode-se dizer, via de regra, que, quando a tarefa é realizada de modo sumário, os processos de pensamento envolvidos são, também, sumários.

A variável *profundidade* do estudo diagnóstico refere-se à maior ou menor abrangência compreensiva da complexidade dos fatores que compõem a perturbação de personalidade de determinado indivíduo. Podemos citar como exemplo de realização de profundidade a penetração na história do desenvolvimento da perturbação, nas formas de manutenção da mesma, nas relações intrafamiliares e sócio-culturais do indivíduo, nas defesas utilizadas, nas principais angústias e fantasias inconscientes.

Há uma relação entre o objetivo de um estudo diagnóstico e a profundidade que ele pode atingir. Às vezes, não há condições propícias de se atingir maior profundidade na penetração dos processos psicopatológicos. Por exemplo, quando o objetivo do trabalho é a realização de uma simples triagem, nem sempre uma maior profundidade na compreensão da vida psíquica pode ser obtida. Em termos de pensamento clínico, a tarefa parece tornar-se simplificada quando a penetração na vida psíquica é menor. Geralmente, nestes casos, as formas de pensamento empregadas são, também, mais simples. Por outro lado, pode ocorrer, aí, um aumento no grau de incerteza quanto às conclusões diagnósticas devido à insuficiente investigação.

Além das referidas, observamos, outrossim, outras variáveis: aquelas que são impostas pelas oportunidades que o meio oferece (local de trabalho), aquelas ditadas pelas possibilidades do próprio cliente e aquelas referentes às possibilidades de quem atende.

2. *As condições situacionais e a qualidade do pensamento clínico*

Há variáveis próprias do local de trabalho do psicólogo, que podem condicionar as manifestações do pensamento clínico. Freqüentemente, as formas que esse pensamento assume são decorrentes das condições exteriores em que o trabalho se dá. Por exemplo, que amplitude de alternativas existe para um psicólogo que trabalha em setores de serviço público em que há centenas de crianças demandando um único espaço para atendimento? Problemas complementares de manutenção de emprego, produtividade, necessidade de obter ganhos etc. contribuem em grande parte para condições insatisfatórias de trabalho. Nestes casos, o psicólogo encontra-se menos livre para poder exercitar sua apreensão de conteúdos psíquicos em condições emocionais propícias a ele e ao cliente. Tendem a ocorrer pensamentos de tipo mais formal e rígido, quando não estereotipados. As formas de pensamentos que podem prevalecer nessas situações são simples analogias, relacionadas com experiências anteriores. O risco que o profissional corre, ao atuar em condições precárias de trabalho, é o de um empobrecimento geral em relação à individualidade e à identificação dos problemas do cliente. Ou seja, o cliente será não-diferenciado e, apenas, *mais um cliente* a ser encaixado em um sistema previamente configurado. Com relação ao próprio profissional, implica riscos de restrições à sua capacidade de pensar, e de cristalização de suas possibilidades de apreensão.

3. *O pensamento clínico em função da personalidade do cliente*

Há diferenças tão acentuadas e marcantes entre os clientes que não ocorrem, por assim dizer, dois atendimentos semelhantes. O cliente pode procurar ajuda psicológica por vários motivos, mas, considerando-se o aspecto mais geral da situação, ele procura espontaneamente (quando percebe a existência de problemas psíquicos) ou é encaminhado (geralmente pela escola, quando se trata de crianças, ou por outros profissionais). A atitude do cliente em relação ao trabalho do psicólogo está muitas vezes previamente condicionada em função de simples diferenças iniciais de procura. Freqüentemente, observamos acentuadas divergências de percepção a respeito do problema entre quem encaminhou e o próprio encaminhado. Esta divergência determina, quase sempre, dificuldades extras no desenvolvimento do processo diagnóstico, que influem na modalidade do pensamento clínico do psicólogo. Existem clientes que possuem maior

contato com seus conteúdos psíquicos; outros apresentam-se muito distanciados de si mesmos, impelindo o psicólogo a proliferar entrevistas e/ou o uso de outras técnicas especializadas a fim de buscar atingir aspectos da mente que se mostram quase inacessíveis. Há clientes de todo tipo: personalidades histéricas, psicopáticas, paranóides, fóbicos etc., cada qual convidando o psicólogo a renovar-se, a ajustar-se e desenvolver novas formas de relacionamento interpessoal e de abordagem dos problemas. O material clínico assim obtido é permeado de sugestões em múltiplas direções, resistências, necessidades de expressão emocional genuína, comunicações pré-verbais etc., isto aliando-se a um fator inefável, quase sempre presente, que torna aquela personalidade única e inatingível, irredutível a descrições. O uso do pensamento é, então, algo que procura tornar inteligível aquilo que faz parte de um profundo desconhecido e que emerge do universo de nossa ignorância.

Em suma, inúmeras são as forças que exercem pressão sobre o trabalho do profissional e que, de uma ou de outra forma, atuam sobre seu pensamento, seja na forma ou no conteúdo. Isto é, a possibilidade de captação daquilo que é significativo no conjunto do material clínico é conseqüência, entre inúmeros outros aspectos, de influências externas, de fatores que permeiam a relação com o cliente e de elementos contidos na própria personalidade do psicólogo. Não podemos dar a esse respeito senão uma pálida idéia, dada a complexidade dos fatores envolvidos e a interação entre eles.

4. *O psicólogo como elemento central e catalisador*

Ao realizarmos um diagnóstico de personalidade empregamos recursos técnicos com a finalidade de obter informações sobre o cliente, seu meio familiar, social etc. Essas informações refletem tanto aspectos objetivos (saúde, trabalho, vida familiar etc.) como aspectos subjetivos (angústias, fantasias inconscientes, defesas etc.). O material clínico varia, dentro de determinados padrões, de acordo com a necessidade que o profissional sente de ter acesso a certos setores de investigação, na personalidade do cliente. Os resultados obtidos constituem os assim chamados "dados". Por exemplo, as informações que os pais oferecem sobre o desenvolvimento psicomotor de um filho, as interpretações das estórias de um CAT (Children's Apperception Test), ou os resultados de um teste de nível mental são "dados". No entanto, esses "dados", quando parciais, não são, por si só, concludentes. Para se atingir a conclusão diagnóstica, é absolutamente necessária a introdução de um elemento catalisador, que dê sentido aos "dados" e que produza um movimento de metabo-

lização no conjunto dos resultados parciais obtidos. Este elemento transforma a informação parcial em algo vivo e totalizador. E um elemento existente na personalidade do psicólogo, e é originado em suas qualidades de pensar e de sentir. Tais atributos, que estão presentes em todo ser humano, estão supostamente desenvolvidos no psicólogo clínico. À medida que ele adquira experiências humanas e profissionais e tenha conhecimentos mais profundos de si próprio, encontrar-se-á melhor aparelhado para o uso de sua equipagem mental para apreender estados emocionais em seus clientes. Notamos, todavia, que tanto estudantes como profissionais iniciantes em Psicologia pouco confiam em suas possibilidades internas de captar e avaliar a vida emocional de seus clientes fazendo uso de sua intuição, discernimento e sensibilidade. Surge, talvez por isso, uma necessidade incoercível de se escorarem em testes "objetivos" e infindáveis levantamentos de informações.

Quando o psicólogo está funcionando em sua vida emocional de maneira harmônica e unitária, em contacto com seus objetos internos, pode vir a apreender a realidade psíquica de seu cliente como uma unidade dinâmica. Neste caso pode integrar as diferentes facetas daquela personalidade que, habitualmente, surge de modo fracionado no estudo diagnóstico através de testes psicológicos, entrevistas e outras técnicas de investigação clínica.

A apreensão de conteúdos latentes (que se encontram para além dos dados manifestos) define uma posição do psicólogo frente ao cliente. Essa apreensão relaciona-se, fundamentalmente, com sua capacidade de percepção do mundo interno. O pensamento clínico (neste momento referimo-nos principalmente ao diagnóstico psicológico do tipo compreensivo) é dependente, pois, da condição de o psicólogo entrar em contacto com fenômenos mentais de outros indivíduos e de interpretá-los.

O psicólogo é, portanto, a figura central. É o pólo norteador, o continente, o catalisador de todo o processo e aquele que metaboliza os dados. Para chegar a este ponto passa por um longo processo de preparação pessoal, devendo manter sempre presente, como atitude implícita, a possibilidade de atualização de seu potencial, tanto no sentido teórico-prático, como, principalmente, no sentido emocional.

7.6. Bibliografia

Anzieu, Didier. *Os Métodos Projetivos*. Trad. M. L. Eirado Silva. Rio de Janeiro, Campus, 1981.

Bohoslavsky, Rodolfo. *Orientação Vocacional: A Estratégia Clínica*. Trad. J. M. V. Bojart. São Paulo, Martins Fontes, 1977 (Série Psicologia e Pedagogia).

Freud, Anna. *Infância Normal e Patológica: Determinantes do Desenvolvimento*. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1971 (Psyche).

Jung, C. G. e Wilhelm, R. *O Segredo da Flor de Ouro; um Livro de Vida Chinês*. Trad. de D. F. Silva e M. L. Appy, Petrópolis, Vozes, 1983.

Kalina, Eduardo. *O processo diagnóstico em psicanálise de adolescentes*. In: Aberastury, Arminda *et alii*. *Adolescência*. Trad. de Ruth Cabral. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

Luckert, Heinz Rolf. *La Problemática del Diagnóstico de Personalidad*. Buenos Aires, Editorial Nova, 1971.

Macedo, Rosa Maria (org.). *Psicologia e Instituição: Novas Formas de Atendimento*. São Paulo, Cortez, 1984.

Murray, H. A. e col. *Test de Apercepción Temática (TAT)*. 4.ª ed Buenos Aires, Paidós, 1964.

Perez-Ramos, Aydil Macedo de. *Psicologia Clínica: Técnicas de Diagnóstico*. Madrid, Editorial Mediterrâneo, 1966.

Piccolo, Elza Grassano de. *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.

Seminerio, Franco Lo Presti. *Diagnóstico Psicológico: Técnica do Exame Psicológico, Fundamentos Epistemológicos*. São Paulo, Atlas, 1977. (Coleção de Psicologia F. L. Seminerio)

Silva, Maria Lúcia do Eirado. *Interpretação de Testes Projetivos: Projeção e Representação*. Rio de Janeiro, Campus, 1981. (Textos contemporâneos em Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria; 3)

Simon, Ryad. As séries complementares de Freud como base para uma história natural dos distúrbios mentais. *Jornal de Psicanálise*, *9*(22), 1977.

Soifer, Raquel. *Psiquiatria Infantil Operativa*. Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1971.

Trinca, Walter. Caracterização das formas de pensamento em diagnóstico da personalidade. São Paulo, *Boletim de Psicologia*, *33*(82/83): 33-59, 1982.

————. *Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática*. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

————. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.

Wolff, Sula. *Trastornos Psíquicos del Niño — Causas y Tratamientos*. Trad. de M. C. Rueda. Madrid, Siglo XXI de España, 1970. (Psicologia y Educación)

Freud, Anna. *Infância Normal e Patológica: Determinantes do Desenvolvimento.* Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1971 (Psyche).

Jung, C. G. e Wilhelm, R. *O Segredo da Flor de Ouro; um Livro de Vida Chinês.* Trad. de D. F. Silva e M. L. Appy, Petrópolis, Vozes, 1983.

Kalina, Eduardo. *O processo diagnóstico em psicanálise de adolescentes.* In: Aberastury, Arminda *et alii. Adolescência.* Trad. de Ruth Cabral. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.

Luckert, Heinz Rolf. *La Problemática del Diagnóstico de Personalidad.* Buenos Aires, Editorial Nova, 1971.

Macedo, Rosa Maria (org.). *Psicologia e Instituição: Novas Formas de Atendimento.* São Paulo, Cortez, 1984.

Murray, H. A. e col. *Test de Apercepción Temática (TAT).* 4.ª ed Buenos Aires, Paidós, 1964.

Perez-Ramos, Aydil Macedo de. *Psicologia Clínica: Técnicas de Diagnóstico.* Madrid, Editorial Mediterrâneo, 1966.

Piccolo, Elza Grassano de. *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.

Seminerio, Franco Lo Presti. *Diagnóstico Psicológico: Técnica do Exame Psicológico, Fundamentos Epistemológicos.* São Paulo, Atlas, 1977. (Coleção de Psicologia F. L. Seminerio)

Silva, Maria Lúcia do Eirado. *Interpretação de Testes Projetivos: Projeção e Representação.* Rio de Janeiro, Campus, 1981. (Textos contemporâneos em Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria; 3)

Simon, Ryad. As séries complementares de Freud como base para uma história natural dos distúrbios mentais. *Jornal de Psicanálise, 9*(22), 1977.

Soifer, Raquel. *Psiquiatria Infantil Operativa.* Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1971.

Trinca, Walter. Caracterização das formas de pensamento em diagnóstico da personalidade. São Paulo, *Boletim de Psicologia, 33*(82/83): 33-59, 1982.

————. *Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática.* Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

————. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade.* Petrópolis, Vozes, 1983.

Wolff, Sula. *Trastornos Psíquicos del Niño — Causas y Tratamientos.* Trad. de M. C. Rueda. Madrid, Siglo XXI de España, 1970. (Psicologia y Educación)

8

O término do processo psicodiagnóstico

Sônia Regina Jubelini

8.1. Introdução

O profissional, ao dar início ao processo psicodiagnóstico, assume compromissos com o paciente, com seus familiares e também com outros profissionais envolvidos com o caso. Todo o processo caminha, pois, para uma conclusão que seja, na melhor das hipóteses, um adequado fechamento do ciclo.

Um dos fatores que dá início ao processo diagnóstico é constituído pelas "queixas". A partir deste ponto, o psicólogo procura meios de elucidação daquilo que se passa com o paciente. Para isso, após a obtenção de informações e o estabelecimento de relações e conexões entre os diferentes níveis do material clínico, poderá chegar a compreender os significados dos distúrbios e transmitir tal conhecimento.

Freqüentemente, para o paciente, o ponto alto do processo está nas entrevistas devolutivas. São os momentos em que ele tem a oportunidade de melhor sintonizar-se com as razões de suas queixas, e com o que deve ser feito para melhorar seus sofrimentos. Mas outros elementos entram em jogo e merecem detida apreciação. São eles: encaminhamentos, informes psicológicos e entrevistas com outros profissionais interessados.

8.2. Encaminhamentos

Na fase de encaminhamentos o psicólogo indica elementos para decisões a serem tomadas, tendo por base a compreensão que teve de aspectos da personalidade do indivíduo estudado. Os encaminhamentos devem estar estribados nas conclusões diagnósticas e prognósticas. Para estimar qual a melhor orientação a ser seguida, considera-se a presença de múltiplas variáveis, entre elas os tipos de problemas apresentados pelo paciente e a determinação da natureza, intensidade e relevância dos distúrbios. O psicólogo orientar-se-á, também, pelos aspectos sadios do paciente, incluindo sua capacidade de assimilar contribuições adaptativas do exterior e de se modificar em função delas.

As condições psicológicas e econômicas do grupo familiar assumem, outrossim, relevante papel. Deve-se levar em conta a maior ou menor permeabilidade deste grupo em relação aos encaminhamentos, tanto do paciente quanto de outros de seus membros. Por outro lado, ao se realizar encaminhamentos, é tarefa importante discutir com os participantes suas reais condições de efetivação e atualização desses encaminhamentos, considerando-se a situação sócio-econômica e cultural da família. Quando não é dado o devido peso a essa situação, despertam-se geralmente grandes ansiedades, sentimentos de impotência e intensificam-se conflitos no paciente e seus familiares. Por exemplo, se um grupo familiar assume um atendimento para um de seus membros incompatível com sua realidade financeira, poderá interromper prematuramente esse atendimento com fim de se ver livre do ônus, ou exercer pressões sobre a pessoa atendida a fim de que evolua rapidamente.

Muitas vezes, o psicólogo defronta-se com o fato da existência de encaminhamentos múltiplos, sejam eles relacionados ao próprio paciente ou à família. Nem sempre convém que todos os encaminhamentos se realizem simultaneamente, tanto para não sobrecarregar o paciente e/ou a família, quanto para não criar incompatibilidade entre diferentes técnicas terapêuticas. Neste caso, é preciso ter em vista uma *escala de prioridades.* Não há critérios fixos para a escolha de prioridades, devendo cada caso ser apreciado em suas particularidades. É essencial, na determinação dos encaminhamentos prioritários, que o psicólogo clínico se coloque ante um leque de possibilidades com uma visão ampla dos problemas, evitando a tendenciosidade própria do especialista que prioriza as indicações dentro de sua área.

Considerando que os encaminhamentos decorrem de uma avaliação global de diferentes funções adaptativas do indivíduo, nem

sempre dizem respeito, apenas, a indicações de atendimentos psicológicos. As conclusões diagnósticas, resultando de uma análise das condições internas e externas de vida do paciente, podem implicar em indicações para a procura de especialistas de outras áreas, sugestões para o desenvolvimento de habilidades específicas etc.

Quanto aos encaminhamentos à área da Psicologia, costumam-se verificar, dentre o leque de possibilidades existentes, quais as alternativas que melhor se adaptam à problemática do indivíduo em foco. Pensamos que, sendo cada indivíduo um ser único e sua problemática peculiar, necessita ser posto em correspondência com aquilo que propriamente lhe diz respeito dentro da variada gama dos possíveis atendimentos psicológicos existentes. Por exemplo, em um encaminhamento para psicoterapia é mister indicar aquela que se considera mais eficaz, por conhecimentos anteriormente acumulados em outros casos, para o tipo de problemática que o paciente apresenta (psicodrama, análise transacional, terapia comportamental, psicoterapia psicanalítica, psicanálise etc.). A compatibilização a ser feita não é somente das técnicas psicoterapêuticas com a personalidade do paciente mas, ainda, desta com a personalidade do profissional.

São inúmeras as questões que podem surgir relacionadas aos encaminhamentos do paciente, de tal forma que não temos a pretensão de esgotar o assunto. Deve-se atentar, porém, ao fato de que estes problemas são geralmente ventilados de modo amplo nas entrevistas devolutivas. Assim, os encaminhamentos constituem decorrência de todos os passos anteriores do processo diagnóstico, cuja discussão foi feita em capítulos anteriores deste livro.

8.3. Considerações gerais sobre o informe psicológico

O informe psicológico é uma condensação escrita de dados relevantes do paciente, articulados no sentido de tornar possível uma compreensão globalizada deste. O profissional deve elaborá-lo de forma a propiciar ao leitor o reconhecimento dos fatores psicológicos essenciais do paciente, bem como a elucidação do significado das perturbações.

Tornando-se relativamente possível a previsão de atitudes do paciente em determinadas ocasiões, o informe psicológico servirá de subsídio a outros profissionais que necessitem dos dados. Assim, estes profissionais terão melhores condições de tomar decisões e arquitetar estratégias de ação para seu trabalho.

O informe psicológico não fornece somente conhecimentos a respeito do paciente e de seu meio familiar. Torna-se de algum modo

revelador da forma como o profissional funciona e percebe seu papel. Na medida em que é, também, instrumento capaz de trazer à tona aspectos pessoais do psicólogo, pode haver uma tendência de sua elaboração ser evitada ou, então, a sua real importância ser negada, o que se traduz, neste último caso, por relatos estereotipados que pouco informam sobre o indivíduo em estudo. Segundo L'Abate (1967, Cap. XII), o nível médio dos relatórios psicológicos é pouco útil porque, às vezes, estão embasados numa falsa realidade, formulando recomendações totalmente irrealizáveis. E isto não é o que se esperaria de profissionais que se ocupam do bem-estar dos indivíduos.

O informe não deve se isentar de responder às perguntas formuladas por quem solicitou o estudo (neurologista, pediatra, orientador pedagógico, instituições de vários tipos etc.). Cada solicitação traz implícita ou explicitamente uma necessidade, sendo importante que o psicólogo a reconheça e a atenda na medida do possível.

Atualmente o número de psicólogos clínicos que trabalham conveniados a várias instituições é grande. Tais instituições requisitam periodicamente informes psicológicos com a finalidade de, na maior parte das vezes, comprovar a necessidade da continuidade dos atendimentos em curso.

É importante que, no contrato estabelecido entre o psicólogo e a instituição, sejam esclarecidos aspectos concernentes à comunicação a esta de informações sobre os pacientes. Embora a instituição precise de informações a fim de responsabilizar-se pela manutenção do atendimento psicológico do indivíduo, estas devem se restringir ao mínimo necessário para as tomadas de decisões por parte da instituição, resguardando-se a intimidade do paciente. Normalmente estes informes vão para setores administrativos e podem ser consultados por leigos. Quando, na instituição, existe um serviço de psicologia, os informes poderão ser mais detalhados, cabendo aos psicólogos responsáveis pelo serviço zelar pelo sigilo das informações, não permitindo que as mesmas sejam manipuladas em detrimento do paciente.

Quando se trata de informes para uso judicial surgem duas situações com objetivos diferentes. A primeira refere-se aos informes que têm por finalidade assessorar a autoridade competente em suas decisões, sendo feitos de conformidade com os padrões estabelecidos para esse tipo de serviço; é um exercício profissional que se constitui, praticamente, em atividade especializada. Nestes casos, o psicólogo realiza o atendimento com a finalidade de elaborar o informe judicial, tendo a aquiescência do paciente ou de seus responsáveis. A segunda situação prende-se à socilitação de informes por parte de autoridades, referentes a pacientes do psicólogo, que foram ou estão sendo atendidos sem as finalidades acima. Trata-se, por exemplo,

de solicitações de informações sobre pessoas que procuraram o atendimento com objetivos psicoterapêuticos ou psicodiagnósticos. O profissional, estribado no Código de Ética, não é obrigado a enviar informes que possam comprometer a vida íntima do paciente ou a relação profissional estabelecida entre ambos.

A linguagem nos informes psicológicos deve ser sempre clara, fluente e acessível. Segundo L'Abate (1967) ela deve ter consistência e continuidade internas, isto é, ser construída dentro de uma estrutura coerente e unitária.

Muitas vezes, é mais indicado resolver o assunto através de entrevistas com as partes interessadas do que enviar-lhes informes escritos. Nem sempre isto é possível; contudo, sabemos que a discussão de casos através das entrevistas traz inúmeras vantagens, além de permitir uma noção mais clara das inferências e necessidades dos demais interessados.

É conveniente ouvir outros profissionais com a finalidade de, entre outros aspectos, tornar relativa a visão psicológica quando inserida em um contexto maior.

8.4. Sugestões para a composição do informe psicológico

Existem muitas formas de se preparar informes escritos. Estes dependem em parte do estilo de cada profissional e do pensamento clínico que utiliza durante o processo de diagnóstico. Entretanto, certos aspectos são relativamente constantes, de modo que podem ser indicados. A seguir, oferecemos algumas sugestões para a elaboração desses informes, destinados, principalmente, a alunos estagiários e psicólogos principiantes. Para simplificar a redação, convém subdividir o texto em itens que facilitem a organização e a compreensão dos dados. São eles:

a) *Dados de identificação.* Nome, sexo, idade, data de nascimento, escolaridade, nacionalidade, local de origem, religião etc. Poderá constar um genetograma que especifique nome, idade, profissão, função e grau de escolaridade de cada elemento do grupo familiar. Na figura 8.1 temos um exemplo de caso fictício.

Desta forma, tem-se uma visão imediata da inserção do indivíduo em seu mundo microssocial.

b) *Motivos da consulta.* Queixas apresentadas, relatando-se a forma como expressam verbalmente o problema. Há queixas do próprio paciente, da família, da escola e de outras fontes.

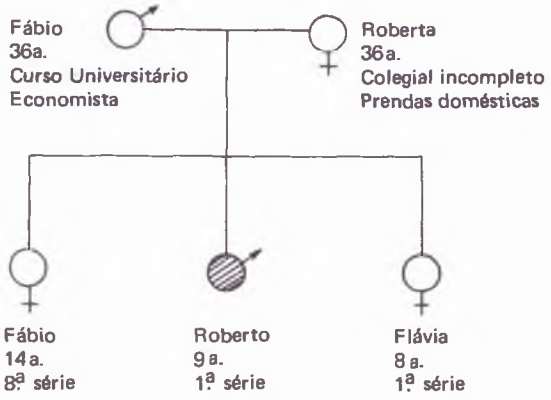


Figura 8.1. Neste genetograma o paciente é assinalado com a notação

c) *Recursos utilizados no processo diagnóstico.* Especificar a quantidade das entrevistas e observações realizadas, bem como as técnicas de investigações clínicas e testes psicológicos utilizados. Os resultados do emprego destes recursos devem ser expostos de modo conciso e claro.

d) *Histórico de vida.* Apresenta-se um resumo dos aspectos relevantes da história de vida do sujeito que possibilite conhecer seu processo evolutivo, as principais etapas de seu desenvolvimento e o estado em que se encontra sua vida no presente. Sugere-se acrescentar uma análise interpretativa demonstrando a maneira como o psicólogo considerou estes aspectos.

e) *Descrição do grupo familiar e sua dinâmica.* Inclui dados descritivos e dados dinâmicos. Os dados descritivos compreendem: onde habitam, quantos residem no mesmo lugar, situação sócio-econômica da família, saúde física de seus membros, hábitos e valores que possuem etc. Os dados dinâmicos dizem respeito ao jogo de forças e ao conjunto das principais forças intrafamiliares em interação com o paciente.

f) *Síntese ou conclusões diagnósticas.* Esta parte é constituída por um relato daquilo que o psicólogo pôde perceber e integrar no contexto do psicodiagnóstico como sendo sua compreensão psicológica globalizadora do paciente. Evidencia aspectos descritivos da

personalidade, assim como elucida possíveis significados para suas perturbações, com ênfase nos fatores internos e externos que resultam em desajustamentos. Importa, também, mencionar os aspectos saudáveis do indivíduo. A compreensão psicológica globalizada implica respostas que o psicólogo oferece àquelas indagações que motivaram o estudo. Isto é realizado não em termos de verdades absolutas, mas sim como hipóteses dependentes de corroboração. É um relato sintético que procura, também, configurar os principais focos de angústias, fantasias inconscientes e mecanismos de defesa predominantemente utilizados.

g) *Prognóstico.* Sendo uma decorrência das conclusões diagnósticas, refere-se não apenas ao prognóstico sobre as perturbações como, também, sobre os recursos emocionais do paciente e do grupo familiar para lidar com as mesmas e suportar os atendimentos requeridos.

h) *Encaminhamentos.* As informações, aqui, dizem respeito às escolhas e indicações mencionadas na 2.ª parte deste capítulo e que no informe são expressas de modo breve, relacionando-as às entrevistas devolutivas.

8.5. Bibliografia

Ajuriaguerra, J. *La Elección Terapéutica en Psiquiatria Infantil.* Barcelona, Toray-Masson, 1970.

L'Abate, L. *Princípios de Psicologia Clínica.* Buenos Aires, Paidós, 1967.

Ocampo, M. L. S. e col. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas.* São Paulo, Martins Fontes, 1981.

9

Bibliografia geral

Aberastury, A. *A Criança e seus Jogos.* Petrópolis, Vozes, 1972.

Aberastury, A. *Psicanálise da Criança. Teoria e Técnica.* Trad. de Ana Lúcia Leite Campos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

Ackermam, M. W. *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Psicodinamismos de la Vida Familiar.* Buenos Aires, Ed. Hormé, 1971.

Adrados, I. *Orientação Infantil.* Petrópolis, Vozes, 1971.

Adrados, I. *Manual de Psicodiagnóstico e Diagnóstico Diferencial.* Petrópolis, Vozes, 1982.

Ajuriaguerra, J. de. *La Elección Terapéutica en Psiquiatría Infantil.* Barcelona, Toray-Masson, 1970.

Ajuriaguerra, J. de. *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant.* Paris, Masson, 1973.

Anderson y Anderson. *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico.* Madrid, Rialp, 1963.

Anzieu, Didier. *Os Métodos Projetivos.* Trad. de M. L. Eirado Silva. Rio de Janeiro, Campus, 1981.

Arfouilloux, J. C. *A Entrevista com a Criança. A Abordagem da Criança através do Diálogo, do Brinquedo e do Desenho.* Trad. de Analúcia T. Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. (Ciências da Educação)

Assumpção, M. L. *Estruturação da Entrevista Psicológica.* São Paulo, Atlas, 1977.

Augras, M. *O Ser da Compreensão: Fenomenologia da Situação de Psicodiagnóstico.* Petrópolis, Vozes, 1978.

Baranger, W. *Posição e Objeto na Obra de Melanie Klein.* Trad. de Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

Benjamin, A. *A Entrevista de Ajuda.* São Paulo, Martins Fontes, 1978.

Bion, W. R. *Volviendo a Pensar.* Trad. de D. R. Wagner. Buenos Aires, Hormé, 1972.

Bleger, J. *Temas de Psicologia.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1974.

Bleger, J. *Psicologia de la Conducta.* 3.ª ed. Buenos Aires, Paidós, 1975.

Bleger, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

Brafmam, A. H. Entrevistas Diagnósticas. *Rev. Bras. Psicanálise, 8*(1): 77-98, 1974.

Bremmer, C. *Noções Básicas de Psicanálise: Introdução à Psicologia Psicanalítica.* Trad. de A. M. Spria. 2.ª ed., Rio de Janeiro, Imago, 1973.

Carmichael, Leonard. *Manual de Psicologia da Criança.* Org. por H. Mussen. São Paulo, E.P.U./EDUSP, 1975.
Coelho, A.M.F. Gomes. *Psicodiagnóstico: Uma Conveniência ou uma Necessidade?* Monografia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1982.
Coleman. J. C. *A Psicologia do Anormal e a Vida Contemporânea.* Trad. de Dante Moreira Leite. São Paulo, Pioneira, 1973.
Corman, L. *Exame Psicológico de uma Criança.* São Paulo, Loyola, 1974.
Corman, L. *L'interprétation Dynamique en Psychologie.* Paris, Presses Universitaires de France, 1974.
Deutsch, F. e Murphy, W. *The Clinical Interview. Diagnosis.* Vol. I. New York, International Universities Press Inc., 1966.
Dileo, J. H. *El Dibujo y el Diagnóstico Psicológico del Niño Normal y Anormal de 1 a 6 Años.* Buenos Aires, Paidós, 1974.
Dolto, F. *Psicanálise e Pediatria.* Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
Foucault, M. *O Nascimento da Clínica.* Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.
Freud, Anna. *Infância Normal e Patológica. Determinantes do Desenvolvimento.* Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1971 (Psyche).
Freud, S. *Obras Completas.* Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1948, 2v.
Galicia, A. F. *Introducción a la Técnica de Investigación en Psicologia.* Biblioteca Técnica de Psicologia. México, Trillas, 1971.
Garret, A. *Entrevista, seus Princípios e Métodos.* Rio de Janeiro, Agri, 1967.
Gesell, A. e Amatruda, C. *Diagnóstico del Desarrollo.* Trad. de T. O. Brito. Rio de Janeiro, Imago, 1973.
Goodwin, D. W. e Guze, S. B. *Diagnóstico da Doença Mental.* Trad. de Jurema A. Cunha. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
Grinberg, L.; Sor, D. e Bianchedi, E. T. *Introdução às Idéias de Bion.* Trad. de Themira de Oliveira Brito. Rio de Janeiro, Imago, 1973.
Grünspun, H. *Distúrbios Neuróticos da Criança.* 2.ª ed. Rio de Janeiro, Athenen, 1976.
Grünspun, H. *Distúrbios Psiquiátricos da Criança.* Rio de Janeiro, Atheneu, 1978.
Kahn, R. e Carmell, C. *The Dynamics of Interviewing.* London, Jon Willy & Sons, 1957.
Kalina, Eduardo. O processo diagnóstico em psicanálise de adolescentes. In: Aberastury, Arminda *et alii. Adolescência.* Trad. de Ruth Cabral. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.
Kanner, Leo. *Psiquiatria Infantil.* Buenos Aires, Paidós, 1971.
Klein, M. *Obras Completas.* 2.ª ed. Trad. de S. Zyman. Buenos Aires, Paidós-Hormé, 1979, 6v.
Knobel, M. *Infancia, Adolescencia y Familia.* Buenos Aires, Granica, 1972.
Knobel, M. *Psiquiatria Infantil Psicodinamica.* Buenos Aires, Paidós, 1977.
Korchin, Sheldon J. *Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community.* New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1976.
Krynski, Stanislau. *Deficiência Mental.* Rio de Janeiro, Atheneu, 1969.
Kusnetzoff, J. C. *Introdução e Psicopatologia Psicanalítica.* Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
L'Abatte, L. *Princípios de Psicologia Clínica.* Buenos Aires, Paidós, 1967.
Lebovici, S. e Soulé, M. *O Conhecimento da Criança pela Psicanálise.* Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
Liberman, D. *Psicopatologia.* Trad. de F. C. Santos. Rio de Janeiro, Campus, 1982.
Lourenção van Kolck, O. *Técnicas de Exame Psicológico e suas Aplicações no Brasil — Testes de Aptidões.* Petrópolis, Vozes, 1974.

Lowemfeld, W. e Brittaim, W. L. *Desarrollo de la Capacidad Creadora.* Buenos Aires, Capelusz, 1972.
Lückert, H. R. *La Problemática del Diagnóstico de Personalidad.* Buenos Aires, Editorial Nueva, 1971.
Mac Kay, D. *Psicologia Clínica. Teoria e Terapia.* Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
Macedo, R. M. (org.) *Psicologia e Instituição: Novas Formas de Atendimento.* São Paulo, Cortez, 1984.
Maldonado, M. T. *Comunicação entre Pais e Filhos: A Linguagem do Sentir.* Petrópolis, Vozes, 1981.
Maher, B. *Introducción a la Investigación en Psicopatologia.* Trad. de Anne Leroux. Madrid, Taller Ed. J. Betancor, 1974.
Mahler, M. S. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation.* New York, Int. Univ. Press, 1968.
Mannoni, M. *A Criança, sua "Doença" e os Outros: O Sintoma e a Palavra.* Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
Mannoni, Maud. *A Criança Atrasada e a Mãe.* 2.ª ed. São Paulo, Moraes Ed., 1977.
Mannoni, M. *A Primeira Entrevista em Psicanálise.* Trad. de R. Lacerda. Rio de Janeiro, Campus, 1981.
Marchais, P. *Psychiatrie et Méthodologie.* Paris, Manon, 1970.
Marcondes, D. Novos Aspectos da Entrevista Clínica: dificuldades contratransferenciais. *Rev. Bras. Psican., II* (2). 242-256, 1968.
Matarazzo, V. D. The interview. In: Wolman, B. B. *Handbook of Clinical Psychology.* New York, McGraw-Hill, 1965.
Miller, M. *A Saúde Mental da Criança.* Trad. de João M. P. de Albuquerque. São Paulo, Ibrasa, 1969.
Millon, Theodoro. *Teorias da Psicopatologia e Personalidade.* 2.ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1973.
Mucchielli, R. *A Entrevista Não-diretiva.* São Paulo, Martins Fontes, 1978.
Mussen, Paul Henry; Conger, John Janeway e Kagan, Jerome. *Desenvolvimento e Personalidade da Criança.* São Paulo, Harbra, 1977.
Nahaum, C. *La Entrevista Psicológica.* Buenos Aires, Capelusz, 1961.
Nemiah, J. *Fundamentos de Psicopatologia.* Trad. de M. A. Moura Matos. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
Neush, I. N. *Psicologia Clínica.* Buenos Aires, Paidós, 1971.
Nunberg, H. *Principles de Psychanalyse — Leur Application aux Névroses.* Trad. de Anne-Marie Rocheblave. Paris, Presses Universitaires de France, 1957.
Oaklander, Violet. *Descobrindo Crianças — A Abordagem Gestáltica com Crianças e Adolescentes.* São Paulo, Summus, 1980.
Ocampo, M. L. e col. *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas.* São Paulo, Martins Fontes, 1981.
Paim, S. *Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1978.
Perez-Ramos, Aydil Macedo de. *Psicologia Clínica. Técnicas de Diagnóstico.* Madrid, Editorial Mediterrâneo, 1966.
Perez-Ramos, A. *Diagnóstico Psicológico: Implicações Psicossociais na Área do Retardo Mental.* São Paulo, Cortez Ed., 1982.
Píccolo, Elza Grassano de. *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.
Pincus, L. e Dare, C. *Psicodinâmica da Família.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
Pope, B. e Winfield, H. S. *Psychological Diagnosis in Clinical Practice.* New York, Oxford Un. Press, 1967.

Pope, B. *The Mental Health Interview, Research and Application*. New York, Pergamon Press, 1979.
Prego e Silva, L. E. La Entrevista Psiquiátrica. *Rev. Bras. Defic. Mental, 8* (2-3): 9-31, 1973.
Rabin, Albert I. e Haworth, Mary R. *Técnicas Proyectivas para Niños*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
Racker, H. *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós, 1960.
Reca, T. *et alii. Problemas Psicológicos en Pediatria*. 4.ª ed. Buenos Aires, Eudeba, 1974.
Rocha, Z. *Investigação Dinâmica da Mente Infantil*. Petrópolis, Vozes, 1970.
Rogers, R. C. *O Tratamento Clínico da Criança-Problema*. São Paulo, Martins Fontes, 1979.
Rotter, Julian B. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
Schoenfeldt, Bettina Katzenstein *et alii. Psicologia Clínica: Uma Contribuição ao Psicólogo Principiante*. São Paulo, Vetor, 1979.
Segall, H. *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Trad. de Mirtes Brandão Lopes. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1966.
Seminerio, Franco Lo Presti. *Diagnóstico Psicológico: Técnica do Exame Psicológico, Fundamentos Epistemológicos*. São Paulo, Atlas, 1977. (Coleção de psicologia F. L. Seminerio)
Silva, Maria Lucia do Eirado. *Interpretação de Testes Projetivos: Projeção e Representação*. Rio de Janeiro, Campus, 1981. (Textos contemporâneos em psicologia, psicanálise e psiquiatria, 3)
Simon, R. *Psicologia Clínica Preventiva — Novos Fundamentos*. São Paulo, Vetor, 1983.
Soifer, Raquel. *Psiquiatria Infantil Operativa*. Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1971.
Spitz, René A. *El Primier Año de Vida del Niño; Genesis de las Primeras Relaciones Objetales*. 3.ª ed. Madrid, Aguilar, 1974.
Spitz, René A. *O Não e o Sim. A Gênese da Comunicação Humana*. São Paulo, Martins Fontes, 1978.
Stern, E. e Creegan, R. *La Observación y Los Tests en Psicologia Clínica*. Buenos Aires, Paidós, 1967.
Sullivan, H. S. *La Entrevista Psiquiatrica*. Trad. de Federico Lópes Cruz. Buenos Aires, Psyche, 1969.
Sundberg, N. e Tyler, L. *Clinical Psychology*. London, Methuen, 1963.
Tervelt, G. *Diagnóstico y Tratamiento de Parejas en Conflito*. Buenos Aires, Paidós, 1974.
Trinca, Walter. *Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática*. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.
Trinca, Walter. *O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade*. Petrópolis, Vozes, 1983.
Vecchio, E. *A Entrevista Psicológica e o Psicodiagnóstico*. Porto Alegre, Sulina, 1975.
Villar, A. A. *Psicodiagnóstico Clínico — Las Técnicas de la Exploración Psicológica*. Madrid, Aguillar, 1967.
Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Trad. de Jane Russo. São Paulo, Francisco Alves, 1978.
Winnicott, D. W. *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional*. Trad. de J. C. S. Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
Winnicott, D. W. *Therapeutic Consultations in Child Psychiatric*. Khan, Masud R. (org.). London, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1971a.

Wolff, Sula. *Trastornos Psiquicos del Niño: Causas y Tratamientos.* Trad. de M. C. Rueda. Madrid, Siglo XXI de España, 1970. (Psicologia y Educación)

Woody, H. R. e Woody, D. J. *Clinical Assessment in Counseling and Psychoterapy.* New York, Meredith Corporation, 1972.

Zazzo, René. *Manual para o Exame Psicológico da Criança.* São Paulo, Mestre Jou, 1968.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

van Kolck, Odette Lourenção

Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico

120 p., formato 14 x 21 cm., ISBN 978-85-12-62150-0

Esta obra dá ao estudante de Psicologia subsídios para o treinamento em avaliação e interpretação de testes projetivos gráficos, um dos instrumentos relevantes para um Diagnóstico Psicológico. Mostra a importância de se chegar a um todo integrado de significados que forneça uma compreensão dinâmica da personalidade e, eventualmente, leve a uma conclusão em termos de indícios patológicos. Trata-se de um texto para disciplina de Técnica de Exame Psicológico dos Cursos de Psicologia e para as outras que focalizem a avaliação de personalidade em geral e as Técnicas Projetivas Gráficas em particular. Será útil também aos cursos de aperfeiçoamento e especialização, nas áreas de Educação e Comunicação e Artes. Da mesma forma, o seu uso em pesquisas será inesgotável: desde sugestões para esquemas de análise de desenhos até idéias de interpretação dos significados do traço e do contexto geral da produção gráfica.

Sumário: Introdução. O uso projetivo dos desenhos e as técnicas projetivas gráficas. Apresentação de um guia prático para avaliação e interpretação. Linhas básicas de interpretação e significado dos aspectos gerais dos desenhos. Bibliografia. O Desenho da Figura Humana. O Teste da Árvore. O Desenho Livre.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Cória-Sabini, Maria Apa

Psicologia aplicada à Educação

160 p., formato 14 x 21 cm, ISBN 978-85-12-30390-1

Sumário: I. Aprendizagem. Teoria do condicionamento (Teorias S-R; Teoria do reforço). Teoria cognitivista (os teóricos gestaltistas. A abordagem fenomenológica). II. Retenção e Transferência. III. Motivação. IV. Mensuração da inteligência. V. O desenvolvimento cognitivo: a teoria de Jean Piaget. VI. O desenvolvimento da personalidade. VII. O desenvolvimento moral.

Benevides Pereira, Ana Maria Teresa

Introdução ao método de Rorschach

112 p., formato 14 x 21 cm., ISBN 978-85-12-64730-2
Agora com um Encarte de atualização.

O método de Rorschach é tido como o mais amplo e completo para o conhecimento de um indivíduo como tal, principalmente se considerarmos que independe do grau de escolaridade ou do nível sócio-cultural do examinando: criança ou adulto, analfabeto ou doutor, todos são iguais diante da tarefa da prova, visto que não existem respostas preestabelecidas, certas ou erradas, nas figuras ambíguas elaboradas por Rorschach. As "figuras" não fornecem estruturas eventualmente estandardizadas, nas quais a pessoa tenha a oportunidade de se evadir. Introdução ao Método de Rorschach foi escrito, tanto quanto possível, em linguagem simples, acessível ao iniciante, sem descurar, porém, dos aspectos técnicos e teóricos indispensáveis ao rigor científico. O método de avaliação utilizado é o do psicólogo e psiquiatra brasileiro Anibal Silveira. Destina-se a psicólogos e estudantes de psicologia que desejem adquirir o conhecimento básico deste método.
Sumário: Introdução. Breve histórico do método. Considerações sobre a aplicação. Classificação das respostas. Tabulação das respostas. Interpretação. Elaboração do relatório. Palavras finais. Bibliografia.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Trinca, Walter

Investigação clínica da personalidade

176 p., formato 14 x 21 cm., ISBN 978-85-12-62340-5

A obra trata do Procedimento de desenhos - estórias como meio de auxiliar a ampliação da investigação da personalidade. O procedimento é situado, dentro da metodologia do diagnóstico psicológico, como intermediário entre as entrevistas não estruturais e instrumentos projetivos gráficos e temáticos. O trabalho tem implicação tanto na área clínica como na educacional, sendo a pesquisa realizada com pessoas entre 5 e 15 anos, estudantes da etapa final da pré-escola ao início do 2° Grau.

Sumário: Introdução. Visão geral do campo das técnicas e de apercepção temática de desenho livre. Características do instrumento. Avaliação. Métodos de pesquisa. Apresentação e discussão dos resultados. Utilização clínica. Conclusões. Referências bibliográficas. Apêndice.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Vilhena Moraes Silva, Maria Cecília de

TAT - Aplicação e interpretação do teste de apercepção temática

72 p., formato 14 x 21 cm., ISBN 978-85-12-64810-1

O psicólogo que trabalha na área clínica utiliza como principal instrumento sua habilidade em ver além do comportamento manifesto, captando a mensagem subjacente à expressão verbal e não-verbal. A interpretação das histórias narradas ao TAT requer esta mesma habilidade. A utilização de estímulos padronizados permite que as interpretações sejam "ancoradas" em padrões mais definidos, fornecendo a base para o desenvolvimento do raciocínio clínico, além de ser poderoso instrumento para a investigação da personalidade. TAT - Aplicação e Interpretação do Teste de Apercepção Temática tem por objetivo o exercício deste raciocínio, através de informações teóricas e práticas, além de farto material ilustrativo. À medida que avança na leitura, o leitor terá a possibilidade de formular suas próprias hipóteses, entrando em contato, ativamente, com as propostas de interpretação mais tradicionais de Henry Murray e aquelas mais recentes, desenvolvidas por Vica Shentoub.

Sumário: As técnicas projetivas. Histórico e fundamentos teóricos. Conhecendo o instrumento. O material. A aplicação. Normas aperceptivas e temáticas. Comentários sobre as pranchas. Compreendendo a situação. Bases para a interpretação. Análise de conteúdo. Análise formal. Análise de seqüência. A elaboração da síntese. O TAT na prática clínica. Folha de sistematização. Bibliografia.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.

Maria Clara Sodré S. Gama, Ed.D
Com a colaboração de: Cecília Miranda, Laurinda B. G. Melo, Maria Beatriz Ligiéro, Monica Fomm Rivera, Oneida Hill, MA, Paula Pessoa Cavalcanti

Educação de Superdotados: Teoria e Prática

176 p., formato 15,5 x 21,5 cm., ISBN 978-85-12-30820-3

Zenita C. Guenther

Capacidade e Talento
Um programa para a Escola

120 p., formato 15,5 x 21,5 cm., ISBN 978-85-12-30790-9

Freeman, Joan; Guenther, Zenita C.

Educando os mais capazes

192 p., formato 15,5 x 21,5 cm., ISBN 978-85-12-32150-9

Eunice M. L. Soriano de Alencar; Denise de Souza Fleith

Superdotados: Determinantes, Educação e Ajustamento

192 p. formato 15,5 x 21,5 cm., ISBN 978-85-12-30740-4

E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U. E.P.U.