

Santuza Fernandes Silveira Cavalini e Claudio Bastidas

ORGANIZADORES

CLÍNICA

Psicodinâmica

olhares contemporâneos

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

Clínica psicodinâmica : olhares contemporâneos /
Santuza Fernandes Silveira Cavalini, Claudio
Bastidas, (orgs.). -- São Paulo : Vetor, 2011.
Vários autores.

Bibliografia.

1. Psicodiagnósticos 2. Psicologia clínica
3. Psicoterapia 4. Testes psicológicos I. Cavalini,
Santuza Fernandes Silveira. II. Bastidas, Claudio.

11-11197 | CDD-150

Índices para catálogo sistemático:

1. Avaliação psicológica e psicoterapia
psicodinâmica 150

ISBN: 978-65-5374-176-8

Projeto gráfico, diagramação e capa: Lindiana Valença

Revisão: Mônica de Deus Martins e

Rafael Faber Fernandes

© 2011 – Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda.

É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, por qualquer
meio existente e para qualquer finalidade, sem autorização por escrito
dos editores.

Sumário

Apresentação

Parte I – Temas em avaliação psicológica

1. Avaliação psicológica: panorama dos estudos realizados nos últimos dez anos no Brasil

Panorama dos estudos encontrados

Considerações finais

Referências

2. A utilização clínica dos testes de inteligência

Avaliação intelectual: breve histórico

Avaliação intelectual e problemas de aprendizagem

Análise qualitativa dos resultados dos testes de inteligência

Avaliação intelectual por meio do Desenho da Figura Humana – DFH-III

O teste de Matrizes Progressivas de Raven – Escala Especial

Escala de Maturidade Mental Colúmbia

Escala de Inteligência Wechsler para Crianças 3ª edição – WISC-III

Subtestes da Escala Verbal

Subtestes da Escala de Execução

Interpretação dos índices fatoriais

Referências

3. O procedimento de Desenhos-Estórias no psicodiagnóstico

O processo psicodiagnóstico

O Procedimento de Desenhos-Estórias

Conclusão

Referências

4. O uso do TAT como estratégia na devolução de informação do processo psicodiagnóstico

Introdução

Desenvolvimento do processo psicodiagnóstico

A dinâmica da técnica de entrevista devolutiva com adultos

Preparação para a entrevista devolutiva

O uso do TAT como instrumento de devolução de resultados no psicodiagnóstico

Relato do caso

Compreensão diagnóstica

Entrevista devolutiva: o planejamento

Entrevista devolutiva: o encontro

Discussão/conclusão

Referências

5. A técnica projetiva ludodiagnóstica: avaliação cognitiva

Introdução

Indicadores cognitivos do ludodiagnóstico

Noções espaço-temporais e causais

Caso clínico

As pesquisas no Laboratório de Epistemologia Genética e Reabilitação Psicossocial do IP-USP: ludodiagnóstico e o psicodiagnóstico

Considerações finais

Referências

6. Aspectos diagnósticos de adolescentes em luto

A adolescência

O adolescente e seu universo relacional

O luto na adolescência

Adolescentes em luto pela morte de um dos pais

Considerações finais

Referências

Parte II – Temas em psicoterapia psicodinâmica

7. Momentos decisivos em psicoterapia breve: manejos do término

Aspectos técnicos do processo

Avaliação e término

Contrato e término

Revisão de meio de processo e término

Outras ocorrências durante o processo

Término do processo

Situações especiais

Considerações finais

Referências

8. A dimensão sensoperceptiva na clínica psicanalítica

Freud

Ferenczi

Reflexões sobre a prática clínica

Considerações finais

Referências

9. Critérios de indicação de psicoterapia breve em clínica-escola com pacientes difíceis

Considerações finais

Referências

Sobre os autores

APRESENTAÇÃO

A necessidade crescente nos últimos anos de maior precisão na avaliação dos diversos domínios psicológicos tem favorecido a ampliação de estudos e pesquisas na área da avaliação psicológica. A importância dessa atividade é confirmada, considerando que o ano de 2011 foi escolhido como Ano da Avaliação Psicológica pela Assembleia das Políticas, da Administração e das Finanças (Apaf), instância deliberativa do Sistema Conselhos de Psicologia. As técnicas nesta área têm evoluído de forma significativa, reafirmando seu *status* como atividade primordial do psicólogo. Compreendida como um procedimento que envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação, a avaliação psicológica deve favorecer a elaboração de um julgamento ou conclusão a respeito de uma situação, organizando intervenções que permitam o desenvolvimento do sujeito avaliado.

A proposta da presente publicação – associar temas em avaliação psicológica e psicoterapia psicodinâmica – parte da ideia de aproximar temas que habitualmente se encontram em publicações isoladas, combinando os fundamentos científicos da psicologia com suas aplicações práticas e integrando, dessa forma, teoria e prática. O objetivo principal é a reflexão a respeito de temas que habitam a clínica a partir de uma perspectiva psicodinâmica.

O livro é composto por duas partes, sendo a primeira intitulada “Temas em avaliação psicológica”. Nessa parte, o Capítulo 1 “Avaliação psicológica: panorama dos estudos realizados nos últimos dez anos no Brasil”, de autoria de Terezinha A. de Carvalho Amaro, Lucas de Francisco Carvalho e Nídia Vailati, oferece ao leitor uma análise das pesquisas realizadas sobre os estudos em avaliação psicológica e publicadas no período entre 2000 e 2010 no Brasil. No Capítulo 2, “A

utilização clínica dos testes de inteligência”, as autoras Santuza F. S. Cavalini e Lucia Cunha Lee apresentam uma análise qualitativa dos resultados dos testes de inteligência, propondo a possibilidade de se trabalhar na intersecção de aspectos distintos de uma avaliação psicológica. O Capítulo 3, “O procedimento de desenhos-estórias no psicodiagnóstico”, de Eliana Marcello De Felice, apresenta casos clínicos que demonstram a riqueza na utilização desse instrumento para a compreensão dos aspectos psicodinâmicos do paciente.

Ainda em relação à utilização de instrumentos no processo psicodiagnóstico, o Capítulo 4, “O uso do TAT como estratégia na devolução de informação do processo psicodiagnóstico”, de Elisa M. B. Villela, Maria Lucia Paiva e Rosa Maria Lopes Affonso, apresenta e discute o uso do Teste de Apercepção Temática como uma estratégia para o fornecimento de informação na sessão devolutiva do psicodiagnóstico.

O Capítulo 5, “A técnica projetiva ludodiagnóstica: avaliação cognitiva”, de Rosa Maria Lopes Affonso, apresenta de forma rica e criativa uma análise segundo a teoria piagetiana sobre a estrutura mental da criança no que diz respeito a sua representação simbólica no contexto ludodiagnóstico psicanalítico. Finalizando a primeira parte do livro, o Capítulo 6, “Aspectos diagnósticos de adolescentes em luto”, de Mônica Maria de Angelis Mota e Elizabeth Batista Pinto Wiese, destaca a importância do estudo da perda de figuras de apoio, como a mãe e/ou pai no campo da saúde mental, sobretudo quando esta ocorre precocemente.

A segunda parte do livro, intitulada “Temas em psicoterapia psicodinâmica”, é composta por três capítulos, sendo o primeiro “Momentos decisivos em psicoterapia breve psicodinâmica: manejos do término”, de Maria Leonor E. Enéas e Glaucia M. A. Rocha. O capítulo apresenta e discute a fundamentação, o sentido e o manejo dos processos de psicoterapia de tempo limitado especialmente no tocante às condições para seu encerramento. O segundo capítulo intitulado

“Dimensão sensoperceptiva na clínica psicanalítica”, de Claudio Bastidas, apresenta momentos importantes das descobertas de Freud e Ferenczi a respeito do significado atribuído a diferentes fenômenos clínicos envolvidos na análise de elementos sensoperceptivos. Por fim, o terceiro capítulo, “Critérios de indicação de psicoterapia breve em clínica-escola com pacientes difíceis”, de Maria Leonor E. Enéas e Martha Serôdio Dantas, discute a indicação de psicoterapia breve (PB) para pacientes mais graves, especialmente aqueles que apresentam transtornos leves de personalidade. As autoras discutem as condições de atendimento no contexto da clínica-escola e sugerem uma avaliação criteriosa da organização de personalidade e do momento da procura.

Acreditamos que as temáticas apresentadas representem uma contribuição relevante para a clínica psicodinâmica, permitindo o avanço do conhecimento na área, assim como a melhoria na qualidade do ensino e da prática profissional. Entendemos, dessa forma, que a leitura da obra será de grande valia tanto para alunos quanto para professores, pesquisadores e profissionais envolvidos com avaliação psicológica e psicoterapia.

Santuza F. S. Cavalini

Claudio Bastidas

PARTE I – TEMAS EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

1. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: PANORAMA DOS ESTUDOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS NO BRASIL

Terezinha A. de Carvalho Amaro

Lucas de Francisco Carvalho

Nídia Vailati

Influenciada pelas ideias correntes acerca do comportamento, da cognição e das emoções na organização e no funcionamento psíquico, a área da avaliação psicológica teve seu início no século XIX.

No Brasil, é possível constatar um importante avanço na área por meio de eventos promovidos, por exemplo, pelo Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) e pela Associação Brasileira de Rorschach (ASBRO), entre outros meios de promoção da área (CARVALHO; AMBIEL, 2009; NORONHA et al., 2002).

Paralelamente, desenvolvem-se pesquisas e publicações que circulam em jornais e revistas, o que, em encontros ocorridos em âmbito nacional, pode ser observado pelos integrantes do grupo de avaliação psicológica da Associação Nacional de Pesquisas e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), que visa integrar e discutir sistematicamente as várias diretrizes dos estudos realizados.

O *Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Psicologia*, em sua 20ª edição, publicada em 1996, noticiou, por meio do Conselho Assessor de Psicologia do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ser a área da avaliação psicológica, entre outras, a que mais requer investimento, fato que contribuiu para o aumento do interesse e de investimentos na área. Noronha et al. (2010) descrevem sobre as lacunas na formação em avaliação psicológica.

Lançando mão de métodos e técnicas, a avaliação psicológica busca enquadrar o comportamento humano em uma tipologia, descrevendo-o e classificando-o. Além disso, baseia-se no método científico da observação, em que são mantidas características de cientificidade como observações confiáveis e válidas (PASQUALI, 2006).

Para Anastasi (2003), os testes psicológicos devem apresentar-se como instrumentos que requeiram conhecimento, habilidade e integridade por parte de quem os utiliza, além de exigir conhecimentos acerca do comportamento humano, a fim de que se interpretem devidamente seus resultados. Desse modo, fazem-se importantes a compreensão das várias formas de se usar os testes psicológicos – e suas respectivas técnicas de avaliação –, a revisão e o estudo da interpretação de resultados com vista a sua utilização na prática profissional, quer por profissionais, quer por discentes do curso de psicologia.

Neste estudo foi realizada uma análise das pesquisas realizadas sobre os estudos em avaliação psicológica e publicadas no período entre 2000 e 2010. As informações encontram-se disponíveis no Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), considerado a maior base de dados da América Latina, e na base de dados Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC).

A busca foi feita por meio dos unitermos “testes psicológicos”. Salienta-se que o termo “avaliação psicológica” não consta como descritor nas bases de dados. As palavras são encontradas de forma separada, isto é, “avaliação” e “psicológica”, o que poderia sugerir dados imprecisos. Procedeu-se à análise dos dados por meio da leitura dos

títulos e dos trabalhos encontrados. Assim, os trabalhos foram categorizados de acordo com os temas e os objetivos.

PANORAMA DOS ESTUDOS ENCONTRADOS

Foram encontrados 171 artigos na base de dados Lilacs, agrupados por tipo de estudo e por ano de publicação. As categorias utilizadas neste estudo (Tabelas 1.1 e 1.2) propostas pelos autores referem-se às seguintes temáticas:

- a) práticas psicológicas: foram selecionados estudos com foco no ensino da disciplina Avaliação Psicológica;
- b) avaliação psicológica: compreende todos os estudos voltados, especificamente, ao processo de *avaliação psicológica*;
- c) avaliação neuropsicológica: com estudos voltados a trabalhos nessa área de avaliação e que fazem relação entre cérebro e comportamento;
- d) estudo de correlação: estudos que mostram a correlação entre resultados de testes;
- e) estudo normativo: relativos à normatização de testes psicológicos;
- f) estudo psicométrico: relativo a trabalhos com enfoque no estudo das qualidades psicométricas de alguns testes psicológicos;
- g) revisão de literatura: estudos relacionados a pesquisas feitas na área da avaliação psicológica;
- h) teses: teses publicadas com enfoque na área da avaliação psicológica.

Fazendo uso da base de dados Lilacs, a Tabela 1.1 mostra os dados levantados e agrupados por tipo de estudo e por ano de publicação.

Tabela 1.1 Tipos de estudo e ano de publicação – Lilacs

[illegible]

Avaliação neuropsicológica		1	1	1		1	2	1	6	1		14
Estudo de correlação		1			1		1	1	2			6
Estudo normativo				1	1	2	3	1	2	2		12
Estudo psicométrico	1	1	7	2	5	6	5	4	7			38
Revisão de literatura	2	2		2	1	1	1	3	1	1	1	15
Teses			3	1								4
Total	15	14	17	18	11	18	23	17	30	5	3	171

Observou-se que 2008 foi o ano com o maior número de publicações – 26 –, seguido pelos anos de 2003 e 2006: 18 trabalhos em cada ano. Foram encontrados apenas três trabalhos em 2010 e cinco em 2009.

No que concerne às categorias eleitas para este estudo, a que mais enquadrou trabalhos foi a Avaliação psicológica, e a maior parte dos trabalhos se refere a estudos sobre o processo de Avaliação psicológica com enfoques na compreensão dos aspectos cognitivos em crianças com dificuldades de aprendizagem; à investigação psicodiagnóstica com adolescentes, relativa às principais queixas e dificuldades entre jovens dos sexos masculino e feminino; e a aspectos emocionais e de qualidade de vida em adultos no momento em que estes se deparam com diagnósticos de doenças e situações cirúrgicas, entre outros.

As categorias Práticas Psicológicas e Estudo Psicométrico abarcam parte considerável dos trabalhos por meio de estudos cujo enfoque se dá ao ensino da disciplina Avaliação Psicológica e à realização de trabalhos voltados ao estudo das qualidades psicométricas de alguns testes psicológicos.

A seguir, a Figura 1.1 complementa os dados já observados na Tabela 1.1.

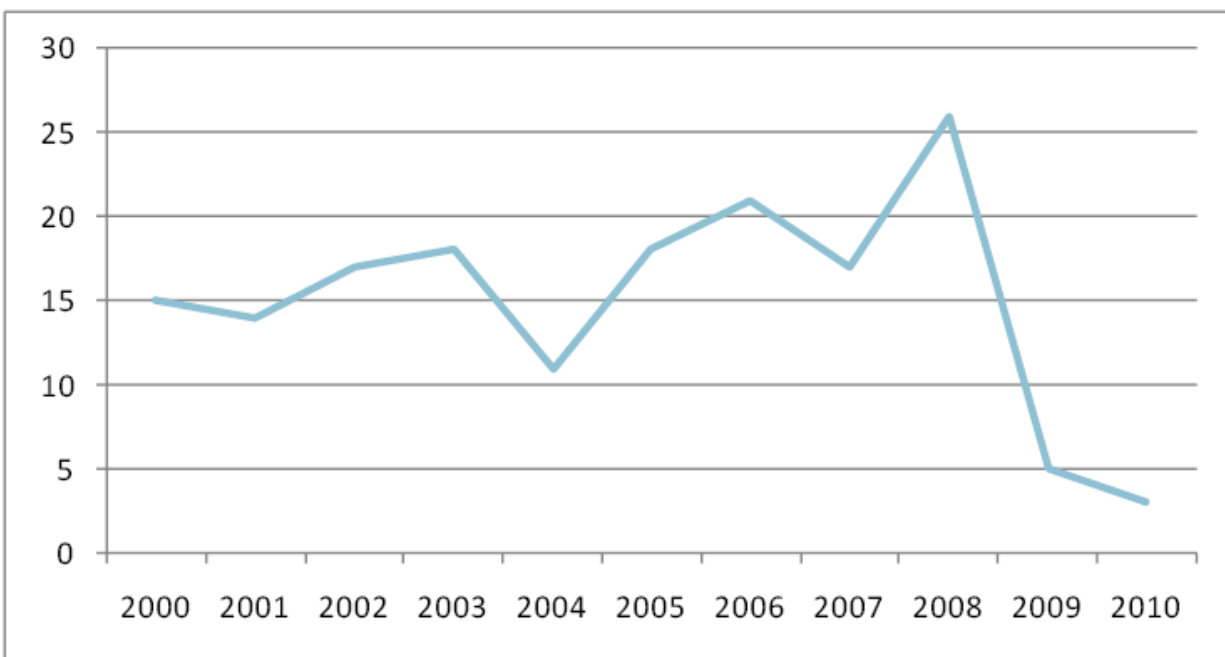


Figura 1.1 Distribuição da tabela ano a ano (2000 a 2010) – Lilacs.

Em uma análise qualitativa dos trabalhos levantados, verifica-se, entre os assuntos mais discutidos, uma preocupação com a formação em avaliação psicológica e com o conhecimento dos testes psicológicos. Trata-se de estudos de reflexão, com base nos quais a condução dos ensinamentos, nas universidades do país, especificamente no curso de Psicologia, demanda atenção maior e cada vez mais criteriosa em relação, sobretudo, às práticas diversificadas, aos tipos de testes utilizados, às leituras de manuais, as quais, muitas vezes, não são sistemáticas, e às diferentes nomenclaturas utilizadas. Esse dado pode ser visto com otimismo, já que a formação na área da Avaliação Psicológica ainda carece de formulações importantes (NORONHA et al., 2010).

Estudos na área organizacional apresentam-se também de forma expressiva, e os objetivos foram concentrados em comparativos entre escalas e questionários, todos voltados a questões e desempenhos profissionais. Alguns trabalhos contemplam os tipos de testes utilizados nessa área, bem como sua uniformidade nas várias instituições. Observaram-se, em uma abordagem psicodinâmica, estudos relativos à orientação profissional.

Na área educacional, estudos enfatizaram testes utilizados ao longo do processo de ensino, com o mister de se avaliarem crianças com dificuldades de aprendizagem e outros casos específicos relacionados à exclusão de estudantes.

Outra abordagem à qual se deu ênfase disse respeito aos instrumentos aplicados. Observou-se que alguns artigos conduzem a uma análise sobre a validade, a fidedignidade e a normatização. Encontraram-se, nesse sentido, estudos relacionados à qualidade psicométrica dos testes.

Seguem os dados levantados por meio da base de dados PePSIC:

Tabela 1.2 Tipos de estudo e ano de publicação – PePSIC

<i>Temas</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>Total</i>
Práticas psicológicas												
Avaliação psicológica			1				2		2		1	6
Avaliação neuropsicológica												
Estudo de correlação							2	2	2			6
Estudo normativo												
Estudo psicométrico			1	1		2	2	1	2	2	3	14
Revisão de literatura					1		1	3			2	7
Teses												
Total			2	1	1	2	7	6	6	2	6	33

A categoria estudo psicométrico, diferentemente do que foi encontrado no banco de dados previamente citado, por meio do PePSIC, contempla um maior número de trabalhos, e não de avaliação psicológica e práticas psicológicas. É importante salientar que 2006 foi o ano em que se observou a maior quantidade de trabalhos publicados – sete –, seguido por 2007, 2008 e 2010, com seis trabalhos publicados em cada um desses anos.

Além disso, foi encontrado um número expressivamente menor de publicações a partir do mesmo descritor, provavelmente em função da discrepância entre as duas bases de dados.

Talvez o número expressivo de publicações na área da psicometria explique-se em razão de um fator um tanto específico: a indexação do periódico *Avaliação psicológica* na base de dados PePSIC, mas não na base Lilacs. Essa hipótese pode ser futuramente investigada em outros estudos.

Pode-se notar, ainda, que não foram encontrados trabalhos nas categorias Práticas Psicológicas, Avaliação Neuropsicológica, Estudo Normativo e Teses (esta última se dá, já que o banco de dados não contempla esse tipo de trabalho).

A Figura 1.2 complementa os dados apresentados na tabela.

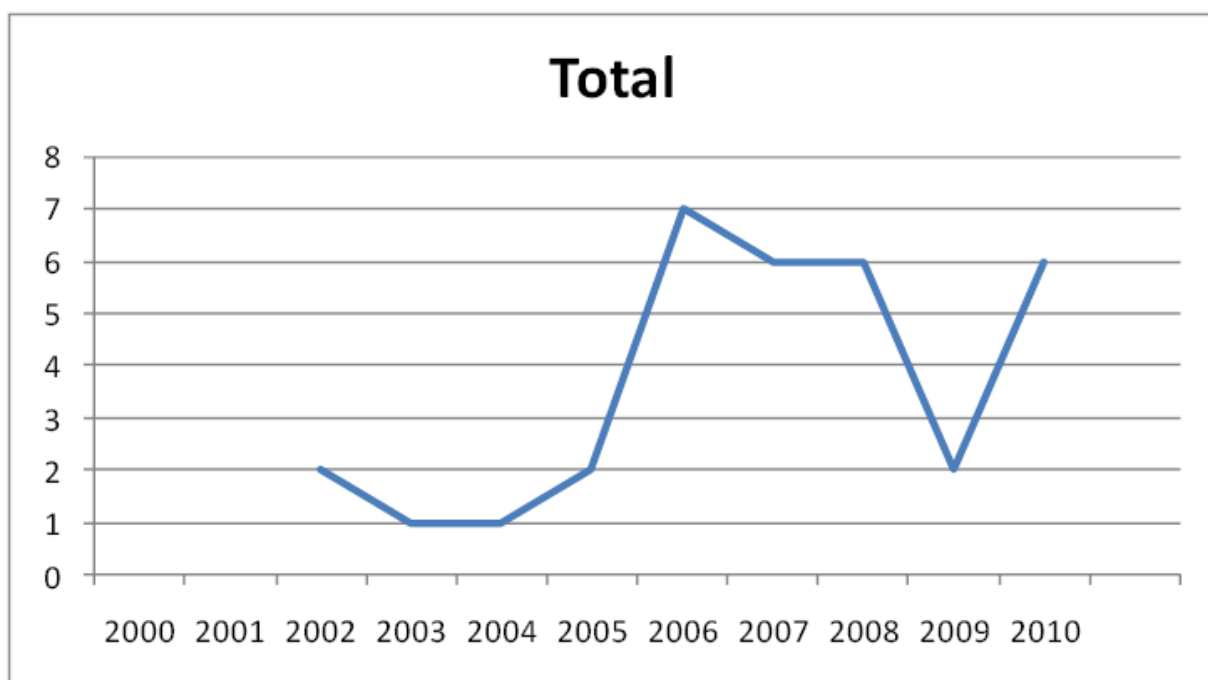


Figura 1.2. Distribuição da tabela ano a ano (2000 a 2010) – PePSIC.

No que diz respeito aos trabalhos encontrados, cabe ressaltar que o Conselho Federal de Psicologia (CFP), nos últimos anos, direcionou um olhar especial para tais aspectos, razão pela qual a comunidade científica passou a atentar, de modo diferenciado, para as pesquisas na área. Exemplo disso é que, de acordo com a Assembleia das Políticas, da Administração e das Finanças do Sistema Conselhos de Psicologia (APAF), 2011 foi eleito o ano da avaliação psicológica. Notabiliza-se a

importância da adequação dos instrumentos na prática profissional e nos ensinamentos ministrados nos cursos de graduação.

De maneira geral, estudos em avaliação psicológica apareceram de modo não tão diversificado. Outras bases de dados foram pesquisadas, como a Scielo (Scientific Electronic Library Online – Biblioteca Científica Eletrônica On-line), e verificou-se que alguns dos estudos mencionados também aparecem em tal base de dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os resultados encontrados, pode-se dizer que, a despeito de a produção científica brasileira em avaliação psicológica ter sido ampliada nos últimos dez anos, não se encontram disponíveis estudos em quantidade suficiente a fim de destacar a sua importância. As bases de dados Lilacs e PePSIC, eleitas para esta produção, deveriam representar um atrativo para os trabalhos e estudos na área, facilitando a pesquisa não somente para os pesquisadores, como também para os professores e os estudantes.

Outro aspecto a ser considerado foram os trabalhos voltados aos âmbitos acadêmicos, cuja maior preocupação se ateve ao estudo dos testes, sua aplicabilidade e ensino. Tal constatação, indubitavelmente, é positiva e assegura o ensino adequado dos testes psicológicos e sua aplicabilidade no processo da avaliação psicológica.

Em relação à base de dados PePSIC, observou-se um número não muito expressivo de trabalhos publicados nos últimos dez anos. O dado é surpreendente, visto que se trata de uma base de dados específica de estudos em Psicologia. O maior número de estudos concentra-se nas pesquisas psicométricas, o que sugere o interesse dos pesquisadores em analisar, validar e padronizar o uso dos testes psicológicos, dado importante para a comunidade científica.

É importante ressaltar as limitações deste estudo. A principal delas atrela-se ao descritor utilizado, já que outros descritores seriam possíveis. Além disso, outras bases de dados poderiam ser consideradas, bem como

outros tipos de publicações. Torna-se necessária, também, uma visão crítica à reflexão acerca da crescente onda de publicações na área da avaliação psicológica. Em campos mais específicos dessa área, seria interessante investigar os fatores relacionados a um número não tão expressivo de trabalhos publicados.

Algumas hipóteses podem ser levantadas, como a crescente movimentação no sentido de se realizarem publicações em periódicos internacionais em detrimento dos nacionais. Essas questões devem ser investigadas, empiricamente, em estudos futuros. Importante salientar, também, a necessidade de as bases de dados estarem organizadas de modo a receber a maioria dos trabalhos publicados.

Não obstante haja, da parte dos profissionais, uma necessidade e interesse em relação ao desenvolvimento da área da avaliação psicológica, deduz-se que ainda há um importante caminho a percorrer. É nesse sentido que adquire ainda maior relevância a realização de trabalhos e de investigações que estejam disponíveis para o estudo, a orientação e a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ANASTASI, A. *Testes psicológicos*. São Paulo: EPU, 1977.

BIBLIOTECA Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em: 2 ago. 2010.

CARVALHO, L. F.; AMBIEL, R. A. M. Uma proposta de discussão na área da avaliação psicológica no Brasil. *Avaliação Psicológica*, v. 8, n. 2, 2009.

NORONHA, A. P. P. et al. Em defesa da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, n. 1, p. 173-174, 2002.

_____. et al. Sobre o ensino de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, v. 9, n. 1, 2010.

PASQUALI, L. *Técnicas de Exame Psicológico* – TEP. Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PERIÓDICOS Eletrônicos em Psicologia (Diversos). Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php/lnq_es>. Acesso em: 2 ago. 2010.

SISTO, F. S., PRIMI R., SBARDELINI E. T. B. *Contextos e questões da avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

2. A UTILIZAÇÃO CLÍNICA DOS TESTES DE INTELIGÊNCIA

Santuza Fernandes Silveira Cavalini

Lucia Cunha Lee

AVALIAÇÃO INTELECTUAL: BREVE HISTÓRICO

A avaliação psicológica é um processo que apresenta algumas características. Uma delas é o entrelaçamento de dados obtidos a partir de diferentes fontes e que serão agregados à compreensão dinâmica e integrada de um conjunto global de informações. Assim, a contextualização de um período de vida e os múltiplos fatores que envolvem a análise são alguns pressupostos que perpassam as variadas formas de avaliação.

Outra se refere à adaptação de procedimentos e recursos técnicos utilizados durante a investigação, às características particulares do indivíduo, aos objetivos e às formas de expressões mais facilitadoras. Nesse sentido, a utilização de instrumentos padronizados como auxiliares no diagnóstico merece atenção.

O contato constante com as peculiaridades do diagnóstico psicológico clínico, os desafios dos processos de ensino e aprendizagem dos instrumentos de avaliação psicológica e supervisão de atendimentos nessa área despertaram incessantes reflexões das autoras acerca da forma de utilização dos resultados dos testes de inteligência, especialmente a possibilidade de desenvolver análises e interpretações mais abrangentes e integradoras.

No ano de 2005, comemorou-se um século da criação dos testes psicológicos desde que o psicólogo francês Alfred Binet, no início do século XX, criou o primeiro teste para avaliação da inteligência. Ele procurou, de forma objetiva, avaliar a inteligência por meio de suas manifestações diretas, como a resolução de questões envolvendo a compreensão, a memória e a comparação. Além disso, Binet tentou revelar, por meio da avaliação, como acontece o desempenho intelectual e as especificidades de cada indivíduo (CALEJON; BEATÓN, 2002). Nesse sentido, a importância do trabalho de Binet é traçada pela tentativa de compreender o funcionamento intelectual, considerando sua interface com elementos como a emoção e a personalidade, contrariando os estudos laboratoriais da época (CRONBACH, 1996).

Desde então, a inteligência tem sido um dos temas centrais da psicologia e, também, um dos mais polêmicos, gerando inúmeras controvérsias entre sua importância irrestrita e os questionamentos quanto à necessidade de sua utilização na avaliação psicológica (ROAZZI; SOUZA 2002). Apesar disso, é consenso entre os teóricos que a inteligência tem uma influência fundamental no desenvolvimento humano, não apenas sobre a aquisição do conhecimento e o processo de aprendizagem, mas especialmente na expressão dessa competência em tomadas de decisões e na resolução de problemas.

O fato de a inteligência ser um atributo, um constructo abstrato e não uma entidade física ou estável, justifica, em parte, os questionamentos a respeito de sua conceituação. Como bem salienta Butcher (1972), “inteligência” é um substantivo, e os substantivos, muitas vezes, se referem a coisas ou objetos. Mesmo sabendo que inteligência não é uma “coisa” que as pessoas “têm” ou “não têm”, é comum nos depararmos com definições de inteligência considerando-a como tendo uma existência distinta e separada da personalidade total, e não como uma descrição da maneira do ser humano comportar-se.

Gibello (1986), ao discutir o conceito de inteligência, parte da concepção da palavra inteligência no contexto do “ter inteligência de

algo”, preferencialmente às formas “ser inteligente” ou “ter inteligência”. Essas duas últimas formas evocam, segundo o autor, uma qualidade fixa e redutora, em contrapartida a algo que ele considera como extremamente flexível e variável. Essas ideias, associadas à observação de que as pessoas se diferenciam quanto à capacidade de compreender ideias complexas, aprender por meio da experiência e utilizar formas de raciocínio, indicam que é mais prudente pensar a inteligência como uma manifestação de diversos processos mentais.

Vale a pena destacar as ideias de David Wechsler, proferidas em uma conferência de 1978 (publicada em 1981, ano de seu falecimento), em um encontro que precedeu o Congresso Internacional de Psicologia Aplicada em Munique:

[...] Inevitavelmente, a inteligência abrange algo mais. Pode manifestar-se de muitas maneiras, certamente, em parte cognitiva mas também por uma variedade de outros dotes, muitos de natureza conativa, ou por traços de personalidade, e, em qualquer caso não exclusivamente por qualquer manifestação de talento humano, por mais impressionante que seja [...] A inteligência é um composto (WECHSLER, 1981, p. 90).

Sendo assim, a inteligência é um constructo que assume diferentes formas devido ao número e à qualidade de aspectos que a caracteriza, o que esclarece os motivos pelos quais esta, entendida como um complexo conjunto de fenômenos, dificilmente receberá uma definição capaz de responder a todas as indagações e inquietações, e o traço inteligência nunca será inteiramente consistente, estável ou previsível em seu todo, como afirma Schelini (1997).

Às diversas concepções de inteligência associam-se formas de mensurá-la. A elaboração e o desenvolvimento dos testes de inteligência consideraram, inicialmente, a inteligência como um aspecto isolado da personalidade total do ser humano, passível de observação e medida. Esse foi o princípio norteador inicial para a elaboração e o desenvolvimento dos testes de inteligência.

Desde as contribuições iniciais de Binet, cada vez mais a avaliação e a relação entre os processos mentais e a personalidade total tornaram-se

pautas permanentes de discussão. Nessa direção, ao supor que a inteligência é a expressão de vários processos mentais que só podem ser compreendidos em função da totalidade da personalidade da qual faz parte, para mensurá-la, vários elementos não intelectivos passam a ter importância tanto quanto os intelectivos. Além disso, há a necessidade do redimensionamento do diagnóstico psicológico, descentralizando a interpretação apenas nos aspectos comparativos e classificatórios e ampliando a busca de um conhecimento e do desenvolvimento de uma forma de análise que permita incluir simultaneamente na avaliação a observação das qualidades e características do indivíduo.

A possibilidade de utilização dos testes de inteligência a partir de uma perspectiva integradora sofreu enorme influência das teorias da personalidade surgidas a partir do desenvolvimento da psicanálise e de outras correntes psicológicas. Tais teorias passaram a compreender o homem como um todo em contraposição àquelas que consideravam a personalidade como um conjunto de traços e fatores estanques (ANCONA-LOPEZ, 1987). Considerar o caráter indecomponível da personalidade colocou em questão a possibilidade de compreender a inteligência como um aspecto isolado do ser humano, perdendo o sentido qualquer resultado de teste que não pudesse ser relacionado aos demais fatores (ANCONA-LOPEZ, 1987).

Como mencionado anteriormente, é importante considerar que a relevância e o papel dos testes no processo de avaliação psicológica também sofreu questionamentos. Fruto de pesquisas e estudos, eles ocupam largo espaço nas atividades dos psicólogos e, quando bem utilizados, são auxiliares valiosos, graças à gama de informações que podem oferecer num tempo mais reduzido, tornando o atendimento clínico mais efetivo. Complementando essa ideia, Souza (2003, p. 9) afirma que os testes são instrumentos clínicos e sua utilização deve permitir um campo rico de observação:

É o olhar do psicólogo que permitirá avaliar como aquela criança específica, responde às questões padronizadas e discriminar como ela faz, ou não faz, uso de seu potencial:

de que meio ela provém, em que escola estuda, como responde às questões, para quem, em que situações ela erra, como reage ao erro, como usa sua atenção, memória e julgamento, com que instabilidade responde, etc.

Essa perspectiva, apoiada por muitos profissionais da área de avaliação psicológica, amplia a compreensão dos resultados dos testes, na medida em que não se considera somente sua dimensão quantitativa, mas também a qualitativa, utilizando-os, então, como uma forma de ver o funcionamento do sujeito durante sua tentativa de solucionar problemas (MANONI, 1981).

A partir das ideias apresentadas, é necessário considerar o contexto em que os testes de inteligência são mais utilizados.

AVALIAÇÃO INTELECTUAL E PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

Observa-se, na prática clínica, que a utilização dos testes que avaliam habilidades cognitivas ocorre com maior frequência na avaliação psicológica de crianças e invariavelmente essas situações relacionam-se a problemas de aprendizagem. A procura elevada de atendimento para crianças com problemas escolares na área da saúde mental impõe a necessidade de aprofundamento na detecção de características dos problemas apresentados por essas crianças. Em geral, elas são encaminhadas pela escola ou pelos pais, que apontam suas dificuldades para aprender e acompanhar a classe. Aflitos, ansiosos e descrentes quanto à possibilidade de a criança superar as dificuldades, os pais tendem a culpá-la pelo fracasso escolar, reproduzindo, muitas vezes, a reação da escola, que transfere única e exclusivamente para ela a responsabilidade por seu problema.

Além disso, observa-se, com grande frequência, que o próprio encaminhamento associa, de forma implícita, o fracasso escolar a uma baixa capacidade intelectual. Nesses casos, é comum os pais pedirem que a capacidade intelectual dos seus filhos seja avaliada, postura esta

incentivada pela escola (CAVALINI, 2000). Constata-se, entretanto, que diversas pesquisas na área de dificuldade de aprendizagem (CAVALINI, 2000; LEVIN; GONZALEZ, 2004; PAULO, 1999; SOUZA, 1995; SOUSA, 2001; TIOSSO, 1989) apontam para um aspecto interessante: o fato de que, na maioria das vezes, a criança não apresenta um déficit intelectual que explique essa dificuldade.

Existem diversos conceitos e concepções sobre a dificuldade de aprendizagem, pois nessa manifestação encontramos a influência de fatores externos e internos ao indivíduo que as apresenta. O método educacional, o ambiente escolar, a relação professor-aluno, a história de vida, as expectativas em relação ao desempenho acadêmico, aspectos emocionais e a habilidade e déficits no funcionamento cognitivo são alguns dos fatores que podem coexistir nesse tipo de demanda. A extensão e a importância da análise de cada um deles na avaliação psicológica merecem um estudo à parte. Nesse momento, pretende-se apenas contextualizá-la à utilização dos testes de nível intelectual.

Nesse sentido, um dimensionamento das habilidades intelectuais da criança tem sido o norteador para realização de diagnósticos e nas decisões sobre posteriores encaminhamentos, intervenções terapêuticas e educacionais. O insucesso em aprender, embora multideterminado, pode estar vinculado a dificuldades na área cognitiva identificada na forma como a criança busca, armazena, processa e utiliza informações para resolver questões e problemas relativos à aprendizagem, justificando a necessidade desse tipo de avaliação (RUEDA, 1996). Uma análise minuciosa do rendimento dessa criança, de suas habilidades, suas dificuldades e a comparação com o que é esperado em termos de desempenho com grupos populacionais similares torna-se útil e, por isso, dificilmente pode-se prescindir do uso de testes de inteligência.

Sendo assim, a avaliação do nível intelectual de crianças com dificuldade de aprendizagem, longe de se colocar como necessidade

imperiosa independentemente das circunstâncias, pode auxiliar o profissional em seu diagnóstico e posterior encaminhamento.

Como enfatizado anteriormente, essa avaliação parte do pressuposto que considera os resultados quantitativos dos testes de inteligência apenas como uma parte das inúmeras informações necessárias para a compreensão dos problemas apresentados pela criança. Toda e qualquer aplicação de testes deve levar em conta a observação dos fenômenos psicológicos decorrentes da situação, da história do indivíduo e família, sem o que reforçaríamos um modelo que enfatiza somente o resultado do teste, o que contribui apenas para produzir rótulos e estigmas.

ANÁLISE QUALITATIVA DOS RESULTADOS DOS TESTES DE INTELIGÊNCIA

Os diferentes instrumentos de avaliação psicológica permitem tanto a manifestação de expressões variadas de raciocínio, de memória e de habilidades cognitivas como a observação da forma como o indivíduo precisa executar as tarefas propostas (verbais, não verbais, de execução, gráfica). Além disso, podemos afirmar que dentro desse quadro encontramos recursos técnicos mais estruturados e outros que permitem expressões mais espontâneas.

A proposta de uma análise qualitativa dos resultados dos testes de inteligência pressupõe a utilização de vários elementos regidos por uma orientação principal, que é a possibilidade de personalizar os resultados quantitativos, ou seja, trabalhar na intersecção de aspectos distintos de uma avaliação psicológica. Considerar que os mesmos resultados quantitativos podem ser alcançados de diferentes maneiras ou as baixas pontuações podem ocorrer por aspectos não intelectivos são condições para trabalhar nessa intersecção e observar como esses aspectos estão funcionando em determinado momento da vida de um indivíduo.

Dessa forma, considera-se, por exemplo, como afirma Sousa (2003, p. 9), que quando o teste aborda aspectos de concentração e memória, para responder à solicitação o indivíduo precisa manter a atenção e, para tanto, deve fazer:

um movimento de introspecção, buscar na memória, olhar para o aplicador e arriscar-se a dispor ou não destas informações, decidindo se vale a pena comunicá-las ao psicólogo naquele momento.

Em um levantamento realizado por Alves e colaboradores (2010) foi traçado um panorama sobre a utilização dos testes de avaliação intelectual no Brasil considerando a lista de testes aprovados a partir da Resolução n. 02/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003) e disponível no site do CFP (2009). Verificaram que os testes mais adotados e mais conhecidos são o WISC III (Escala de Inteligência Wechsler para Crianças), o Raven (Matrizes Progressivas Coloridas de Raven), o Colúmbia (Escala de Maturidade Mental Colúmbia – CMMS) e o DFH III (Desenho da Figura Humana, proposto por Wechsler). Cabe ressaltar, como destacam os autores, que tal situação revela o predomínio no Brasil de pesquisas que visam à adaptação de instrumentos estrangeiros, em comparação à construção de testes psicológicos específicos para o contexto brasileiro.

Apesar das ressalvas expostas anteriormente, nossa discussão se concentrará em levantar algumas contribuições sobre a análise qualitativa desses quatro testes de inteligência, pois são os mais utilizados em avaliações psicológicas com crianças e adolescentes.

A observação dos fenômenos psicológicos que ocorrem durante a aplicação de testes é de fundamental importância para a composição da análise qualitativa. De forma geral, essa observação irá considerar os comportamentos verbais e não verbais durante a execução da tarefa solicitada e na relação com o psicólogo.

O estabelecimento de uma relação confortável entre o psicólogo e o sujeito é condição essencial para a diminuição de aspectos adversos e

que possam interferir no desempenho deste durante a aplicação desse tipo de teste, na medida em que são tarefas que evocam atividades escolares e, portanto, relacionadas à demanda de dificuldade na aprendizagem. Embora a similaridade com a situação de aprendizagem possa provocar ansiedade, o contexto clínico permite observações valiosas sobre os movimentos e retrocessos do indivíduo diante da aprendizagem, como se comporta na relação estabelecida com o psicólogo, por exemplo, se é indiferente, se revela autonomia ou se busca apoio e reassseguramento. Assim, minimizar a ansiedade, despertar o máximo de interesse e colaboração por parte da criança e/ou adolescente são intervenções facilitadoras.

Manter condições adequadas de aplicação e, sobretudo, dominar a técnica de aplicação dos instrumentos abre espaço para que o profissional observe, por exemplo, qual a disponibilidade da criança e/ou adolescente para aprender novas tarefas, se mantém a atenção ou demonstra fadiga e desinteresse, como reage diante de seus erros e acertos, se com o aumento do grau de dificuldade passa a hesitar ou emite respostas impulsivas, e se esses comportamentos se modificam conforme o tipo de tarefa realizada.

AVALIAÇÃO INTELECTUAL POR MEIO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA – DFH-III

Analisando a produção gráfica de uma criança, podemos identificar aspectos mais objetivos que envolvem a maturidade motora e, também, os mais subjetivos, como a significação simbólica representada nos elementos que o compõe.

O valor das técnicas gráficas na compreensão diagnóstica está em sua força potencial, nas vantagens que apresenta como relativa rapidez na execução da tarefa e facilidade de aplicação.

Os desenhos produzidos pelas crianças têm sido tema de diferentes estudos. Há diversas referências para análise do desenho, as quais podemos situar em duas grandes áreas. Uma delas está empenhada em abordar os desenhos a partir de suas características gerais e das modificações que ocorrem ao longo do tempo. A outra se desenvolve a partir do interesse pela padronização e sistematização das técnicas gráficas para utilização na avaliação psicológica.

O desenvolvimento dessas concepções provocou o interesse na compreensão do desenho, para além das reproduções estéticas e habilidades artísticas, ampliando o caminho para outro conjunto de compreensões sobre as possibilidades de interpretação e abrangência do desenho infantil.

O desenho da figura humana tem sido utilizado em várias situações de avaliação psicológica, seja como forma de estimar o potencial intelectual do indivíduo seja para identificar a relação que ele estabelece com seu próprio corpo e, por conseguinte, com os objetos de forma geral. Embora, como destaca Paín (2007, p. 127), essa última dimensão seja claramente projetiva, ou seja, que cada traço do desenho alude simbolicamente a um conteúdo consciente ou inconsciente:

É evidente que os determinantes evolutivos da personalidade influem na transformação dos padrões de realização do desenho, de tal modo que seu significado psicopatológico varia de acordo com a idade do indivíduo.

Florence Goodenough, em 1926, demonstrou a existência de um grande componente intelectual no desenvolvimento dos desenhos infantis a partir do tema da figura humana. Ela considerava que a criança começa desenhando o que sabe, porém, Paín (2007) mostra que a criança desenha o que sabe, mas nem tudo o que sabe, pois uma criança de 4 anos indica perfeitamente onde está seu joelho, porém só aos 6 anos é capaz de representá-lo graficamente. Por meio do desenho da figura humana, considera-se que, conforme o amadurecimento se estabelece, há uma evolução quanto ao número de elementos

desenhados e a relação entre as partes, fornecendo uma estimativa do nível de desenvolvimento da maturidade intelectual ou conceitual, conforme proposto por Harris (1963) em seu trabalho de revisão ao teste de Goodenough.

Segundo Harris (1963), por meio do desenho da figura humana a criança expressa o conceito que tem do corpo humano em suas características essenciais. Nesse sentido, o autor questionou o uso do desenho da figura humana como teste de inteligência, preferindo entendê-lo como medida de *maturidade conceitual*. O processo de formação de conceitos abrangeria etapas como: capacidade de discriminar, de abstrair, de classificar e de generalizar conforme as semelhanças e diferenças.

As pesquisas de Solange Wechsler com o desenho da figura humana datam de 1996 e a publicação em 2003 da terceira edição de sua pesquisa de padronização representam contribuições importantes para a melhoria da fidedignidade da avaliação, além de apresentar tabelas para a realidade brasileira. O DFH-III mantém a proposta de avaliação da maturidade intelectual ou maturidade conceitual, além da percepção visual e coordenação visomotora.

Além disso, com relação aos aspectos qualitativos complementares do DFH III, podemos perceber como a criança reage diante da solicitação de uma tarefa gráfica, como se organiza para executar a tarefa, observar dados sobre a lateralidade e o predomínio das mãos durante o desenho, sobre a preensão do lápis, a pressão e segurança expressas por meio do traçado dos desenhos, rasuras e a utilização de recursos para a correção e espaço na folha, se faz comentários verbais durante a execução do desenho, se nomeia as partes enquanto desenha. Quanto à comparação entre os desenhos: se executa da mesma forma o desenho do homem e da mulher, especialmente em relação a quantidade de detalhes desenhados.

É praticamente impossível separar na representação de uma figura a dimensão afetiva e a cognitiva, mesmo que a interpretação recaia sobre esse último aspecto. Sob esse ponto de vista, todos os elementos apontados no parágrafo anterior devem ser considerados a partir da ideia de que, ao desenhar uma figura humana, o sujeito expressa a imagem que tem de si mesmo ou imagem corporal definida por Schilder (1981, p. 11) como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós.” Essa imagem envolve a percepção do corpo, possuindo bases fisiológicas, libidinais e sociológicas, e está diretamente relacionada com o conceito que o indivíduo tem de si mesmo.

O TESTE DE MATRIZES PROGRESSIVAS DE RAVEN – ESCALA ESPECIAL

O teste de Raven é caracterizado por apresentar ao sujeito uma tarefa em que não é necessária nenhuma verbalização, sendo, portanto, vantajoso pela facilidade e rapidez de aplicação. O teste apresenta à criança uma instrução única e um material organizado sob a forma de um quadro de dupla entrada, segundo esclarece Paín (2007, p. 235):

Cada dado se relaciona com qualquer um dos outros em uma intersecção, e progressiva, visto que sua construção decorre da aplicação de critérios cada vez mais complicados.

Para realizar a tarefa, a criança deve escolher uma das opções que completam a matriz ou estabelecer uma regra de organização das figuras, de modo a excluir apenas uma. Nessas tarefas, as principais observações e análises qualitativas podem centrar-se no tipo de itens (que ela apresenta mais facilidade ou dificuldade (conforme a exigência de discriminação ou raciocínio exigido na tarefa) e no tipo de raciocínio que a criança não foi capaz de realizar ou apresentou maiores

dificuldades, como realizou a tarefa, se refletia, se analisava as figuras ou se respondia de forma impulsiva. Sendo assim, será possível interpretar a escolha de certas alternativas que representam uma abordagem específica da tarefa. Como se sabe, o teste pretende destacar a presença de um fator geral, único da inteligência que Spearman denominou de *Fator G*. A realização do teste pressupõe a capacidade de raciocinar em situações novas pouco dependentes de conhecimentos adquiridos, resolver problemas novos, relacionar ideias, induzir conceitos abstratos, compreender implicações, aspectos ligados à inteligência fluida (PRIMI, 2003).

Apesar da aparente simplicidade da tarefa proposta ao sujeito, o teste exige que a criança, além de manter a atenção concentrada, tenha flexibilidade de pensamento, pois se, a princípio, a tarefa exige um trabalho que envolve percepção e raciocínio por identidade, ao longo das séries a criança deverá utilizar cada vez mais a abstração e a simbolização na resolução dos problemas, aspectos fundamentais, entre outros, quando nos deparamos com dificuldades de aprendizagem. O manual do teste fornece uma análise detalhada de todos os itens do teste, ressaltando o tipo de raciocínio exigido em cada um deles.

ESCALA DE MATURIDADE MENTAL COLÚMBIA

O Colúmbia é um teste que exige da criança uma resposta verbal ou motora mínima na identificação de qual desenho não pertence ao conjunto apresentado. Os primeiros itens são meramente perceptivos, sendo introduzidas, gradualmente, maiores exigências de natureza conceitual. O teste apresenta-se como uma boa medida da capacidade de raciocínio geral, principalmente para pré-escolares.

Na análise qualitativa deve-se considerar que ao longo do teste a criança vai se deparar com desenhos que evocam um tipo de raciocínio puramente abstrato e outros com figuras que implicam alguma

experiência prévia, ou seja, objetos de seu cotidiano ou que ela já viu representados em alguma situação. Nesse sentido, podemos pensar que o teste exige tanto um pensamento abstrato quanto conceitual. Sendo assim, uma compreensão mais detalhada da forma como a criança trabalha nesse teste envolve a análise dos erros cometidos por ela, ou seja, identificar se apresentou mais dificuldades nos itens que apresentam figuras abstratas ou se naqueles que exigem a formação de conceitos. Apesar de essa análise não estar contemplada no manual, como no caso do Raven, é possível completar a análise quantitativa com essas informações.

ESCALA DE INTELIGÊNCIA WECHSLER PARA CRIANÇAS 3^A EDIÇÃO – WISC-III

Tendo em vista que a avaliação das habilidades cognitivas das crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem é fundamental, o WISC é o teste de inteligência infantil mais utilizado pelos profissionais brasileiros nessas avaliações. Seu uso é priorizado em relação aos testes chamados de fator “g”, que visam avaliar o nível intelectual geral ou outro tipo de avaliação psicométrica, os quais fornecem apenas uma medida global. A prioridade dada ao WISC refere-se ao fato de ele ser um instrumento que permite ao examinador uma ampla observação de muitos elementos, que são considerados na inteligência e também por considerar em sua concepção teórica os aspectos não cognitivos da inteligência.

Alguns dados da literatura indicam as contribuições advindas da utilização do WISC em diagnósticos e a persistência de sua utilização. Primeiramente, sua fácil administração e avaliação, bem como suas qualidades psicométricas (HILTON; WORKMAN, 1982; KEHLER; CLARK; JENSEN, 1993). Em seguida, a possibilidade de analisar a

relação entre as áreas verbal e de execução dentro de um mesmo parâmetro de medida da inteligência, permitindo a identificação de possíveis discrepâncias (KAUFMAN, 1976; PIOTROWSKI, 1978; FUERST; FISK; ROURKE, 1990; KAUFMAN, 1981; FARNHAM-DIGGORY, 1987).

Finalmente, é considerada uma bateria de subtestes independentes e diversificados destinados a avaliar importantes segmentos do funcionamento intelectual da criança (KEHLER; CLARK; JENSEN, 1993), mostrando ser sensível para detectar padrões de desempenho à luz das implicações clínicas de seus subtestes (GLASSER; ZIMMERMAN, 1972; TIOSSO, 1989; CUNHA, 1993) ou dos agrupamentos dos subtestes em fatores (PETERSON; HART, 1979; TINGSTROM; PFEIFFER, 1988; GUTKIN, 1979; KAUFMAN, 1981; MAYES; CALHOUN, 2004; SMITH; SMITH; TAYLOR; HOBBY, 2005).

A terceira edição da escala Wechsler (WISC-III) foi publicada nos Estados Unidos em 1991. O propósito dessa revisão, segundo argumentos que constam do manual do teste (WECHSLER, 2002), foi fazer uma atualização periódica das normas de interpretação do teste de inteligência, além de investigar mais a fundo os fatores subjacentes obtidos nas análises do WISC e do WISC-R. Vários estudos publicados observaram que, independentemente do método de análise e do tipo de amostra, apareciam dois fatores importantes (Compreensão Verbal e Organização Perceptual) e um terceiro fator denominado Resistência à Distração, constituído pelos subtestes Aritmética e Dígitos. Para diferenciar melhor a habilidade medida por esse fator no WISC-III, foi incluído o subteste Procurar Símbolos, que levou à obtenção de um quarto fator, Velocidade de Processamento (WECHSLER, 2002). O WISC-III manteve os subtestes e a mesma divisão entre Escala Verbal e de Execução das edições anteriores (WISC e WISC-R), 73% dos itens do WISC-R foram mantidos na forma original ou tiveram pequenas modificações.

O WISC-III apresenta 13 subtestes, que avaliam diferentes habilidades da inteligência e são agrupados como nas demais Escalas de Inteligência de Wechsler, em um conjunto Verbal e em um conjunto de Execução, definindo os QI Verbal, QI de Execução e QI Total. Os subtestes Dígitos, Procurar Símbolos e Labirintos são suplementares e não entram no cálculo dos QIs, entretanto, os dois primeiros são relevantes para a obtenção dos Índices Fatoriais: escores opcionais que avaliam a Compreensão Verbal, a Organização Perceptual, a Resistência à Distração e a Velocidade de Processamento. Esses índices são obtidos pela soma dos pontos ponderados obtidos nos respectivos subtestes que formam cada fator.

A interpretação dos resultados do WISC-III, proposta por Kaufman (1994), inicia-se com os escores gerais e finaliza com os específicos. Figueiredo (2000) sugere a seguinte sequência para a interpretação dos resultados obtidos na aplicação do WISC-III:

- a) obtenção dos QIs e dos respectivos Intervalos de Confiança, análise das discrepâncias significativas e suas implicações;
- b) obtenção dos Índices Fatoriais e dos respectivos Intervalos de Confiança, análise das discrepâncias significativas e suas implicações;
- c) cálculo da dispersão entre os subtestes e interpretação das habilidades que estão discrepantes da média.

Figueiredo (2000) afirma que o QI Total é considerado a melhor medida da capacidade cognitiva no WISC-III. No entanto, diferenças significativas entre os QIs Verbal e de Execução, flutuações dos Índices Fatoriais, dispersão entre os escores dos subtestes ou a presença de variáveis como fadiga, ansiedade, desmotivação ou privação cultural podem diminuir a importância do QI Total como um índice de inteligência geral da criança. A análise das discrepâncias entre as escalas verbal e de execução é obtida a partir de valores críticos considerados estatisticamente significativas e que se encontram no

manual (FIGUEIREDO, 2000). As discrepâncias variam de 10 a 13 pontos para um nível de confiança de 0,05 e de 13 a 17 para um nível de 0,01. De acordo com Kaufman (1994), uma diferença maior ou igual a 11 pontos pode ser interpretada como significativa, ou seja, pode representar entre as habilidades verbais e não verbais.

Os Índices Fatoriais possibilitam a obtenção de informações adicionais, uma vez que refletem diferentes aspectos da habilidade cognitiva do sujeito. Por envolverem mais de um subteste, sua interpretação é mais fidedigna que a interpretação individual dos subtestes e fornece informações de interesse clínico e educacional (FIGUEIREDO, 2000). Ainda em relação à utilização dos Índices Fatoriais, Kaufman (1994) ressalta que uma versão mais pura e precisa da dimensão verbal e não verbal da capacidade intelectual é oferecida pelos fatores Compreensão Verbal e Organização Perceptual, evidenciando habilidades do domínio cognitivo. Esses índices podem dar mais informações sobre as capacidades verbal e não verbal do que os pontos ponderados obtidos por uma discrepância grosseira entre as escalas de QI. A fim de ilustrar essa situação, Figueiredo (2000) mostra que o objetivo de Wechsler com o QI Execução, por exemplo, é avaliar a habilidade do sujeito para utilizar estímulos visoespaciais na resolução de novos problemas. Por vezes, o sujeito pode obter resultados rebaixados nesta dimensão, em “função de variáveis não cognitivas como pobreza de coordenação motora, falta de reflexão ou compulsividade, aspectos refletidos no fator Velocidade de Processamento.” (FIGUEIREDO, 2000, p. 607). Nesse caso, a escala de execução fica rebaixada pela deficiência nos subtestes Código e Procurar Símbolos, o que torna a interpretação deste QI inadequada, pois a escala de execução deixa de ser um constructo único.

O índice Resistência à Distração integra a parte verbal e depende da memória auditiva e processamento sequencial, mostrando forte relação com a habilidade matemática, além da atenção, da concentração e da memória imediata. O resultado nesse fator é influenciado pela

ansiedade e dificuldade no controle dos impulsos. Ainda segundo Figueiredo, a interpretação desse fator pode ficar comprometida se a discrepância entre os escores de Aritmética e Dígitos (subtestes que compõem esse índice) for de 4 ou mais pontos.

O índice Velocidade de Processamento foi resultante do acréscimo do subteste Procurar Símbolos e suas habilidades incluem-se em dois domínios, pois processamento implica cognição e velocidade e tem componentes tanto comportamentais como cognitivos (KAUFMAN, 1994).

Para analisar as diferenças significativas entre os escores fatoriais, a escala verbal é avaliada por CV menos RD (CV-RD) e a de execução por OP menos VP (OP-VP). Os valores considerados significativos para interpretação, propostos por Kaufman, são os seguintes (diferenças entre escores fatoriais ao nível de 0,05):

- Escala Verbal (CV-RD): ≥ 13 pontos;
- Escala de Execução (OP-VP): ≥ 15 pontos.

Considerando a análise da discrepância entre Compreensão Verbal e Organização Perceptual, feita no caso da inadequação da interpretação da disparidade dos QIs, considera-se uma diferença de 12 pontos como significativa em 0,05, ou seja, $CV-OP \geq 12$.

Por fim, a análise de cada subteste separadamente considerando a média de 10 pontos e desvio-padrão de três pontos, permite a identificação pormenorizada das facilidades e dificuldades apresentadas pelo sujeito.

A descrição do que cada escala e subteste avaliam é fundamental para a compreensão dos aspectos da inteligência investigados no WISC-III e consequentemente, para a interpretação dos resultados.

Segundo Safra (1987), ainda que o WISC tenha sido concebido para avaliar a inteligência geral, só será possível fazê-lo pelo uso que o sujeito faz de suas diversas funções mentais para resolver as tarefas propostas pelos subtestes. Sendo assim, segundo o autor, esse teste possibilita,

também, localizar as funções alteradas e relacioná-las com as características de personalidade do examinando. Todas as tarefas propostas pelo teste pressupõem a utilização de um esquema de ação com determinada estrutura, mas, segundo Paín (2007), podem surgir tendências à regressão, ou seja, uma labilidade funcional de forma que a criança não utilize totalmente suas potencialidades; além disso, é possível observar diferenças no desempenho da criança em relação às duas partes do teste (verbal e execução).

Isto nos mostra que distintos fatores cognitivos perturbam ou facilitam o desenvolvimento das estruturas não só no sentido geral, mas no sentido individual, dado que cada indivíduo tem uma peculiar constituição, experiência, ambiente, etc. (PAÍN, 2007, p. 202).

É importante, então, com relação ao WISC-III, descrever os processos psicológicos envolvidos na resolução de cada subteste, além da proposta de análise qualitativa por meio da comparação entre o agrupamento dos subtestes. A análise que se segue será baseada nos trabalhos de Glasser e Zimmerman (1972), Rapaport (1976), Safra (1987), Kaufman (1994), Sattler (1992), Cunha (2000) e Uriel (2002).

SUBTESTES DA ESCALA VERBAL

De forma geral, a Escala Verbal envolve as seguintes habilidades: compreensão verbal, conhecimento adquirido, processamento da linguagem, raciocínio verbal, atenção, aprendizagem verbal, memória e capacidade de lidar com símbolos abstratos.

INFORMAÇÃO

A gama de informação que um indivíduo possui é uma indicação de sua capacidade intelectual. Esse subteste pretende avaliar a quantidade de informação geral que o sujeito apreendeu de seu ambiente, a capacidade de retê-la como conhecimento e a possibilidade de evocá-la quando necessário. Não é solicitado que o sujeito faça relações entre os

fatos, mas, simplesmente, se os observa, se os captou e os reteve como conhecimento geral. Além disso, o rendimento nesse subteste está associado, entre outros fatores, à influência dos interesses, ao desejo de explorar o meio ambiente, à ambição intelectual e, para tanto, o sujeito necessita ter sua curiosidade desinibida. Sendo assim, este subteste avalia: a extensão do conhecimento adquirido, a qualidade da educação formal, a motivação para o aproveitamento escolar, a estimulação do ambiente e/ou curiosidade intelectual, o interesse no meio ambiente, a memória remota, a capacidade de pensamento associativo e a capacidade de compreensão.

COMPREENSÃO

Depende, em grande parte, da informação prática que o sujeito possui e de sua capacidade de avaliar e utilizar a experiência passada de uma maneira socialmente aceitável. Aqui, o juízo e a formação de conceitos terão um papel preponderante, como funções mentais que permitem ao sujeito discriminar a realidade interna da externa e, por meio de experiências anteriores, abstrair o essencial dessas situações para poder aplicar o que aprendeu à nova experiência. Glasser e Zimmerman (1972, p. 77) mostram que essa parte do teste pretende determinar a capacidade da criança para utilizar o juízo prático nos atos sociais de cada dia, a interiorização da cultura social e “até que ponto se desenvolveu no sujeito uma consciência madura ou sentido moral”. As respostas são influenciadas pelo raciocínio, pela expressão verbal e pela capacidade de avaliar as experiências passadas. Em síntese esse subteste avalia: a capacidade de senso comum, o juízo social, o conhecimento prático, a maturidade social, a compreensão verbal, a memória, a atenção, o pensamento abstrato e a manifestação de informação prática.

SEMELHANÇAS

Foi idealizado para determinar os aspectos qualitativos das relações classificatórias que o sujeito conseguiu apreender de seu ambiente. O sujeito captou fatos e ideias de seu meio e deveria ser capaz de perceber relações básicas essenciais entre eles. Ao mesmo tempo, a execução da prova envolve certo grau de compreensão verbal e proporciona, também, uma medida satisfatória do pensamento lógico abstrato, categorial, com conteúdo verbal. Segundo Safrá (1987, p. 121):

Pressupõe-se que a capacidade do indivíduo de perceber as semelhanças dos elementos, para norteá-lo na classificação dos seus conhecimentos sobre o mundo, seja uma expressão da inteligência geral.

De forma geral, este subteste avalia: a formação de conceito verbal, o pensamento lógico-abstrato e associativo, o raciocínio indutivo com identificação de aspectos essenciais e não essenciais, o desenvolvimento da linguagem, a fluência verbal e a memória remota.

ARITMÉTICA

O subteste Aritmética foi introduzido nas escalas Wechsler pela existência de um nível de correlação satisfatório entre o raciocínio aritmético e a inteligência geral, além de ser uma boa medida da capacidade de o sujeito estar alerta para a realização de um problema. Tem como objetivo principal verificar a capacidade do sujeito para resolver as quatro operações matemáticas básicas e a habilidade de resolução de problemas complexos. Glasser e Zimmerman (1972) fazem uma observação importante em relação a este subteste, considerando que a concentração e a atenção necessárias à sua realização são, fundamentalmente, funções não cognitivas e a manipulação de operações numéricas é cognitiva; dessa forma, esta prova proporciona um meio de conhecer como a criança relaciona os fatores cognitivos e não cognitivos em termos do pensamento e execução. A maneira como a criança realiza esses itens pode fornecer dados sobre como ela reage ante as situações escolares, pois trata-se de uma prova que se associa às

tarefas realizadas na escola. Sendo assim, o subteste avalia: habilidade numérica, agilidade mental, atenção, concentração, capacidade de traduzir enunciados em operações matemáticas, raciocínio lógico, abstração, memória de longo prazo de operações matemáticas, além de conhecimentos adquiridos.

VOCABULÁRIO

É a prova que melhor avalia a inteligência verbal. Para o desempenho neste subteste, é necessário o vocabulário adquirido por meio das experiências precoces de socialização, cuja extensão e qualidade refletem aspectos socioeconômicos e a escolarização, não sendo afetado tão decisivamente pelo aproveitamento acadêmico. No entanto, a qualidade das respostas reflete a sofisticação do ambiente sociocultural. De forma geral, o subteste avalia: o desenvolvimento da linguagem, o conhecimento de palavras, a riqueza de ideias, o pensamento abstrato e o caráter dos processos de pensamento, a formação de conceitos, a inteligência geral, a estimulação do ambiente e/ou a curiosidade intelectual.

DÍGITOS

Este subteste pressupõe, entre outros aspectos, que a memória imediata é uma das faculdades requeridas em todos os níveis da atividade intelectual. Um bom desempenho nesta prova vai depender da possibilidade de a criança estar atenta ao seu meio e preservar a memória auditiva imediata. Da mesma forma, a fadiga, os problemas auditivos ou situações orgânicas afetam a atenção da criança, comprometendo seu desempenho. Esse subteste mede, fundamentalmente, a memória auditiva imediata, a extensão da atenção, a concentração, a memória e a capacidade de reversibilidade.

SUBTESTES DA ESCALA DE

EXECUÇÃO

A escala de execução avalia, geralmente, o grau e a qualidade do contato não verbal do indivíduo com o ambiente, a capacidade de integrar estímulos perceptuais e respostas motoras pertinentes, a capacidade de trabalhar em situações concretas com rapidez, a capacidade de avaliar informações visoespaciais e a capacidade de planejamento.

COMPLETAR FIGURAS

Trata-se de um subteste de concentração visual que permite avaliar a atenção que o sujeito presta em seu ambiente, sua memória visual de longo prazo, assim como suas habilidades espaciais. É um subteste em que a atenção, a concentração e a capacidade de diferenciar detalhes relevantes dos não relevantes são funções importantes para o bom desempenho na prova. É útil para discriminar crianças que têm uma boa percepção, mas não conseguem reproduzir um objeto, demonstrando dificuldades visomotoras específicas. Em síntese, o subteste avalia: o reconhecimento e a memória visual, a organização e o raciocínio, a diferenciação de detalhes essenciais dos não essenciais, o conhecimento do objeto e a memória a longo prazo, o reconhecimento visual sem atividade motora essencial, o interesse pelo ambiente, a concentração e a percepção das relações parte-todo.

CÓDIGO

Avalia a capacidade de o sujeito aprender, em breve intervalo de tempo, uma tarefa nova e não familiar. Para um bom desempenho neste subteste, o sujeito necessita de boa capacidade visomotora, concentração e motivação. Ao observar a capacidade do sujeito para aprender uma tarefa nova, o examinador poderá obter dados a respeito de como a criança coloca-se ante a situação de aprendizagem e da escola. Glasser e Zimmerman (1972) afirmam que essa prova explora

também a capacidade de adaptação social da criança, na medida em que, para realizá-la, o sujeito necessita aceitar e apreender rapidamente uma ordem para realizar uma nova tarefa. O subteste avalia: a velocidade de processamento, a atenção seletiva, a concentração, a persistência motora numa tarefa sequencial, a habilidade de coordenação viso-manual e a memória visual de curto prazo.

CUBOS

Por meio deste subteste pode-se avaliar a capacidade do sujeito de orientar-se no espaço. Trata-se de uma tarefa de formação de conceitos não verbais que requer organização perceptual, visualização espacial e conceitualização abstrata. Safra (1987, p. 124) mostra que existem duas maneiras de executar o subteste: “a) pela apreensão do desenho como um todo e tentativa de reproduzi-lo com cubos e b) pela análise do desenho em pequenas unidades para posterior síntese e reprodução.” O subteste avalia: a organização espacial e visual, a análise do todo em suas partes componentes (conceitualização abstrata), a formação de conceito não verbal, a visualização espacial, a capacidade de análise e síntese.

ARRANJO DE FIGURAS

Avalia a capacidade de raciocínio não verbal para julgar situações sociais. Além das funções perceptivas preservadas, a noção do tempo também é necessária para uma boa realização da prova. O subteste avalia: a percepção, a compreensão visual, o planejamento de situações, a capacidade para reconhecer a essência da história, antecipar e compreender a sequência de eventos, particularmente eventos sociais, estando, então, envolvidas as capacidades de antecipação das sequências, a habilidade de planejamento e de sequência temporal e conceitos temporais.

ARMAR OBJETOS

Requer do sujeito a antecipação visual das relações parte-todo para organizar e integrar estímulos, utilizando códigos mínimos e a flexibilidade para trabalhar com uma meta que pode não ser imediatamente reconhecível. O subteste avalia: a coordenação visomotora, a habilidade de organização perceptual, a formação de conceitos visuais, bem como a capacidade de percepção das partes e do todo.

PROCURAR SÍMBOLOS

Trata-se de uma tarefa que inclui discriminação visual e agilidade visoperceptual de estímulos abstratos, além de memória visual imediata, coordenação visomotora e flexibilidade cognitiva. O subteste avalia: a atenção, a concentração, a rapidez de processamento, a compreensão auditiva, a organização perceptual, a capacidade de planejamento e de aprendizagem.

INTERPRETAÇÃO DOS ÍNDICES FATORIAIS

Sattler (1992) afirma que o índice de Compreensão Verbal (CV) implica itens de conteúdo verbal, exigindo a compreensão como processo mental; nesse sentido, avalia o conhecimento verbal e o entendimento obtido tanto pela educação formal como pela informal e reflete a capacidade de utilizar a capacidade verbal em situações novas. Em síntese, os domínios avaliados são: conhecimento adquirido e capacidade de compreensão verbal.

ORGANIZAÇÃO PERCEPTUAL (OP)

Relaciona-se a itens de conteúdo perceptual, englobando processos mentais de organização desses conteúdos; representa uma medida não verbal que reflete a habilidade para interpretar e organizar material percepto-visual dentro de um limite de tempo. Os domínios avaliados

são: raciocínio não verbal, fluido, atenção para detalhes e integração visomotora.

VELOCIDADE DE PROCESSAMENTO (VP)

Envolve a habilidade para resolver itens de processamento perceptual e exige velocidade no processo mental; avalia a habilidade para processar rapidamente a informação não verbal perceptual. Representam habilidades importantes neste fator a concentração e a rápida coordenação visomotora. Os domínios avaliados são: processos relacionados à atenção, memória e concentração para processar rapidamente a informação visual.

RESISTÊNCIA À DISTRAÇÃO (RD)

Reflete habilidades para empregar um alto grau de concentração e atenção em um processo de informação rápida.

Por fim, as análises apresentadas permitem a identificação de diferenças de funcionamento intelectual do sujeito nas diversas dimensões – qualitativa e quantitativa – avaliadas pelos testes. Associadas a outras informações, tais como história pessoal, educacional, familiar e dinâmica pessoal, podem auxiliar o profissional em sugestões e recomendações importantes para um planejamento educacional ou terapêuticas.

REFERÊNCIAS

ALVES, I. C. B. et al. Avaliação intelectual infantil: panorama dos testes utilizados no Brasil. In: SANTOS, A. A. A. et al. *Perspectivas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 13-40.

ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). *Avaliação da inteligência*. São Paulo: EPU, 1987. v. 1.

ANGELINI, A. L. et al. *Manual Matrizes Progressiva Coloridas de Raven: Escala Especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1999.

BURGEMEITER, B. B.; BLUM L. H. L. I. *Escala de Maturidade Mental Colúmbia*: manual para aplicação e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

BUTCHER, H. J. *Inteligência humana: Natureza e avaliação*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

- CALEJON, L. M. C.; BEATÓN, G. A. *Avaliação psicológica, os testes e o diagnóstico explicativo*. São Paulo: Degaspari, 2002.
- CAVALINI, S. F. S. *Um estudo sobre a implicação da relação pais-filhos na inibição intelectual*. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Marcos, São Paulo, 2000.
- CUNHA, J. A. C. et al. *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP: 02/2003. *Caderno especial de resoluções*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2003.
- _____. *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI)*, 2009. Disponível em: <<http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm>>. Acesso em 8 mar. 2011.
- CRONBACH, L. J. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- CUNHA, J. A. C. Escalas Wechster. In: _____. et al. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 529-602.
- FARNHAM-DIGGORY, S. Time, now, for a little serious complexity. In: CECI, S. J. *Handbook of cognitive, social and neuropsychological aspects of learning disabilities*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1986. v. 1; p. 95-122.
- FIGUEIREDO, V. L. M. WISC-III. In: CUNHA, J. A. (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 603-614.
- FUERST, D. R.; FISK, J. L.; ROURKE, B. P. Psychosocial functioning of learning-disabled children: relations between WISC Verbal IQ – Performance IQ discrepancies and personality subtypes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 58, n. 5, p. 657-660, 1990.
- GIBELLO, B. *A criança com distúrbios de inteligência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- GLASSER, A. J.; ZIMMERMAN, I. L. *Interpretación clínica de la Escala de Wechsler para niños*. Madrid: Ediciones TEA, 1972.
- GOODENOUGH, F. *Test de inteligência infantil por médio del dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- HARRIS, D. B. *El test de Goodenough: revision, ampliación y actualización*. Buenos Aires: Paidós, 1963.
- HILTON, G. B.; WORKMAN, P. A. *Psychoeducational assessment: integrating concepts and techniques*. Orlando: Grune & Stratton, 1982.
- KAUFMAN, A. S. Verbal Performance IQ discrepancies on the WISC-R. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, v. 44, n. 5, p. 739-744, 1976.
- _____. The WISC-R and learning disabilities assessment: state of the art. *Journal of Learning Disabilities*, v. 14 n. 9, p. 520-526, 1981.
- _____. *Intelligent testing with the WISC-III*. New York: John Wiley & Sons, 1994.
- KEHLER, T. J.; CLARK, E.; JENSEN, W. R. The development of testing as applied to School Psychology. *Journal of School Psychology*, v. 31, p. 143-161, 1993.
- KOPPITZ, E. M. *O Teste Gestáltico Bender para Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- LEVIN, M.; GONZALEZ, N. C. ¿Por qué hay niños que no aprenden a escribir? Aportes de la evaluación psicológica. *Revista de Medicina de Tucumán*, v. 10, n. 2, p. 69-84, 2004.
- MANONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1981. (Original publicado em 1965).

MAYES, S. D.; CALHOUN, S. L. Similarities and differences in Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III) profiles: support for subtest analysis in clinical referrals. *Clinical Neuropsychologist*, v. 18, n. 4, p. 559-572, 2004.

NEISSER, U. et al. Intelligence: known and unknowns. *American Psychologist*, v. 51, n. 2, p. 77-101, 1996.

PAÍN, S. *Psicometria genética*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PETERSON, C. R.; Hart, D. H. Factor structure of the WISC-R for a clinic-referred populations and specific sub-groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 47, n. 3, p. 643-645, 1979.

PIOTROWSKI, R. J. Abnormality of subtest score differences on the WISC-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 46, n. 3, p. 569-570, 1978.

PRIMI, R. Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, n. 1, p. 67-77, 2003.

RAPAPORT, D. *Tests de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós, 1976. (Original de 1945).

ROAZZI, A.; SOUZA, B. C. Repensando a inteligência. *Padêia*, v. 12, p. 33-55, 2002.

RUEDA, R. Desempenho assistido no ensino da escrita a estudantes com distúrbios de aprendizagem. In: MOLL, V. *Vygotsky e a educação: implicações pedagógicas psicologia socio-histórica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 393-416.

SAFRA, G. A Escala Wechsler para crianças – WISC. In: ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). *Avaliação da inteligência*. São Paulo: EPU, 1987. v. 2, p. 106-154.

SATTler, J. M. *Assessment of children revised and updated third edition*. San Diego: Jerome M. Sattler, 1992.

SCHELINI, P. W. *WISC-III: proposta de adaptação brasileira dos subtestes verbais*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1997.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SMITH, B. L. et al. Relationship between intelligence and vocabulary. *Perceptual and Motor Skills*, v. 100, p. 101-108, 2005.

SOUZA, A. L. T. *Análise qualitativa dos subtestes do WISC em crianças com e sem dificuldade de leitura/escrita*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo (EPM), São Paulo, 2001.

SOUZA, A. S. L. *Pensando a inibição intelectual: perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

_____. O pensamento como aquisição do desenvolvimento psíquico: reflexões sobre os aspectos emocionais da inteligência. *Boletim de Psicologia*, v. 53, n. 118, p. 1-12, 2003.

TINGSTROM, D. H.; Pfeiffer, S. I. WISC-R factor structure in a referred pediatric population. *Journal of Clinical Psychology*, v. 44 n. 5, p. 799-802, 1988.

TIOSSO, L. H. *Dificuldades na aprendizagem da leitura e escrita: uma visão multidisciplinar*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

URIEL, F. Aportes de la inclusión del WISC-III durante los procesos de orientación vocacional-ocupacional com jóvenes ingresantes al nivel polimodal de educación. In: CAYSSIALS, A. *WISC-III Nuevas investigaciones: normas de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Paidós, 2002. p. 121-135.

WECHSLER, D. Uma conferência de David Wechsler: o valor e a necessidade dos testes de inteligência num mundo em mudança. *Boletim de Psicologia*, v. 80, n. 33, p. 89-94, 1981.

_____. *WISC-III*: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças. Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. *DFH-III*: o desenho da figura humana. Avaliação do desenvolvimento cognitivo de brasileiros. Campinas: Ed. da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

3. O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS NO PSICODIAGNÓSTICO

Eliaana Marcello de Felice

O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

O psicodiagnóstico consiste em um processo com duração limitada, cujo principal objetivo é a compreensão profunda da personalidade total de um indivíduo ou de um grupo familiar (OCAMPO; ARZENO; PÍCCOLO, 1975). Trata-se de um procedimento clínico vinculado a uma finalidade terapêutica, na medida em que se destina, entre outros objetivos específicos, a fazer a melhor escolha possível de tratamento para aliviar o sofrimento psíquico do indivíduo e/ou do grupo familiar.

Desde o surgimento da Psicanálise como ciência e prática terapêutica, a preocupação com o diagnóstico psicológico se fez presente. Freud (1976) já propunha que as duas ou três semanas iniciais do tratamento psicanalítico fossem consideradas como um “período de experiência”, a fim de que o psicanalista pudesse fazer uma “sondagem” para conhecer o caso e decidir se ele era apropriado para a psicanálise. Essa decisão devia basear-se principalmente em razões diagnósticas, já que Freud acreditava que somente os quadros “neuróticos” eram acessíveis ao tratamento psicanalítico.

Na atualidade, a maior parte dos psicanalistas considera que a etapa inicial da análise, denominada “abertura” (ETCHEGOYEN, 2004), com extensão limitada a dois ou três meses para os casos neuróticos, possui objetivos diagnósticos, além de se destinar a um ajuste entre analista e paciente para situarem suas expectativas quanto ao tratamento e para que o analista possa estabelecer as regras que vão fazer parte do

enquadre analítico. É quase unânime entre os psicanalistas pós-freudianos a consideração de que um conhecimento do caso, prévio à análise propriamente dita, é fundamental para que o analista possa realizar seu trabalho em bases mais firmes e seguras, com informações importantes sobre a personalidade do analisando, sobre sua história de vida e sobre o ambiente familiar e social em que ele está inserido.

Vaisberg e Machado (2000) referem-se à desvalorização, na prática psicanalítica atual, do diagnóstico da personalidade, o que provoca efeitos importantes na clínica, já que o desconhecimento das condições psicopatológicas do paciente pode conduzir a intervenções psicológicas ineficazes ou mesmo prejudiciais. Tal desvalorização resulta, segundo as autoras, de uma confusão entre os conceitos de método e de técnica, já que o método psicanalítico é visto como aplicável somente por meio do tratamento psicanalítico clássico. As autoras esclarecem, de modo claro e preciso, que o método psicanalítico, que consiste na busca dos determinantes inconscientes da conduta humana, pode ser aplicado por meio de diferentes técnicas, como a interpretação verbal, o uso de procedimentos projetivos em psicodiagnóstico ou a análise de uma obra de arte, por exemplo.

Para as autoras, o psicodiagnóstico visa, primordialmente, orientar intervenções psicoterapêuticas e psicoprofiláticas, já que diferentes organizações e estruturas da personalidade exigem diferentes estratégias de atendimento, algumas vezes distintas da modalidade clássica, como é o caso da estrutura psicótica. A partir dessa perspectiva, a realização do diagnóstico da psicopatologia do paciente é imprescindível, e as autoras propõem o diagnóstico estrutural psicanalítico, por meio do qual se discrimina a estrutura/organização da personalidade que se configurou ao longo da história e do desenvolvimento do indivíduo, a partir de alguns critérios metapsicológicos, que são:

A angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as técnicas defensivas mais intensa e frequentemente utilizadas e o grau do desenvolvimento egóico e pulsional. (VAISBERG; MACHADO, 2000, p. 41).

Seguimos, em nossa prática profissional de psicodiagnóstico clínico, as concepções de Trinca (1984) sobre a modalidade de avaliação psicológica por ele denominada Psicodiagnóstico Compreensivo. Essa modalidade designa um processo diagnóstico que visa obter uma compreensão profunda e global da vida emocional do paciente, abrangendo as “dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e sócio-culturais, como forças em interação, que resultam em desajustamentos individuais.” (TRINCA, 1984, p. 15).

O Psicodiagnóstico Compreensivo tem seus fatores estruturantes, que definem suas principais características e objetivos. São eles: 1) objetivo de elucidar o significado das perturbações; 2) ênfase na dinâmica emocional inconsciente; 3) considerações de conjunto para o material clínico; 4) busca da compreensão psicológica globalizada do paciente; 5) seleção de aspectos centrais e nodais; 6) predomínio do julgamento clínico; 7) subordinação do processo diagnóstico ao pensamento clínico; 8) prevalência do uso de métodos e técnicas de exame fundamentados na associação livre. Entre essas técnicas, o autor cita as entrevistas clínicas, observações, testes projetivos, o Teste dos Rabiscos, desenvolvido por Winnicott e o Procedimento de Desenhos-Estórias, elaborado pelo próprio autor (TRINCA, 1972).

Essa modalidade de avaliação diagnóstica busca realizar uma apreensão abrangente e global de todo material colhido no psicodiagnóstico, a fim de encontrar os determinantes essenciais do sofrimento psicológico do indivíduo. Como afirma Trinca (1984, p. 15):

O Psicodiagnóstico Compreensivo designa uma série de situações, incluindo, entre outros aspectos, o de encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar o que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém.

A proposta do autor é de que nesse modelo de psicodiagnóstico haja uma grande flexibilidade para enfocar e tratar cada caso individual, para o qual será decisiva a experiência clínica do psicólogo, aliada a uma

sólida formação profissional e a sua sensibilidade humana. Será o julgamento clínico do profissional que lhe permitirá usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso, obtendo uma visão integradora do ser humano em toda a sua complexidade.

O PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS

Trinca (1972) apresentou o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) em sua tese de doutorado, baseando-se na hipótese de que o desenho livre, associado a histórias para as quais ele figura como estímulo, constitui um instrumento válido para a obtenção de informações sobre a personalidade do indivíduo em aspectos que não são facilmente apreendidos pela entrevista psicológica. Os resultados de sua pesquisa com 53 sujeitos confirmaram a utilidade desse instrumento rápido, fácil e econômico para a investigação dinâmica da personalidade, em especial em situações de triagens de grandes populações em que a escassez de recursos restringe ou impossibilita o trabalho do profissional com os métodos tradicionais.

A partir da apresentação inicial do instrumento, seu uso em avaliação psicológica foi se expandindo paulatinamente e de modo considerável, tanto no trabalho clínico quanto na pesquisa científica. A facilidade de sua aplicação e a profundidade de seu alcance para a investigação de aspectos inconscientes do psiquismo têm consistido em fatores de grande atração para o clínico e o pesquisador em psicologia. Junto com outras técnicas de avaliação, como a entrevista ludodiagnóstica, a entrevista familiar diagnóstica e o jogo dos rabiscos proposto por Winnicott, o procedimento de Desenhos-Estórias veio aumentar a lista dos instrumentos que, pela ampla liberdade que oferecem ao paciente, facilitam a expressão de seus conteúdos inconscientes, compatibilizando, assim, com os objetivos primordiais da avaliação psicológica de base psicanalítica.

Seu uso restringia-se, a princípio, a sujeitos entre 5 e 15 anos de idade, tendo se estendido posteriormente a crianças de 3 a 4 anos, bem como a adultos de qualquer idade. Suas principais características podem ser assim sintetizadas: usa associações livres, tem o objetivo de atingir aspectos inconscientes da personalidade, consiste em um recurso de investigação próprio das técnicas projetivas, emprega meios indiretos de expressão, amplia as possibilidades da observação livre e da entrevista clínica não estruturada, “tomando desta as propriedades de flexibilidade, espontaneidade e imprevisibilidade que permitem uma sondagem abrangente da vida psíquica.” (TRINCA, 1997, p. 12).

A fundamentação do procedimento se baseia nas teorias e práticas da psicanálise, das técnicas projetivas e da entrevista clínica. Essencialmente, sua fundamentação se sustenta nas seguintes suposições: 1) o indivíduo pode revelar suas disposições, esforços e conflitos ao estruturar ou completar uma situação incompleta; 2) as associações livres tendem a se dirigir a setores em que o indivíduo é emocionalmente mais sensível; 3) quanto menor a estruturação e direção do estímulo, maior a tendência de surgir material emocionalmente significativo; 4) no contato inicial, é maior a tendência do paciente de comunicar seus principais conflitos e fantasias inconscientes sobre a doença e a cura; 5) crianças e adolescentes preferem comunicar-se por desenhos e fantasias aperceptivas a fazê-lo por comunicações verbais diretas; 6) provas gráficas e temáticas tendem a ativar mecanismos e dinamismos da personalidade (TRINCA; TARDIVO, 2000).

A técnica de aplicação do procedimento de Desenhos-Estórias é bastante simples e requer apenas folhas de papel em branco tamanho ofício, lápis preto e uma caixa de lápis de cor. O autor não aconselha o uso de borracha. Após o estabelecimento de um bom *rappor*t, coloca-se uma folha de papel na posição horizontal na frente do examinado e os lápis de cor espalhados sobre a mesa, com o lápis preto localizado ao acaso entre eles. Solicita-se ao examinado que realize um desenho livre, do modo que quiser, e aguarda-se sua conclusão, determinada por ele.

Com o desenho realizado ainda disposto no mesmo lugar, na frente do examinado, pede-se, então, que ele conte uma história associada ao desenho, inventando-a como quiser. Em seguida, inicia-se o “inquérito”, em que são formuladas perguntas que visam complementar e esclarecer aspectos do desenho e da história que sejam necessários à compreensão e interpretação do material, além de favorecer novas associações que possam surgir. Por fim, pede-se ao examinado um título para sua produção.

Encerrada essa primeira etapa, repete-se o procedimento por quatro vezes, obtendo-se um total de cinco desenhos seguidos das histórias associadas, inquéritos e títulos. Se o aplicador considerar necessário, pode dividir a aplicação do procedimento em duas sessões.

Quanto à avaliação do material, pode-se efetuar uma análise dos aspectos formais dos desenhos, obtendo-se indicativos sobre as características estruturais da personalidade. Nessa forma de análise, a ênfase recai sobre aspectos como localização na página, uso de cores, qualidade do traçado, etc.

A análise de conteúdo pode ser realizada de diferentes formas. Utilizando uma fundamentação psicanalítica, pode-se efetuar a avaliação com base na “livre inspeção do material” (TRINCA, 1997), isto é, por meio de uma análise globalística das produções, na qual são levantadas hipóteses sobre a dinâmica psíquica do indivíduo, incluindo suas angústias, fantasias e conflitos predominantes, seus impulsos básicos, vínculos mais significativos, mecanismos de defesa mais utilizados, entre outros aspectos, que são então relacionados com a(s) queixa(s) e os sintomas do indivíduo. Essa forma de análise requer boa experiência clínica do profissional, já que ele usa “um referencial de análise introjetado, que é resultante de sua experiência e de seus conhecimentos de Psicologia e Psicanálise.” (TRINCA, 1997, p. 129).

Alguns autores sugerem o uso de categorias de análise para nortear a avaliação. Trinca (1972) propôs um referencial de análise baseado nas respostas dos 53 sujeitos que compunham a amostra de sua pesquisa de

doutorado, composto por dez categorias. São elas: atitude básica, figuras significativas, sentimentos expressos, tendências e desejos, impulsos, ansiedades, mecanismos de defesa, sintomas expressos, simbolismos e outras áreas da experiência.

Tomando como base esse referencial de Trinca, Tardivo (1985) fez uma reformulação que mantém as sete primeiras categorias de Trinca, apenas reunindo em cada uma delas alguns traços, da seguinte forma:

1. Atitude básica – traços: aceitação, oposição, insegurança, identificação positiva e identificação negativa.
2. Figuras significativas – traços: figura materna positiva, figura materna negativa, figura paterna positiva, figura paterna negativa, figura fraterna positiva e/ou outras figuras, figura fraterna negativa e/ou outras figuras.
3. Sentimentos expressos – traços: sentimentos derivados do instinto de vida, sentimentos derivados do instinto de morte, sentimentos derivados do conflito.
4. Tendências e desejos – traços: necessidade de suprir faltas básicas, tendências destrutivas, tendências construtivas.
5. Impulsos – traços: amorosos, destrutivos.
6. Ansiedades – traços: paranoides, depressivas.
7. Mecanismos de defesa – traços: cisão, projeção, repressão, negação/anulação, repressão ou fixação a estágios primitivos, racionalização, isolamento, deslocamento, idealização, sublimação, formação reativa, negação maníaca ou onipotente.

Existem, ainda, outros autores que propuseram diferentes referenciais de análise para o procedimento, além de distintos referenciais teóricos para embasar a análise, como o referencial junguiano, behaviorista ou fenomenológico-existencial.

Posteriormente, o Procedimento de Desenhos-Estórias teve desdobramentos, entre eles, o Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias (DF-E), uma técnica também introduzida por Trinca, que

visa obter informações sobre as situações intrapsíquicas e intrafamiliares do indivíduo no contexto familiar. A detecção de processos e conteúdos psíquicos relacionados aos objetos internos e externos que dizem respeito à dinâmica da família pode ser alcançada por meio desse procedimento.

O Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias consiste em uma sequência de quatro desenhos de família, solicitados na seguinte ordem:

1. Desenhe uma família qualquer.
2. Desenhe uma família que você gostaria de ter.
3. Desenhe uma família em que alguém não está bem.
4. Desenhe a sua família.

Da mesma forma que no D-E, também é solicitado que o examinado conte livremente uma história, seguida de inquérito e título a cada uma das produções.

Outro desdobramento do D-E é o Procedimento de Desenhos-Estórias com tema, em que se procura apreender como o indivíduo representa determinada temática vinculada a sua experiência, como a deficiência física, a situação de hospitalização, o grupo de trabalho, etc.

Apresentamos a seguir três casos clínicos, de uma adolescente de 18 anos, de uma criança de 7 anos e de um adulto de 32 anos, para ilustrar o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias no Psicodiagnóstico de pacientes em diferentes fases do desenvolvimento. Pretendemos demonstrar a proficuidade do instrumento para facilitar a representação de uma imagem do *self* do paciente que contém aspectos essenciais de sua problemática, junto com as fantasias inconscientes de enfermidade e de cura, presentes em sua busca de ajuda psicológica.

Para Aberastury (1992), a fantasia de enfermidade consiste na ideia inconsciente que o paciente possui sobre as causas de seu sofrimento psíquico, enquanto a fantasia de cura representa aquilo que ele supõe necessitar para se curar. Essa fantasia de cura dirige-se, no mais das

vezes, para o psicólogo, vivido na transferência como aquele que não vai repetir a conduta negativa dos objetos originários que provocaram a enfermidade ou o conflito, possibilitando, assim, ao paciente um “novo nascimento”, entendido como um “novo nascimento psíquico”.

O conceito de *self* é usado nesse trabalho em uma perspectiva winnicottiana, definido como “uma descrição psicológica de como o indivíduo se sente subjetivamente” (ABRAM, 2000, p. 220). Compreendido como uma organização em constante evolução, o *self*:

[...] é composto por todos os diferentes aspectos da personalidade que, na terminologia de Winnicott, constituem o eu, uma forma distinta do não-eu, de cada pessoa. A palavra *self*, por conseguinte, representa um sentimento de ser subjetivo. (ABRAM, 2000, p. 221).

Para a finalidade deste trabalho, serão expostos somente os primeiros desenhos realizados pelos três pacientes atendidos, por serem considerados especialmente significativos como expressões simbólicas do *self* individual.

Quanto à avaliação das produções no D-E, optamos pela análise de conteúdo com base na “livre inspeção do material” (TRINCA, 1997), por considerarmos essa forma de análise mais rica e fecunda para compreender a dinâmica psíquica do indivíduo. Concordamos com Trinca (1997) que o conjunto da produção (desenho + estória + inquérito + título) compõe um todo uno e indiviso, que deve ser apreendido em sua totalidade. Além disso, ele deve ser relacionado com a queixa e a história de vida do indivíduo, conhecidas por meio das entrevistas clínicas e dos demais recursos utilizados no psicodiagnóstico. Debruçando-se sobre o conjunto do material colhido no processo diagnóstico, o psicólogo terá os meios necessários para avaliar as produções do paciente no D-E.

O contexto presente do atendimento traz em seu bojo indicações sobre como deve ser avaliado o D-E em cada caso. O profissional deverá procurar nesse contexto as interpretações que lhe pareçam mais significativas, selecionando o essencial. [...] O D-E foi construído visando sintonia com a pessoa e adaptando-se ao modo particular de ela ser e de se manifestar. (TRINCA, 1997, p. 18-19).

A “livre inspeção do material” é uma forma de avaliação que se apoia no método clínico, “em que o foco de interesse é a pessoa, e não as variáveis controladas pelo experimentador em um experimento”. (TRINCA, 1997, p. 129-130).

CASOS CLÍNICOS

Maria-flor solitária

Maria tinha 18 anos de idade quando procurou ajuda psicológica. Queixou-se de sua timidez excessiva, que a mantinha isolada dos contatos sociais e da vida em geral. Quase não tinha amigos e passava a maior parte do tempo dentro de seu quarto. No decorrer da primeira entrevista, foi manifestando seu medo das pessoas e seus sentimentos de angústia quando se encontrava em locais onde havia muita gente. Maria não se via fazendo parte do mundo, sentindo-se “um peixe fora da água” no ambiente social, preferindo recolher-se à clausura protetora que lhe representava seu próprio quarto.

Ela se isolava também de sua família. Filha mais velha de um total de três filhos, Maria não mantinha relacionamentos próximos com os pais nem com o irmão do meio, de 13 anos de idade. No entanto, pela irmãzinha mais nova, que tinha apenas três anos de idade, Maria nutria grande afeto e carinho, além de um desejo de proporcionar-lhe amparo e proteção.

Os pais de Maria possuíam um relacionamento muito conturbado. No decorrer de muitos anos de casamento, eles viveram diversas separações, tendo a primeira delas ocorrido quando Maria nasceu. Naquele momento, a mãe de Maria foi da maternidade direto para a casa dos pais, onde permaneceu durante quase um ano, reconciliando-se com o marido após esse período. Essa foi a primeira de muitas separações que se seguiram, tendo a última delas ocorrido quando Maria tinha 13 anos de idade, em um período próximo ao início da gestação de sua irmãzinha mais nova.

Com o pai, ela raramente conversava. Viviam em “mundos distantes”, como Maria afirmou. Sua mãe tinha “mania de limpeza” e entregava-se diariamente à rotina de cuidar obsessivamente da casa, dando-lhe pouca atenção. Maria sentia existir um abismo entre ela e os pais, parecendo-lhe impossível qualquer aproximação maior com eles. Esse abismo talvez existisse desde que Maria nasceu, quando a separação entre os pais a afastou do pai e deixou-lhe como herança a convivência com a mãe solitária e deprimida, possivelmente abalada pela separação conjugal em um momento tão delicado e vulnerável.

Na época da entrevista, Maria cursava o primeiro ano de Administração de Empresas. Era na universidade que seus sintomas se tornavam mais acentuados, pois entre os colegas de classe Maria sentia-se desentrosada e isolada. O mundo universitário a assustava, e ela temia toda situação em que se encontrava com muitas pessoas ao redor de si. Tinha pouquíssimos amigos na faculdade, considerando todos muito diferentes de si mesma e as outras garotas muito “patricinhas”. Sentia-se um ser estranho no mundo, alguém incompreendido e privado de qualquer figura de identificação e empatia.

Nunca namorou, e suas paixões sempre foram platônicas. Foi apaixonada por seu professor de matemática, porém, ele nunca soube disso, pois ela não deixou transparecer-lhe. Maria não conseguia demonstrar seus sentimentos às outras pessoas e não acreditava que poderia ser correspondida em suas paixões. Todos os homens pareciam-lhe como seu pai, indiferentes a ela, inacessíveis, objetos de amor que pertenciam unicamente a seu mundo de fantasias infantis, repletas de desejos não satisfeitos.

No encontro após a primeira entrevista, o Procedimento de Desenhos-Estórias foi aplicado em Maria, que criou, então, seu primeiro desenho (Figura 3.1).

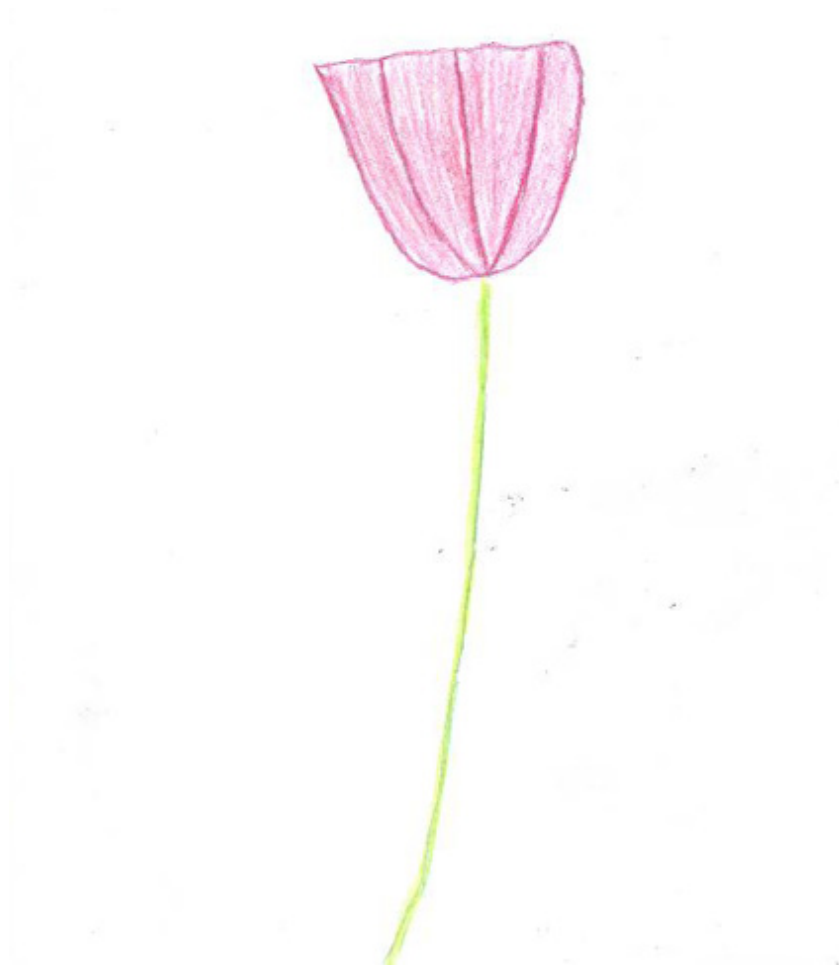


Figura 3.1.

História

“A flor está triste porque ela ainda está fechada. Tinha uma estrela que estava próxima dela que lhe perguntou por que ela estava triste. E ela respondeu que era porque estava fechada e não conseguia abrir. A estrela, então, lhe disse que ela não precisava ficar triste porque tudo tem seu tempo, ela ainda era nova e algum dia iria abrir. Só.”

Inquérito

- Se a flor abrir, o que vai acontecer?
- Vai se sentir bem e bonita.
- Conte-me sobre a estrela.
- A estrela era a luz.

Título: A flor e a estrela.

Nesse desenho, Maria representou a si mesma por meio da flor. Não havia outras flores por perto, tampouco um jardim, revelando seus sentimentos de solidão e isolamento. Ao redor de si, tudo parecia sem vida, como uma página em branco esperando para ser preenchida.

A flor encontrava-se fechada, sendo esta a razão que Maria atribuía à sua tristeza. Vemos representada na flor a imagem do próprio *self* de Maria, de um ser fechado para a vida, trancado dentro de si mesmo, sofrendo por não conseguir abrir-se para o mundo e sair do isolamento em que havia se afundado.

A flor fechada podia também ser vista como expressão da feminilidade de Maria, feminilidade ainda não desabrochada, ainda em estado latente. Uma menina-moça ansiando por tornar-se mulher e ver despertar uma parte de si mesma ainda desconhecida.

No desenho, Maria representou suas fantasias sobre si mesma e sobre sua problemática, fonte de seu sofrimento. Ele possibilitou a expressão de suas fantasias inconscientes de enfermidade, tanto quanto suas fantasias de cura. A estrela pode ser vista como o objeto que representava suas expectativas de cura. O encontro terapêutico com o psicólogo favorecia a projeção, sobre ele, do objeto bom capaz de lhe oferecer a luz da esperança e as palavras carinhosas e asseguradoras de que Maria-flor solitária possuía a potencialidade para o desabrochamento de si mesma.

Luisa – barquinho danificado

Luisa era uma menina de 7 anos de idade quando foi levada por seus pais para uma avaliação psicológica. Preocupava-os o estado angustiado da filha, que se queixava costumeiramente de se sentir muito triste, mas não sabia dizer o motivo de sua tristeza. Sua procura pela companhia dos pais era constante, e eles sentiam que era uma procura angustiada, como um pedido de ajuda que a filha lhes fazia.

Na escola, Luisa também se mostrava uma menina triste. Possuía amigas das quais gostava muito, mas costumava submeter-se aos desejos delas, dificilmente expressando seus próprios desejos e vontades. Quando uma amiga brigava com ela, Luisa ficava extremamente triste e abatida por vários dias. Parecia que os pais descreviam uma menina muito insegura e pouco confiante em si mesma, aparentando possuir uma fragilidade egoica acentuada e uma autoestima rebaixada.

Os pais de Luisa estavam em processo de separação conjugal, mas não tinham ainda falado sobre isso com a filha. A história do relacionamento entre os pais era bastante peculiar. Conheciam-se há nove anos, quando iniciaram um namoro em uma época em que viviam na mesma cidade no interior de São Paulo. Após oito meses de namoro, a mãe engravidou de Luisa, única filha do casal. Pai e mãe decidiram, porém, que permaneceriam solteiros, vivendo cada um em sua casa. Perto da época do nascimento de Luisa, o pai veio morar em São Paulo e a mãe permaneceu em sua cidade natal até Luisa completar 3 anos de idade. Durante esse período, o pai viajava quase todo final de semana para o interior para ficar com Luisa e sua mãe. Quando Luisa estava com 3 anos, ela e a mãe mudaram-se para São Paulo e passaram a viver junto com o pai.

Ao longo dos nove anos de relacionamento, os pais de Luisa tiveram diversas separações. Mantinham uma relação bastante conturbada e conflituosa, desde os primeiros tempos de namoro. Depois que passaram a morar juntos, houve períodos em que o pai saiu de casa e outros em que permaneceu morando com a mulher e a filha, porém, sem manter um vínculo conjugal com a mãe de Luisa. Segundo os pais, eles sempre procuraram não brigar e discutir na frente da filha, mas percebiam que ela sentia o clima tenso entre eles. Em um dos períodos de separação, Luisa passou a apresentar o comportamento de roer as próprias unhas.

Luisa certamente não permaneceu imune aos conflitos vividos pelos pais ao longo de sua vida. Foram diversos os momentos em que ela precisou enfrentar a ruptura dos vínculos familiares, a instabilidade do

casal parental, as angústias e tristezas que envolviam a família nesses períodos conturbados e difíceis. Suas queixas de tristeza endereçadas aos pais, no momento de uma nova separação conjugal, pareciam falar de seus sentimentos e suas ansiedades diante de uma nova “tempestade” familiar que ela percebia se aproximar, deixando-a mais uma vez assustada, insegura e deprimida diante de fatos sobre os quais ela não tinha qualquer controle.

Após algumas entrevistas com os pais, o psicólogo teve seu primeiro encontro com Luisa. Ele lhe expôs, inicialmente, as razões de sua vinda ao consultório, baseando-se nas queixas e preocupações transmitidas pelos pais. Luisa falou pouco e mostrou-se ligeiramente tímida e retraída. Brincou um pouco com alguns brinquedos que lhe foram oferecidos e, então, lhe foi solicitado o primeiro desenho do Procedimento de Desenhos-Estórias (Figura 3.2).

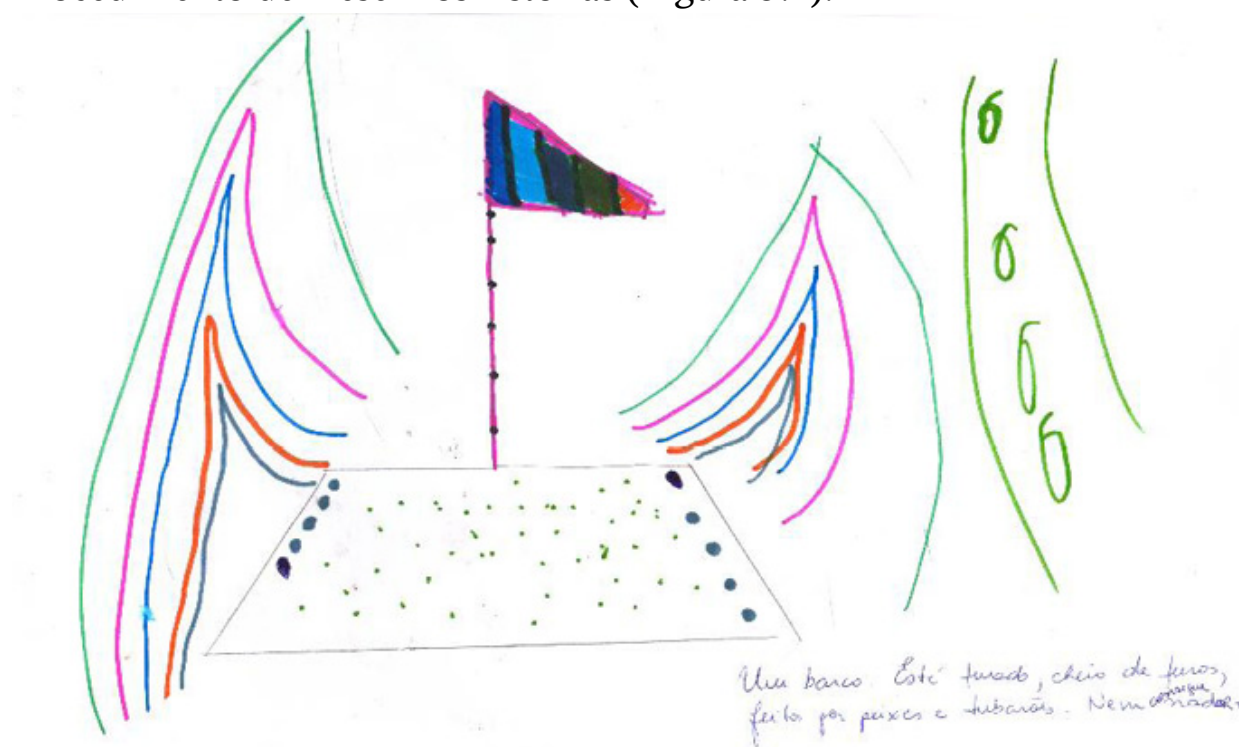


Figura 3.2.

História

“Era uma vez um barquinho. Ele era muito bonitinho e ficava no mar, só que ele tinha um monte de furos e nem conseguia nadar mais. Só isso.”

Inquérito

- Como o barquinho ficou assim?
- Foram os peixes e tubarões que fizeram os furos nele.
- O que vai acontecer com ele depois?
- Vão tapar os buracos e ele vai voltar a nadar.
- Quem vai fazer isso?
- Um homem que tinha umas ferramentas, por isso ele conseguiu consertar.
- O que são esses traços coloridos em volta do barco?
- É o arco-íris.

Título: O barquinho.

No papel em branco, Luisa projetou seu próprio *self* por meio do desenho do barquinho. Atacado por peixes e tubarões, o barco se encontrava danificado em sua base, indicando a fragilidade da estrutura psíquica de Luisa. Os danos eram grandes, impedindo a capacidade de sustentação do barco sobre a água, o que nos sugere a falta de uma sensação de sustentação e apoio que permitisse a Luisa sentir-se mais fortalecida para enfrentar as vicissitudes de sua vida.

Pode-se levantar a hipótese de que a falta de solidez da estrutura familiar impediu que Luisa pudesse se desenvolver apoiada em uma base segura, capaz de lhe fornecer a sustentação necessária para a firme construção de seu próprio *self* e de sua estrutura psicológica. Encontramos em Bowlby (1989) a concepção de que a família, quando fornece à criança uma “base segura”, garante-lhe uma estabilidade emocional imprescindível para o desenvolvimento de sua saúde mental. É a partir da confiança na segurança de sua base que a criança e o adolescente podem explorar o mundo externo e aproveitar satisfatoriamente as oportunidades oferecidas pela vida.

Apesar de representar no desenho seu sofrimento psíquico e sua fragilidade, Luisa também apontou para o desejo de tingir seus sentimentos de tristeza e desamparo com um pouco de alegria e vivacidade, o que pareceu ser simbolizado pelo colorido arco-íris que envolvia o frágil barquinho. Esse talvez fosse um dos mecanismos que Luisa empregava para se defender da depressão que a envolvia naquele momento em que uma nova ameaça de ruptura de suas bases se anunciava.

Além disso, Luisa expressou suas fantasias de cura por meio da representação do homem que, munido das “ferramentas” necessárias, seria capaz de consertar o barquinho danificado. Dessa forma, ela revelava suas expectativas de que a busca de ajuda que se realizava não seria em vão.

Luiz – casas de aluguel

Luiz, um jovem arquiteto de 32 anos, trouxe como queixa em sua primeira entrevista psicológica uma dificuldade de dar continuidade às coisas que iniciava, por exemplo, as aulas na academia de ginástica ou um curso de inglês que havia se proposto a fazer. Além disso, perturbava-o sua tendência a “inventar coisas” para as pessoas, como dizer que tinha uma reunião de serviço quando era convidado para ir a um lugar que não queria ir.

No decorrer da entrevista, contou que era homossexual, fato que ele escondia da família. Luiz morava com os pais, seu único irmão de 29 anos e um filho deste, de 10 anos. Afirmou que toda sua família era homofóbica e que seus pais e seu irmão costumavam gracejar com tudo que se relacionava à homossexualidade. Além desse motivo, escondia sua opção sexual da família por ter sempre ocupado o lugar de “filho perfeito”, aquele que desde pequeno só tirou boas notas, foi bem comportado e nunca deu trabalho para os pais. Comentou que: *“filho perfeito não é gay, não é?”* Sua família era muito tradicional e tinha a expectativa de que os filhos se casassem e tivessem filhos, e ele era

considerado por eles como *“tudo o que uma moça podia desejar de um casamento.”*

Era evidente que Luiz sofria por viver uma vida falsa. Tinha de representar para a família uma imagem idealizada por ela e não encontrava possibilidades de ser ele mesmo diante de seus familiares. Expressou claramente essa situação emocional ao se referir a um filme que o havia impressionado sobre uma pessoa que vivia um personagem e não sua verdadeira vida. Luiz não conseguia ser o protagonista da própria vida. Por isso as mentiras, as coisas inventadas para as pessoas, em que não conseguia revelar ao outro seus próprios desejos e necessidades.

Como consequência, sentia-se só e tinha pouca confiança em si mesmo. Relatou uma situação no trabalho em que não conseguiu subir uma escada, pois não havia ninguém para segurá-la por baixo. E outra situação em que tomou a difícil decisão de demitir um funcionário, mas sentiu-se desnorteado quando seu superior não o apoiou nessa resolução.

Luiz sentia falta de um apoio capaz de lhe garantir a criação de sentimentos de confiança e segurança emocional. Sua história familiar retratava essa falta, talvez de longa data. A mãe de Luiz sofria de depressão há muitos anos, apresentando grandes oscilações de humor. Seu pai foi descrito como *“frio, distante”*, tanto com a esposa quanto com os filhos, e eles só conversavam sobre assuntos da vida prática, como pagamentos de contas da casa ou do carro. Com o irmão ele tinha uma relação amistosa, mas também distante. Era, porém, próximo do sobrinho, para quem ocupava muitas vezes o lugar de pai, ajudando-o a fazer as lições de casa, entre outras coisas, já que percebia a falta do irmão nesse papel.

Em seus relatos, parecia que Luiz se identificava com o sobrinho, sozinho e abandonado, sem poder contar com o apoio de figuras parentais continentais e amorosas. Ao mesmo tempo, porém, sentia-se *“cansado de ser o pai ao invés de ser o tio”* ou de *“ser o marido ao invés de ser o filho”*, referindo-se neste último caso ao apoio e ajuda que muitas vezes

precisava dar à mãe, por ela ser deprimida e pelo afastamento afetivo do marido. Luiz sentia-se esgotado e angustiado por obrigar-se a desempenhar papéis que não eram verdadeiramente seus, por não poder ser simplesmente ele mesmo.

Depois de algumas entrevistas com o psicólogo, este fez a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias, surgindo a primeira produção de Luiz (Figura 3.3).



Figura 3.3.

História

“Esse é o desenho de um projeto que eu tinha, sugerido por um antigo namorado meu, que me disse: por que você não compra um terreno para construir casas para alugar? Eu acabo fazendo projetos dessas casas. Pensei nelas com bastante entrada de luz e com várias cores quebrando qualquer cheiro de mofo. Eu gosto de cores, apesar de não ter esse monte de cores em mim (risos)... No

Modernismo é falado que as pessoas são todas iguais, mas eu não acho isso... Eu acabei fazendo aqui um estudo rápido de cores... É, acho que é isso.”

Inquérito

- Quem é este? (Apontando-se a figura humana no desenho.)
- É uma figura humana... não sei quem é... na verdade, fiz mais para ter uma noção de proporção, uma ideia do tamanho da casa.
- Mora alguém nessas casas?
- Não, não mora ninguém.

Título: Casas de aluguel

Podemos compreender o desenho de Luiz como a representação da imagem de seu próprio *self*, de sua sensação de divisão em seu próprio ser. As duas casas podem ser interpretadas como a separação entre dois lados de sua personalidade, cindidos e distintos, um deles representando quem ele era verdadeiramente e o outro, correspondendo à sua imagem falsa, construída para corresponder às expectativas e ideais familiares e pessoais, na medida em que ele incorporou em si esses ideais.

Em decorrência, Luiz sentia-se incapaz de apropriar-se de si mesmo e do que lhe pertencia, de viver, de fato, uma vida plena e verdadeira. Talvez por isso representou “*casas de aluguel*”, evidenciando sua impossibilidade de desfrutar de um bem próprio e precioso: ele mesmo e sua própria vida. A figura humana sem identidade retratou sua falta de uma firme identidade pessoal, única e integrada. Construir essa identidade lhe forneceria a conquista de sua própria individualidade, inigualável, capaz de diferenciá-lo de todos os outros seres-humanos, ao contrário do que é apregoado pelo “Modernismo, que vê todas as pessoas como iguais”.

Sua fantasia de cura pareceu revelar-se pelo desejo de construir as casas com muitas cores e luminosidade, capazes de quebrar o “cheiro de mofo”. Sua expectativa sobre o encontro terapêutico envolvia a esperança de que seu mundo pessoal fosse iluminado e colorido pela

alegria que resulta do viver uma vida verdadeira, em que se destroem os “mofos” dos velhos padrões cristalizados que matam o que é vivo e espontâneo.

CONCLUSÃO

Este capítulo teve como objetivo discutir a utilidade do Procedimento de Desenhos-Estórias no Psicodiagnóstico clínico. Por meio da apresentação de três casos clínicos, de uma adolescente de 18 anos, de uma criança de 7 anos e de um adulto de 32 anos, objetivou-se ilustrar o uso do procedimento no psicodiagnóstico de pacientes em diferentes fases do desenvolvimento. Os casos analisados revelaram que o instrumento propiciou a representação simbólica de uma imagem do *self* dos pacientes que continha elementos essenciais de suas problemáticas, junto com as fantasias de enfermidade e de cura subjacentes a suas demandas de ajuda psicológica. Foram apresentados os primeiros desenhos realizados, por serem considerados especialmente significativos enquanto expressões do *self* individual.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. A primeira hora de jogo: seu significado. In: _____. *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 111-134.
- ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- BOWLBY, J. *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FREUD, S. Sobre o início do tratamento: Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 12, p. 163-187. (Original de 1913).
- OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PÍCCOLO, E. G. *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- TARDIVO, L. S. P. C. *Normas para avaliação do procedimento de desenhos-estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade*. 1985. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.
- TRINCA, W. *O desenho livre como estímulo de percepção temática*. 1972. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1972.

_____. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.

_____. (Org.). *Formas de investigação clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor, 1997.

_____.; TARDIVO, L. S. P. C. Desenvolvimentos do procedimento de desenhos-estórias (D-E). In: *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 428-438.

VAISBERG, T. M. J. A; MACHADO, M. C. L. Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 29-48, 2000.

4. O USO DO TAT COMO ESTRATÉGIA NA DEVOLUÇÃO DE INFORMAÇÃO DO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

Elisa Marina Bourroul Villela

Maria Lucia de Souza Campos Paiva

Rosa Maria Lopes Affonso

INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto de que a entrevista de devolução no processo psicodiagnóstico pode ser estruturada verbalmente ou com outros recursos técnicos, as autoras e supervisoras de estágio de diagnóstico psicológico em serviço de clínica-escola têm se dedicado ao estudo da técnica da devolução de informação, uma vez que muitos estagiários apresentam dificuldades em estruturar a sessão devolutiva e em comunicar as conclusões diagnósticas a seus pacientes. O presente capítulo visa apresentar e discutir o uso do Teste de Apercepção Temática como uma estratégia para o fornecimento de informação na sessão devolutiva do psicodiagnóstico. Um caso clínico é apresentado, tendo sido atendido em psicodiagnóstico, por um estagiário da clínica-escola do curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie. A paciente, uma moça de 27 anos, apresentou queixa de grande ansiedade diante de fatos cotidianos concomitante a sintomas somáticos, como dor de cabeça e insônia. Foram realizadas oito sessões diagnósticas, sendo uma entrevista inicial de triagem, duas entrevistas diagnósticas, três sessões de aplicação do Teste de Apercepção Temática (TAT) e duas entrevistas devolutivas. Foram aplicadas 10 pranchas: 1, 2

e 3RH, 4, 6MF, 7MF, 8MF, 10, 11 e 16. A conclusão diagnóstica apontou para grande impulsividade, pouca contensão das emoções e busca de referenciais externos para organizar seu mundo afetivo. Como sistema mental determinante, evidenciou-se um distanciamento de contato com o mundo interno, sobrevivendo o sentimento de vazio. A paciente desenvolve dependência em relação ao outro e a necessidade de assegurar a presença deste mantém o sistema de distanciamento de si. A eclosão da ansiedade é em resposta à fragilidade do *self*. A prancha 3RH do TAT revelou claramente esse sistema e foi utilizada nas sessões devolutivas como forma de ajudar a comunicação entre o estagiário e a paciente sobre esse complexo sistema mental. A apresentação da prancha, a leitura da associação e as explicações dos indicativos dos processos emocionais foram recebidas positivamente pela paciente, havendo motivação para o encaminhamento para psicoterapia breve individual.

DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

O processo psicodiagnóstico consiste em um procedimento de diagnóstico clínico psicológico de crianças, adultos e adolescentes, comumente utilizado para investigação do funcionamento da personalidade do cliente em seus aspectos de desenvolvimento ou psicopatológicos, para entender, identificar e avaliar aspectos específicos solicitados pela demanda do cliente, com o objetivo de prever, orientar ou propor soluções. Consiste em um atendimento psicológico em que, diante de um problema apresentado, seja sintoma psicossomático, comportamental ou de relação, são utilizados vários instrumentos de investigação psicológica em diferentes etapas sequenciais. As etapas, já muito pesquisadas por psicólogos, são: entrevistas iniciais, entrevistas de anamnese, aplicação de testes, integração dos dados, entrevistas devolutivas e laudos psicológicos.

Trata-se de um procedimento científico, de duração delimitada, variando de oito a dez sessões e que, muitas vezes, não é solicitado pelo cliente, mas necessário para uma boa evolução do atendimento clínico posterior, podendo ter efeitos terapêuticos ao cliente, durante sua própria execução, exigindo do profissional que o aplica grande preparo técnico e teórico.

A etapa de maior ansiedade, tanto para o cliente como para o terapeuta, costuma ser a da transmissão dos resultados da avaliação dos dados coletados, também chamada de informe psicológico ou entrevista devolutiva. Há várias pesquisas sobre essa etapa do psicodiagnóstico, nas quais alguns autores se preocupam em estruturá-la, tais como Arzeno (1993), Cunha et al. (1993; 2000), Ocampo et al. (1974), Santiago (1984).

A entrevista devolutiva consiste em um instrumento em que são transmitidos ao cliente, no final do processo psicodiagnóstico, os resultados das investigações realizadas. Um profissional competente pode, no decorrer do psicodiagnóstico, fazer devoluções, e há autores, tais como Ancona-Lopez (1995) e Paulo (2006) que defendem um psicodiagnóstico interventivo, evitando ansiedades e uma participação menos passiva por parte do cliente durante o processo.

Nosso propósito neste capítulo é refletir sobre os vários aspectos envolvidos em uma devolução de investigações clínicas feitas durante o processo psicodiagnóstico e apresentar os testes projetivos como mediadores na técnica devolutiva, sem um comprometimento com métodos específicos de intervenção. Assim nosso objetivo é dar ênfase aos resultados dos testes projetivos utilizados em uma entrevista clínica devolutiva com adultos, ressaltando seu resultado e efeito clínico diagnóstico, tal como sugere Silva (2000), dando mais confiança ao iniciante das práticas psicoterápicas e, ao mesmo tempo, fundamentando as percepções do dinamismo psíquico como resultado da dupla terapêutica.

A DINÂMICA DA TÉCNICA DE ENTREVISTA DEVOLUTIVA COM ADULTOS

Segundo Arzeno (1995), é impossível padronizar uma entrevista devolutiva, pois não há um modelo válido para todos os casos na medida em que um psicodiagnóstico pode ter vários objetivos e depende também do encaminhamento ou dos demandantes do caso. Por exemplo, uma senhora de 45 anos pode procurar ajuda psicoterápica em função de seus sintomas depressivos e por solicitação do psiquiatra, enquanto um jovem de 22 anos pode procurar ajuda psicológica em função de suas dificuldades de inibição no trabalho e no relacionamento amoroso. Do ponto de vista do cliente, em cada um desses casos o valor do diagnóstico pode ser diferente. Enquanto para a senhora seu objetivo estará mais acentuado nos mecanismos de como se livrar dos sentimentos depressivos, no caso do jovem de 22 anos pode estar mais enfatizado no que o leva a evitar o contato social. Do ponto de vista do profissional, em ambos os casos poderão ser investigados os fatores que levam às dificuldades sociais desses clientes, podendo utilizar os mesmos testes projetivos, mas a devolução pode ser completamente diferente. Há também a devolutiva ao psiquiatra ou a outros profissionais, assunto o qual não trataremos aqui.

Nosso papel na entrevista devolutiva é, portanto, o de intérprete do material utilizado, visando proporcionar esclarecimento ao cliente; logo, ao estruturarmos a entrevista, devemos levar em conta, inicialmente, a demanda do cliente e sabermos que, além do direito aos resultados, o cliente quer saber o que pensamos a seu respeito e pode, ainda, contestar-nos e levar-nos à modificação ou ratificação do diagnóstico realizado. Aliás, é muito comum o surgimento de lembranças e de outras informações que podem modificar o que foi estruturado pelo profissional. Portanto, com tais considerações, devemos ter a

mobilidade e adequação a cada caso ao prepararmos a entrevista devolutiva.

Há, no entanto, algumas fundamentações do porquê e no para quê da técnica de devolução, estabelecidas por Ocampo et al. (1974), válidas até hoje no psicodiagnóstico clínico e que devem nortear a preparação da devolutiva. Em síntese, as autoras colocam que a técnica devolutiva restitui o processo de comunicação entre consultante e consultor, interrompida, às vezes, pela aplicação dos testes, possibilitando ao cliente retomar sua identidade latente, depositada no terapeuta.

Na entrevista devolutiva, o cliente tem a possibilidade de se conectar internamente aos aspectos depositados no psicólogo, manifestos e latentes, desde os conteúdos que desvaloriza e teme àqueles positivos e adaptativos. Quando não é possível essa integração, o cliente fica ligado ao psicólogo em uma relação de objeto que o privou, e o psicólogo, por sua vez, experimenta dificuldades de uma separação, na medida em que se sente em dívida, recordando-se com frequência do cliente.

Com a entrevista devolutiva evitam-se as fantasias de roubo, inveja, uso ou de alienação por parte do cliente, além de favorecer o contato com a realidade. Evita-se, por exemplo, o aparecimento de fantasias de incurabilidade ou de gravidade, pois os aspectos negativos foram aceitos e reintegrados aos positivos, possibilitando ao cliente ver-se com mais critério de realidade, com menos distorções idealizadoras ou pejorativas.

Do ponto de vista do psicólogo, a entrevista devolutiva é importante para garantir sua saúde mental, restituindo ao cliente as fantasias de que foi alvo. No entanto, é comum os profissionais evitarem ou amenizarem os resultados por medo de desestruturação do cliente, pois para ele a entrevista devolutiva está associada a um evento de caráter persecutório ou é encarada pelo profissional com essas reações contrafóbicas. Além disso, também se verifica o psicólogo adotar a postura narcísica de defesa de seus resultados, não aceitando as resistências ou dificuldades do cliente.

Essas reações podem levar ao bloqueio, confusão ou mesmo raiva por parte do cliente, na medida em que reconhece que está sendo privado das informações que veio buscar. É comum, nesses casos, o psicólogo estar dominado por uma exigência idealizadora sobre a compreensão do caso ou estar identificado com os aspectos negativos do cliente que procura evitar. Recomenda-se sempre, nesses casos, analisar tais impedimentos, seja no contexto do caso, no trabalho que foi realizado que talvez ainda não esteja concluído ou na própria condição emocional do psicólogo.

Tem-se como pressuposto que o psicólogo possui uma capacidade de percepção, discriminação, integração, síntese e capacidade de análise da realidade, logo, também teria menos angústia diante das percepções e maior capacidade para enfrentar e transmitir o que analisou de uma maneira dosificada e discriminada, funcionando como um continente às angústias do cliente. Se, ao contrário, não devolver nada, pouco ou muito, funcionará como um ego frágil, débil, pouco protetor, que não discrimina entre o que pode ou não ser dito, inundando o aparelho psíquico do cliente com estresse, provocando estados confusionais, agressividade, fuga ou, nos casos de omissão de informações, provocando frustrações ou fantasias de loucura (OCAMPO et al. 1974, p. 400).

PREPARAÇÃO PARA A ENTREVISTA DEVOLUTIVA

Há várias recomendações para a preparação da devolutiva que dizem respeito ao estudo de caso, à integração dos dados e à escolha da técnica de devolução.

O estudo de caso se refere à análise de todo o material que diz respeito aos motivos que trouxeram o cliente à clínica, à análise da história clínica envolvendo um estudo teórico do caso, seus sintomas e dificuldades, a época de seu surgimento, o que o cliente já tentou fazer

para melhorar suas dificuldades, seja tomando medicações ou adotando mudanças de atitudes, se a história dos sintomas tem ou não relação com a história pessoal, isto é, a infância do cliente, suas relações familiares na época e suas relações na adolescência, confrontadas com as atuais em seus vários contextos: escolarização, inserção profissional e sua saúde. Para tais análises são utilizados as teorias de desenvolvimento e os referenciais psicopatológicos, em que analisamos quais foram os indicadores capazes de desencadear sintomas ou angústias, procurando integrá-los com os atuais.

A análise para a integração dos dados é feita a partir das entrevistas iniciais e de anamnese, em que podemos fazer inferências sobre a dinâmica das relações interpessoais anteriores e atuais. Sugerimos como roteiro de análise dessas entrevistas, além da pesquisa teórica sobre o quadro psicopatológico; a análise das relações objetais mais frequentes na família; como são resolvidos os conflitos familiares; as características das figuras parentais ou imagos; as defesas preponderantes; os tipos de relações sociais mais frequentes; o limiar para lidar com os conflitos ou o grau em que são resolvidos os impulsos agressivos; as funções educativas mais prejudicadas e as mais favoráveis e a capacidade de síntese e de sentido de realidade, ou seja, o grau de autoavaliação e nitidez de seus limites e de disponibilidade para mudanças.

Os aspectos analisados devem estar associados à demanda do cliente, a qual, por sua vez, pode estar associada às áreas da saúde, escolaridade ou do trabalho. Por exemplo, um senhor de 54 anos procura a clínica, desempregado há meses, com sintomas depressivos e psicossomáticos. Diz que pretende se separar da atual companheira, que nunca oficializou a relação e que deseja ajuda psicológica para conseguir um emprego. Na anamnese, verificamos que fora um filho dedicado à mãe que ficou viúva quando ele tinha 11 anos, época em que parou seus estudos. A atual esposa é dedicada e autossuficiente economicamente, mas, segundo ele, confusa, desorganizada e pouco afetiva. Comporta-se com a terapeuta de modo a propor mudanças no consultório e mostra-se

muito disponível ao atendimento, elogiando seu trabalho. Ao mesmo tempo em que relata sua história familiar expressa comportamentos sedutores à terapeuta. O cliente, nas análises das sessões, dá indícios de uma infância em que teve necessidade de cuidar da figura materna, abdicando-se de seus estudos, mas que agora não consegue mais exercê-los. Sua capacidade produtiva, provavelmente ameaçada com o desemprego, abala suas relações sociais e pessoais, na medida em que desencadeiam mecanismos primitivos das relações objetais, atuadas em seu desejo de se separar de alguém autossuficiente, procurando estabelecer relações paternas ou masculinas como defesa de seu estado de impotência. Suas atuações de desejos primitivos indicam uma capacidade prejudicada de análise e de autoestima, comprometendo seu vínculo com a realidade. Essa análise foi feita em cada sessão e verificamos a recorrência desses pontos, que se somaram aos dados dos testes.

Após a análise psicodinâmica, evolutiva e sociocultural de cada sessão, faz-se a análise das recorrências e convergências que, segundo Arzeno (1995, p.1 90), dizem respeito à mesma fantasia, ao conflito ou ao problema expressos de igual significado simbólico, tanto nas entrevistas como nos testes. A autora ainda sugere que se verifiquem as fantasias e conflitos complementares, por exemplo, associações onipotentes, ante as angústias de perdas ou de castração. A análise das recorrências e convergências vai possibilitar a compreensão da problemática do cliente.

A escolha do instrumental para a realização da entrevista devolutiva, não está dissociada dos cuidados que devemos ter com a escolha dos testes, uma vez que se trata de um momento importante em que os resultados devem ser transmitidos de maneira discriminada, organizada e dosada.

Ao escolhermos um instrumento na entrevista devolutiva, ele deve ser o que melhor se adapta à transmissão daquele cliente e o que melhor expressa a avaliação realizada. Na entrevista devolutiva visamos propor

recomendações em benefício do cliente, logo, o instrumento escolhido deve atuar como um facilitador que melhor descreverá os aspectos relacionais investigados, podendo ser mencionados na própria história do cliente.

Muitas vezes a escolha da melhor técnica de devolução dos resultados está relacionada com o grau de dificuldade previsto no caso clínico, por exemplo, para algumas crianças costuma-se adaptar associações infantis à história de vida dela.

Comumente, com os adultos a linguagem verbal é a mais utilizada, e os pesquisadores sugerem que esta deva ser formal, considerando que tratamos de relacionamentos interpessoais, logo, podem adquirir um sentido de uma conversa entre leigos, correndo-se o risco de desvalorização para o cliente das inferências clínicas realizadas. Com as crianças e os adolescentes, associados à verbalização do terapeuta, são utilizados os instrumentos lúdicos ou gráficos como mediadores da comunicação do cliente com o terapeuta. Apresentamos neste estudo a mediação dos instrumentos de avaliação como técnica de entrevista devolutiva, sendo nossa proposta com os clientes adultos a utilização da técnica aperceptiva temática, o TAT.

O USO DO TAT COMO INSTRUMENTO DE DEVOLUÇÃO DE RESULTADOS NO PSICODIAGNÓSTICO

O TAT (Thematic Aperception Test), criado em 1935 por Murray e Morgan, constitui-se em um dos mais importantes instrumentos de investigação clínica da personalidade e consiste de 31 gravuras (pranchas) que representam cenas diversas, a partir das quais o cliente é solicitado a desenvolver uma associação contando o que está acontecendo na situação (presente), o que levou à ocorrência da cena

(passado), bem como o que acontecerá após a situação (futuro). Após o terapeuta anotar a associação é realizado um inquérito cujo objetivo é esclarecer algo que não ficou elucidado. O sujeito é convidado a relatar os sentimentos, os conflitos e as emoções dos personagens sob vários pontos de vista, ou seja, segundo vários temas, e pode analisar a partir da apreensão do cliente a sua subjetividade diante de diversas situações: seus temores, desejos, dificuldades; como lida com os conflitos, as defesas utilizadas, suas necessidades e as pressões do ambiente que impedem a realização dos desejos; como está o processo de identificação; como lida com seus impulsos agressivos e sexuais, ou seja, uma análise sobre o funcionamento dinâmico de sua personalidade.

As pranchas são divididas em termos do grau de realismo com que as primeiras se relacionam com cenas próximas do cotidiano, ou seja, mais estruturadas, e a partir da prancha 11 as cenas são menos estruturadas ou com maior carga dramática. Além disso, há uma divisão de pranchas recomendadas para cada sexo, além daquelas denominadas universais.

Comumente, na clínica, é escolhido o número de pranchas mais indicadas a cada caso, podendo variar de 10 a 20 pranchas a serem aplicadas (segundo o padrão de aplicação deverão ser aplicadas 20 pranchas). Essa variação depende, também, do tempo disponível e das temáticas que se pretende investigar.

No Processo Psicodiagnóstico, o TAT geralmente é utilizado após as entrevistas de anamnese, ou seja, após a coleta de dados sobre a história clínica e pessoal do cliente e após as entrevistas diagnósticas, quando é investigado o sintoma e o grau de coerência ou discrepância entre o motivo manifesto e o motivo subjacente à queixa. Assim, a escolha das pranchas é pautada nas hipóteses levantadas a partir das entrevistas. Por exemplo, se uma senhora de 40 anos nos conta sobre suas atuais dificuldades conjugais, podemos investigar por meio das pranchas 2, 4, 6MF, 7MF, 10, 13HF e 16 se está fixada às relações primárias com a figura paterna e como estão os conflitos nas relações heterossexuais, ou

seja, utilizamos a análise dos conteúdos latentes da anamnese e comparamos com a análise do teste em questão. Obtendo dados sobre sua organização diante das temáticas dadas. Além disso, a partir da análise das pranchas mencionadas, podemos investigar a visão de homem e mulher que ela possui, bem como de um relacionamento heterossexual, ampliando a compreensão da queixa da paciente.

Consideramos, tal como Telles (2000), os elementos da prancha somados às instruções fornecidas ao sujeito como sendo “o dado de realidade” que impõe ao indivíduo uma circunstância dada (o externo), por um lado, e que, por outro, o

incentiva a construir a partir de sua subjetividade (o interno) um *sentido* para ela. Assim, a proposta requer que ele, como em qualquer situação de sua vida, *funcione*, resolva a tarefa dentro do quadro restrito da realidade (a figuratividade da prancha mais instruções) usando *sua própria* organização. (TELLES, 2000, p. 7).

Assim, podemos observar o modo pessoal como o indivíduo recorta a realidade e, portanto e também imediatamente, a expectativa (real ou não) que possui sobre si próprio para dar conta do problema adaptativo.

O TAT também é utilizado por alguns psicólogos como instrumento de intervenção terapêutica (BECACHE apud SILVA, 1989, p. 50), proporcionando a ocorrência de *insights*. Com base nesses estudos é que consideramos útil a utilização desse instrumento na técnica devolutiva. Acreditamos, porém, que não devemos utilizar todas as pranchas aplicadas, pois pode tornar-se um elemento persecutório ao atendimento subsequente, mas sim escolher aquela cena ou associação que melhor traduza nossa avaliação, proporcionando um diálogo com o cliente sobre o trabalho de análise realizado.

Acreditamos que a produção do TAT pode ser utilizada como um mediador na relação terapeuta-cliente. Paiva (2009) utiliza, em sua pesquisa, o TAT como um objeto mediador que favorece a associação livre. A autora apoia-se na concepção de Kaës (2005, p. 48), em que um objeto mediador tem como função principal ser um meio de restauração

das formações psíquicas intermediárias e, principalmente, do pré-consciente.

Apesar de Kaës (2005) não fazer uso de um objeto mediador no processo psicodiagnóstico, entendemos que em uma entrevista devolutiva, que tem como intuito principal fazer o sujeito se apropriar e entender, a partir de outra perspectiva, seu sofrimento, o uso de objeto mediador poderá ser de grande valia nesse processo.

Na qualidade de supervisoras em uma clínica-escola, consideramos importante mencionar que nossos estagiários demonstram muita apreensão nesse momento final do processo. Entendemos, então, que, para o estagiário, poder utilizar um objeto mediador acaba sendo algo tranquilizador, pois possibilita que os dados possam ser apresentados, permitindo que o paciente possa fazer uso de suas associações livres, apropriando, desse modo, em uma maior profundidade.

Apresentaremos a seguir um caso de psicodiagnóstico atendido por um estagiário na clínica-escola. O caso ilustra o uso do TAT na entrevista devolutiva, como estratégia facilitadora da comunicação entre o cliente e o terapeuta dos aspectos nodais do funcionamento do primeiro.

RELATO DO CASO

R., uma moça de 27 anos, procurou a clínica-escola queixando-se de grande ansiedade diante dos fatos cotidianos e *“falta de controle de suas emoções”*. Relatou que por causa de sua ansiedade sente fortes dores de cabeça, chegando, às vezes, a vomitar. Queixa-se que dorme mal ou simplesmente não dorme, e diz que chegou a ter sintoma de amenorreia por seis meses quando morou fora do país, período em que esteve sob intenso estresse. Também relata que quando, por qualquer motivo, fica feliz, perde noites de sono, ao que chama de euforia. Ela tem cicatrizes nas pontas dos dedos, explica que, quando ansiosa, rói os dedos, que chegam a sangrar. Quando vê pessoas na rua mendigando ou animais

abandonados, fica sensibilizada e seu dia é afetado por isso, pois chora muito, o que a atrapalha no trabalho e nas relações com as pessoas. O descontrole é associado à loucura e há forte angústia ante essa fantasia.

No processo psicodiagnóstico foram realizadas oito sessões, sendo uma entrevista inicial de triagem; duas entrevistas diagnósticas; três sessões para a aplicação do Teste de Apercepção Temática (TAT); duas entrevistas devolutivas. Foram aplicadas dez pranchas do TAT: 1, 2 e 3RH, 4, 6MF, 7MF, 8MF, 10, 11 e 16. A paciente não faltou em nenhuma sessão e mostrou-se motivada durante todo o processo diagnóstico.

Nas sessões diagnósticas, sua ansiedade manifestou-se em sua fala rápida e mudanças abruptas de assunto. Nos encontros apresentou reações afetivas contrastantes com o teor das situações relatadas, por exemplo, risos diante conteúdos depressivos relatados. Também foi significativa, em termos diagnósticos, a forma como se posicionou, desde o primeiro encontro, à frente do estagiário a caminho da sala de atendimento, sempre errando o percurso, mesmo após várias sessões. Fato que obrigou o estagiário a direcionar seus passos, indicando a direção a seguir. Esse comportamento perdurou por todo o período de atendimento. Sua desorientação no espaço e seu pedido implícito de diretriz apontavam para sua impulsividade e necessidade de manter o outro atento e cuidador em relação a ela. Como veremos, esse fato será bastante importante para a compreensão da personalidade de R.

Sobre sua história, R. inicialmente relata de forma muito superficial que teve uma infância tranquila. Contou que seu pai era atencioso e amável com ela, não deixando lhe faltar nada. Mas logo revela ressentimento em relação aos pais por estes não a orientarem a cursar uma faculdade, o que a faz sentir-se em defasagem perante os amigos. Relata que com os pais sempre teve um relacionamento distante, principalmente com a mãe. Apresenta os pais e também seu único irmão como pessoas descontroladas e ela ocupando uma posição na dinâmica familiar de cuidado e preocupação. Conta que a mãe sempre

foi irresponsável financeiramente, fazendo muitas dívidas e, emocionalmente, fazendo promessas nunca cumpridas. R. a define como louca. Sobre o pai, relata os casos extraconjugais que a levaram a presenciar muitas brigas durante toda a sua infância. O irmão, por ser drogadicto, traz muitas preocupações à família.

Sua família de origem é marcada pela instabilidade emocional oferecendo um ambiente de pouca confiabilidade. No entanto, parece não fazer relações desses fatos com seu quadro de ansiedade. Relata que o relacionamento com os pais melhorou muito após a separação deles, há poucos anos. Hoje se considera amiga de sua mãe, fazendo questão de dizer que a ama. Parece não se dar conta dos sentimentos ambivalentes que expressa nas sessões diagnósticas.

Casada há três anos, relata que mantém um bom relacionamento com o marido, enfatizando que ele a apoia em suas decisões. Conta que teve uma crise profunda de ansiedade quando seu marido, um dia, sem dar explicações, disse que queria se separar dela. A razão que ele deu foi apenas que não a amava mais. Relata que não percebeu nenhum sinal de que ele faria aquilo, pois ele sempre dizia que a amava. De forma pouco reflexiva, diz que o marido desistiu de abandoná-la quando a viu chorando muito e, por pena, dela foi ficando. Relata que atualmente o relacionamento com o marido é bom, embora ele nunca mais tenha dito que a ama. Esse episódio, que não foi discutido pelo casal, parece ter ficado encoberto. R. apenas revela que hoje está preparada se o marido decidir ir embora, mas não sabe dizer se existe esta possibilidade.

A superficialidade do contato com suas emoções reflete-se na percepção inadequada das circunstâncias a seu redor. No trabalho, uma de suas queixas é que se sente enganada e usada pelos colegas por ser ingênua e *“não perceber a intenção das pessoas”*; também se queixa que os outros não percebem corretamente suas intenções. Quando surge algum conflito, reage agressivamente. Fica triste, mas não consegue fazer uma reflexão sobre sua atitude, tendendo a justificar seu sofrimento pela intolerância dos outros. Trabalha desde os 17 anos desempenhando

satisfatoriamente suas tarefas. Está estudando em um cursinho pré-vestibular, dedicando-se bastante, pois deseja ingressar na faculdade. Portanto, à parte de seu sofrimento, consegue manter uma razoável adaptação na área da produtividade.

COMPREENSÃO DIAGNÓSTICA

A conclusão diagnóstica apontou para grande impulsividade, pouca contensão das emoções e busca de referenciais externos para organizar seu mundo afetivo. Mostra necessidade de ser amparada, apoiada e guiada, buscando a opinião e orientação dos outros para agir. Como sistema mental determinante, evidenciou-se um distanciamento de contato com o mundo interno, sobrevivendo o sentimento de fragilidade e esvaziamento. Esse sistema evasivo leva a um distanciamento de si. A paciente não percebe a intenção do outro, pois de fato não percebe a si própria, suas motivações e suas dores.

A paciente desenvolve uma grande dependência em relação ao outro, e a necessidade de assegurar a presença deste mantém o sistema de distanciamento de si. Os impulsos agressivos vividos como destrutivos são reprimidos e projetados no ambiente. Este, então, lhe parece pouco confiável, embora se perceba dependente dele, o que gera insegurança. A eclosão da ansiedade é em resposta à fragilidade do *self*. Não identifica em si esta fragilidade, a qual fica projetada em objetos fracos (animais abandonados e pessoas carentes).

ENTREVISTA DEVOLUTIVA: O PLANEJAMENTO

Em supervisão pudemos discutir sobre a dinâmica emocional da paciente, e o estagiário tinha boa compreensão desta, no entanto, surgiu a questão sobre como comunicar essa complexa dinâmica emocional a uma pessoa com tão pouco contato com seu mundo interno. Além

disso, como propiciar, ao menos parcialmente, uma maior apropriação de seus sentimentos?

Resolveu-se tomar a própria produção da paciente como ponto de partida para essa comunicação. O material do TAT apresentava-se como um facilitador na sistematização dos dados relevantes e como também na comunicação em linguagem clara e acessível, ilustrando sua forma de funcionamento mental. O foco da entrevista devolutiva era apontar os aspectos nodais percebidos com o intuito de que a paciente integrasse esses aspectos e pudesse dar início a um processo terapêutico, para o qual ela seria encaminhada de forma mais implicada consigo própria.

A prancha 3RH foi escolhida, pois a associação de R. apontava claramente a evitação da agressividade e dos sentimentos hostis, evidenciando-os como pouco integrados e projetados no ambiente. Na história o ambiente pouco confiável é vivido como ameaçador: traição e incompreensão estão explícitas. A personagem central é passiva ante as condições ambientais e há uma não apropriação dos próprios recursos. Os principais aspectos presentes na associação e na conclusão diagnóstica são: grande impulsividade, fragilidade egoica, dificuldade de entrar em contato com seus verdadeiros sentimentos perante situações de abandono e perda e recusa do contato com seus aspectos agressivos.

Consideramos importante mencionar alguns aspectos em relação a essa prancha. Descrição: Murray (1943, p. 19) aponta que se trata de uma pessoa do sexo masculino, debruçada aos pés de um divã, com a cabeça apoiada em seu braço direito. Ao lado no chão, há um objeto semelhante a um revólver. Posteriormente, Dana (1985), Silva (1989) e Shentoub (1999) descrevem que nessa prancha há uma pessoa do sexo indefinido. Embora essa prancha, em sua concepção original (MURRAY, 1943), tenha sido destinada a pessoas do sexo masculino, por sua maior ambiguidade quanto ao sexo da figura humana apresentada e por se apresentar como mais produtiva que sua

equivalente feminina, pode ser aplicada também para as mulheres (SILVA, 1989).

Trata-se de um estímulo com grande carga dramática e coloca em evidência a capacidade do indivíduo em ligar os afetos (depressão, tristeza) a uma representação (ausência ou morte, ou seja, perda do objeto).

[...] coloca que essa prancha remete a uma problemática da perda do objeto e põe a questão da elaboração da posição depressiva. [...] Pode-se pensar que a elaboração da posição depressiva é possível desde que os afetos depressivos são reconhecidos e associados a uma representação de perda de objeto. Caso contrário, quando os afetos depressivos não são reconhecidos, a negação da depressão constitui uma defesa maior do tipo maníaco. (SHENTOUB, 1990, p. 49).

Vejamos o que R. formula para essa prancha:

Prancha: 3 RH	TR: 03”	TT: 4’ 00”	Título: “A quebra de uma estrutura”
----------------------	----------------	-------------------	--

“Ai meu Deus! É... Bom, isso é uma menina que tá caída no chão e eu não sei, mas ela tá caída aqui no chão chorando. Ela pode estar chorando porque ela teve, o que é isso aqui, a chave de um carro... revólver (com a voz baixa)... Bom, ela tá caída aqui no chão chorando. Tá em cima de uma cadeira ou sofá. É... bom, pode ter vários motivos... De repente ela teve uma... Ela era uma menina feliz, uma menina que tinha uma independência, é... sentimental (risos). Talvez ela tenha um certo namorado e ela era uma pessoa feliz e... de repente ela descobre que seu namorado a traiu ou então... ou então uma coisa na família abalou a estrutura que ela tinha, algo com os pais, né? Ou então pode ser com o namorado, alguma coisa abalou aquela estrutura, pois ela sempre foi uma pessoa feliz... e... aí... ela poderia estar andando em algum lugar e ela descobriu essa notícia, ou que alguém morreu ou que seu namorado a traiu, ela... o primeiro lugar que ela achou foi esse sofá e ela se debruçou aqui, caiu, pois não tinha força e precisava de um lugar pra se apoiar e ela começou a chorar desesperadamente. Ela tá chorando, chorando e chorando (muitos risos)... Nesse momento ela tá triste e... bom, depois... Talvez ela consiga... Talvez não, porque nada dura pra sempre. Ela vai ficar triste alguns dias, talvez por meses ou alguns anos e futuramente ela vai fazer terapia (risos). Ela vai acabar superando o que

ocorreu. Ela vai voltar a ser uma pessoa equilibrada, ou não. Não sei... que tipo de transtorno ela poderá ter, né, por causa disso... Mas, acho que ela vai voltar a ser uma pessoa mais ou menos feliz dependendo da perda que ela sofreu ... O nome que acho que vou dar... é... A quebra de uma estrutura.”

Como era a relação dela com o namorado?

“Ah! Até então era boa, né? Mas ela não imaginava que um dia ela podia ser traída... tinha respeito, eram amigos... Ah! Era um relacionamento bom, equilibrado, sabe? Sem muitas crises de ciúmes, mas, aí, quando ela descobriu tudo isso ela... bom, ficou mal né? Como que ele poderia trai-la se ele era amoroso (risos)... Se bem que isso acontece (risos)... nos melhores relacionamentos, pois nós somos muito vulneráveis, o ser humano.”

Como era o relacionamento dela com os pais?

“Eles eram... Eles tinham um relacionamento bom... Ela não contava coisas íntimas dela, mas dentro do limite sim, assim... conversava com o pai, com a mãe, também com o irmão. Eles tinham uma boa convivência familiar... Se respeitavam... Mas se acontecesse alguma coisa com eles... (Perguntei: “Se acontecesse o quê?”) Ah! Morte, doença... principalmente morte mesmo que não tem cura... É que eu acho que hoje em dia é muito difícil, na minha opinião, os jovens ter um relacionamento muito bom com os pais... embora eu tenha um bom relacionamento com os meus... É que eu vejo pelas pessoas que convivo.”

O que você acha que é isso aqui no chão?

“Pode ser uma chave de carro... Então, eu tava olhando e eu não dei um fim pra ele. Parece uma chave... ou então uma faca... uma arma... Mas se for uma arma muda completamente a minha história... Se for chave de um carro ou da casa de repente caiu, agora se for arma ela matou alguém, mas eu não defini o que é isso. Acho que é chave.”

INTERPRETAÇÃO

Ao se deparar com o estímulo que mobiliza tristeza, abandono, desespero e depressão, há a manifestação de uma ansiedade perturbadora do discurso, com hesitações, demonstrando labilidade emocional. O título *A quebra de uma estrutura* aponta para uma fragilidade do *self* ante as fantasias de traição e abandono e de seu ódio sobre isso. O ódio, porém, não pode ser integrado, e há claro movimento de projeção dos sentimentos hostis, identificando-se com uma personagem vitimizada e passiva ante as agressões do ambiente. Com o sistema evasivo, uma parte de si lhe fica inacessível. R. acredita-se frágil e com necessidade de ajuda. Distanciada de si, não consegue definir o que se passa com seus personagens. A hesitação vem como tentativa de organização de seu caos interno. No entanto, não há êxito de uma solução satisfatória.

A paciente comete uma distorção, tentando negar a percepção da arma, o que aponta para uma dificuldade em integrar seus sentimentos hostis. Há culpabilização do outro, pela infidelidade edípica, pelo seu sofrimento e solidão. A solução dependerá da ajuda de outro. A paciente sente-se sem recursos para lidar com sua situação. Não há deslocamento do investimento edípico (nesse caso, precisamos pensar se vamos falar de posição depressiva ou Édipo), e a solidão fica insuportável, não há saída para a heroína, ou melhor, a saída é projetada para um futuro e a partir da ajuda de outrem, que na relação transferencial aparece na figura do terapeuta.

ENTREVISTA DEVOLUTIVA: O ENCONTRO

A seguir, apresentamos fragmentos das duas entrevistas devolutivas e o uso da associação da prancha 3 RH do TAT.

À primeira sessão devolutiva a paciente chegou pontualmente. Quando o estagiário foi chamá-la, ela estava bebendo água e, ofegante, disse de forma entusiasmada: “*Hoje cheguei bem na hora!*” A caminho da

sala, a paciente, com o copo de água nas mãos, passou à frente do estagiário. Ao chegar ao andar de cima, errou o caminho exatamente como sempre fazia. O estagiário a orienta dizendo que era ali a entrada e ela, surpresa, disse: *“Não acredito! Eu sempre erro!”*

A paciente inicia a sessão queixando-se de dor de cabeça, a qual associa à preocupação com o pai, que estaria deprimido, o que a obrigaria a viajar para cuidar dele, embora não tivesse sido solicitada para tal.

O estagiário relembra que aquela seria uma sessão devolutiva sobre a compreensão que ele pode ter sobre sua forma de funcionar e as relações desta com a queixa apresentada. Ela se mostra contrariada diante da proximidade do fim dos encontros, mas está interessada em ouvir o terapeuta.

Retomando a queixa de ansiedade e descontrole das emoções (alegria, tristeza e raiva), o estagiário a convida a pensarem juntos algumas questões que ele foi percebendo no decorrer dos encontros e a partir do teste aplicado, solicitando que ela manifestasse se concordava ou não com o que ele dizia. A impulsividade, a falta de reflexão sobre suas atitudes e a busca de referências externas para se orientar foram sendo pontuadas. A paciente vai confirmando sua insegurança e o quanto não queria ser assim. Quando o estagiário fala de sua identificação com o sofrimento dos outros, ela o interrompe dizendo: *“Sim... Sim... Sim!”* Então, o estagiário retoma e coloca que essa identificação se referia à sua própria condição interna de fragilidade e impotência. A paciente não compreende e reafirma que desde pequena tem dó daqueles que sofrem e que isso a faz chorar. Nesse momento, fica evidente sua dificuldade de uma percepção de si. O estagiário ainda insiste, explicando que o que acontecia quando ela via pedintes na rua é que aquela condição de alguma maneira refletia sua condição: ela também era uma “pedinte”, não de comida ou de dinheiro, mas de atenção e afeto. A paciente, ainda sem entender, disse: *“Realmente eu tenho muito medo de ficar naquela condição de ter que pedir na rua.”* Mais uma vez o

estagiário tenta comunicar-lhe que não se referia a algo concreto, e sim afetivo, ou seja, que ele percebia que ela se sentia frágil, desamparada e carente, não de comida e dinheiro, mas de algo que lhe era privado, talvez autonomia, segurança ou afeto. Nesse momento, ela se exalta e diz: *“Sim, sim! É verdade... nossa, é verdade!”* Após uma breve pausa, comenta, com uma expressão triste: *“É, eu nunca tive uma direção dos meus pais. Eu sempre fui por mim mesma aos trancos e barrancos.”*

Nesse momento o estagiário pega a prancha 3RH perguntando se ela se lembrava da história que havia lhe contado; ela sorri, e ele explica que aquela história exemplificava aquilo que ele estava lhe dizendo sobre sua forma de funcionar na relação consigo e com os outros. O estágio diz que aquela figura tinha o tema relacionado a tristeza, abandono, desespero e depressão. Ele começa a ler pausadamente o registro da história de R. A paciente, muito atenta, diz: *“Essa foi a história que eu contei?”* Ao término da história, o estagiário aponta que a personagem principal – uma mulher que chorava no sofá – tinha sido traída pelo namorado e sua reação foi só chorar, e diz: *“Você, R., a fez só chorar, no entanto, quando lhe perguntei sobre isto (apontando para a arma) você me respondeu que era uma chave mas parecia uma arma. E se fosse uma arma a história seria diferente, pois a mulher teria matado alguém, e a escolha final foi pela inócua chave.”* O estagiário mostra que, tal qual sua personagem, ela optava por não “perceber” a arma, ou seja, sua raiva, sua agressividade, mas que isso a deixava distante do que era verdadeiro nela. A dificuldade de percepção se estendia para outras coisas, como naquela história cheia de “talvez” e situações com várias possibilidades. A paciente concorda, um pouco admirada, dizendo que se reconhecia daquela maneira. Entre outras associações sobre sua dificuldade em expressar e reconhecer o que sente, lembra que contou para alguns amigos que fora a um show de música popular brasileira e foi ironizada por eles. Teve vontade de dizer: *“Se você gosta de outro tipo de estilo é problema seu”*, mas não disse e ficou *“se corroendo por dentro.”*

Ao término da sessão, a paciente diz: “*Nossa, hoje foi muito bem mesmo!*”

Na sessão seguinte, o último encontro, a paciente chegou com 40 minutos de atraso. Ela chegou sem fôlego e cansada. O estagiário foi caminhando em direção à escada, e ela, como sempre, foi indo à frente e lamentava: “*Nossa, atrasei muito no último dia!*”. Ao chegar ao andar de cima, pela primeira vez a paciente entrou sem errar. Perguntou: “*É por aqui, não é?*” O estagiário confirmou, e entraram na sala.

Esse encontro foi uma retomada do que havia sido dito na sessão anterior. A paciente disse que havia pensado em como reage impulsivamente e sem reflexão e já havia começado a observar mais as situações e as pessoas a seu redor. Falou de seu desejo de buscar o que quer e não se importar tanto com a opinião dos outros.

Foi então dada indicação de psicoterapia individual, com a qual a paciente prontamente concordou. Ao término da sessão, a paciente agradeceu muito e despediram-se.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Ao término do processo, o estagiário relatou sua satisfação em sentir que os encontros com aquela paciente haviam sido significativos para ambos. Em todas as sessões, com exceção do último encontro, a paciente, ao chegar, colocava-se à frente do aluno e rapidamente se dirigia para a sala, porém sempre errava o caminho, o que obrigava o aluno a orientá-la durante o percurso. Na última sessão devolutiva a paciente finalmente percorreu os corredores da clínica sem errar o caminho. Apesar da resistência ante o término dos encontros, R. pôde, a partir da devolutiva, integrar seus aspectos evidenciados no processo diagnóstico. O que permitiu a ela começar a “*caminhar pelas próprias pernas*”, como bem definiu o aluno que a atendeu.

A apresentação da prancha, a leitura da associação e as explicações dos indicativos dos processos emocionais foram recebidas positivamente

pela paciente, facilitando associações e o *insight* sobre sua dinâmica emocional; o que a motivou para o encaminhamento para psicoterapia breve individual. Em um processo psicodiagnóstico, os testes podem ser entendidos como objetos mediadores, uma vez que o instrumento de avaliação utilizado viabiliza um acesso ao material inconsciente. Kaës (2005), ao propor o uso de objeto mediador como uma via de acesso ao inconsciente, por meio das formações psíquicas intermediárias, propõe que o sujeito possa se apropriar e elaborar os conteúdos que emergirem por meio da utilização dessa técnica, o que ocorreu no caso de R.

Além disso, queremos ressaltar o ganho em termos formativos dessa estratégia perante o fazer clínico. O que se confirma nas palavras do estagiário descobrindo o valor da devolutiva e sua satisfação com seu trabalho:

“Fiquei impressionado com o resultado dessa primeira devolutiva, especialmente porque até aqui aprendemos teoricamente. Foi muito enriquecedor ver na prática. Foi muito gratificante poder compreender as dificuldades da paciente que ela própria não percebia e poder fazê-la visualizar aquilo que necessita ser desenvolvido em sua própria personalidade”.

REFERÊNCIAS

- ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995.
- ARZENO, M. E. G. *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CUNHA, J. A. et al. *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DANA, R. H. Thematic Apperception Test (TAT). In: NEW MARIC, C. S. (Ed.). *Major psychological assessment instrument*. Boston: Allyn and Bacon, 1985.
- KAËS, R. *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.
- MURRAY, H. A. *Explorations in personality*. Oxford: Oxford University Press, 1943.
- _____. *Teste de Apercepção Temática*. Adaptado e ampliado por Maria Cecília Vilhena M. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- OCAMPO, M. S. et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1974.

- PAIVA, M. L. S. C. *A transmissão psíquica e a constituição do vínculo conjugal*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- PAULO, M. L. L. L. Psicodiagnóstico interventivo em pacientes adultos com depressão. *Boletim de Psicologia*, v. 56, n. 125, dez. 2006.
- SANTIAGO, M. D. E. Entrevista clínicas. In: TRINCA, W. *Diagnóstico psicológico: prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984.
- SHENTOUB, V. et al. *Manual de utilização do TAT: interpretação psicanalítica*. Lisboa: Climepsi, 1999.
- SILVA, M. C. V. M. *TAT: Aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: EPU, 1989.
- TELLES, V. S. A desvinculação do TAT do conceito de “projeção” e a ampliação de seu uso. *Psicologia USP*, v. 11, n. 1, p. 63-83, 2000.

5. A TÉCNICA PROJETIVA LUDODIAGNÓSTICA: AVALIAÇÃO COGNITIVA

Rosa Maria Lopes Affonso

INTRODUÇÃO

O ludodiagnóstico consiste em um instrumento de investigação clínica no qual o profissional, por meio da utilização de brinquedos estruturados (bonecos, carrinhos, casinha, aviões, etc.) ou não estruturados (guaches, massa de modelar, lápis de cor, encaixes, etc.), procura estabelecer um vínculo terapêutico com crianças visando ao diagnóstico da personalidade destas, portanto, trata-se de uma técnica projetiva, geralmente utilizada em situações de psicodiagnóstico infantil. Comumente é utilizada no primeiro encontro com a criança, após as entrevistas com os pais no processo psicodiagnóstico, fazendo parte de um dos conjuntos de técnicas e testes utilizados para o diagnóstico.

Esse instrumento de investigação psicológica é quase sempre incluído nas técnicas projetivas expressivas como um procedimento de investigação fundamentado nos princípios da associação livre (FREUD, 1973a), em que o sujeito fica inteiramente livre em sua forma de expressão (ANZIEU, 1978, p. 30). Entende-se, aqui, por técnica a arte, a habilidade, a destreza e as regras comunicáveis para a execução de qualquer trabalho (FERREIRA, 1986); nesse sentido, trata-se de um instrumento que requer um treino e habilidade para a sua aplicação. Embora a técnica consista na utilização da brincadeira infantil, o objetivo não é brincar com a criança, e sim proporcionar que ela expresse, por meio dos brinquedos, as dificuldades que porventura esteja enfrentando, requerendo daí habilidade do profissional. Não basta,

portanto, o desejo de brincar com a criança, aliás, dificilmente o profissional irá literalmente “brincar” com a criança, considerando que sua postura é mais de compreensão das expressões lúdicas.

Partimos do pressuposto de que o ludodiagnóstico consiste em uma técnica expressiva projetiva que favorece a expressão segundo as variáveis de personalidade do sujeito, permitindo a compreensão dos referenciais utilizados por este. O que ocorre na sessão psicanalítica é interpretado como a expressão dos conteúdos do mundo interno e externo. Ao oferecer à criança a possibilidade de utilizar o brinquedo ou o jogo dentro desse contexto particular do ludodiagnóstico, cria-se a possibilidade da configuração de um campo determinado pelas variáveis internas de personalidade da criança. Assim, a criança pode atualizar no aqui e agora um conjunto de fantasias e de relações de objeto que serão analisadas pelo terapeuta no sentido de compreender os motivos manifestos e latentes que determinaram os conflitos ou, ainda, explicitar de que maneira a criança gostaria de ser ajudada, bem como está o seu funcionamento psíquico; id, ego e superego.

No sentido psicanalítico, *projeção* (LAPLANCHE; PONTALIS, 1977, p. 478) é a operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos e até mesmo objetos, que ele desdenha ou recusa em si. Klein, em seu trabalho de 1927, *Criminal tendencies in normal children* (apud HINSHELWOOD, 1992 p. 428), coloca o mecanismo de projeção como importante na externalização de conflitos no brincar com objetos externos, confirmando o que Freud já mencionara sobre a culpa inconsciente existente nos atos violentos dos adultos, em 1916, *Some character-types met with in analytic work: criminals from a sense guilt*, ou seja, a externalização da criminalidade como um método de mitigar a violência interna entre os desejos e as proibições do superego. No caso do ludodiagnóstico, a criança pode expressar sua raiva atribuindo à situação lúdica, ou por meio de personagens, o ódio que não pode admitir no plano consciente,

ou seja, o brinquedo atua como instrumento de descarga, favorecendo, ao mesmo tempo, a compreensão dos aspectos inconscientes.

Segundo Anzieu (1978), o método projetivo geralmente é utilizado nos diagnósticos para a obtenção de informações indiretas, às quais o sujeito não tem acesso ou não consegue expressar. Assim, o uso de certas técnicas e testes é planejado para proporcionar oportunidade de autoexpressão sem depoimento verbal direto; no caso da técnica lúdica, os materiais teriam essa função indireta de expressão.

Na literatura, a observação lúdica ou ludodiagnóstico tem como fundamentação teórica os estudos de Freud (1973f) e Melanie Klein (1975, 1980), sendo esta última a que sistematizou a técnica e o valor do jogo lúdico como instrumento de investigação clínica e terapêutica. Entretanto, há vários autores que, a partir daí, sistematizaram a hora lúdica diagnóstica, por exemplo: Aberastury (1978), Efron et al. (1976), Soifer (1974; 1992).

Efron (1976) e Aberastury (1978) recomendam que sejam utilizados materiais estruturados e não estruturados. Os materiais estruturados recomendados pelas autoras são: famílias de bonecos e de animais, casinha com quarto, cozinha, sala e banheiro, carros, caminhões, etc. Têm a função de facilitar a expressão, permitindo um rápido acesso à capacidade simbólica da criança, considerando que esta é sua forma mais comum de interagir com o mundo em seu dia a dia, portanto, o material lúdico estruturado teria essa finalidade facilitadora. Os materiais não estruturados sugeridos são: lápis preto e coloridos, borracha, apontador, cola, fita adesiva, tesoura, pincéis, guaches, massa de modelar, blocos de construção, papéis coloridos, etc. Os materiais não estruturados teriam também a finalidade facilitadora, principalmente para aquelas crianças que por ventura se sentirem ameaçadas com o material estruturado, além de permitir a expressão da criatividade em sua forma de construção.

Alguns autores da psicanálise sugerem que por ser uma técnica projetiva sejam somente utilizados materiais não estruturados, apoiados

no fato de que os estruturados sofrem a influência cultural de quem os escolhe (BROUGÈRE, 2000). Outros, tal como Klein (1980) e Soifer (1974), são contrários ao uso de jogos de competição, sob a alegação de que estes levam o terapeuta a se afastar de sua atitude investigativa, ou seja, podemos não encontrar um consenso em relação à escolha desses materiais. Portanto, a padronização dos materiais em uma caixa lúdica ainda é alvo de pesquisas e é um campo complexo de estudo. O que é comum é a necessidade da utilização de materiais, uma vez que permitem a observação de fenômenos que não são obtidos pela palavra, podendo ser observados ou analisados tanto no acontecimento lúdico como na maneira como a criança utiliza os materiais estruturados ou não estruturados.

Encaramos o material lúdico, seja estruturado como não estruturado, como pertencente a instrumentos de expressão da saúde infantil, como o instrumento que permitirá a manifestação da brincadeira simbólica, que leva a imaginar uma realidade dolorosa, ou não, da necessidade de um desenvolvimento salutar; logo, a criança que não interage com os materiais ou que não manifesta a brincadeira simbólica apresenta alguma problemática a ser investigada. Klein (1970) aponta para os cuidados que devemos ter com a criança que não brinca e o quanto esse bloqueio está relacionado ao comprometimento pessoal e/ou social. Portanto, o faz de conta permite não só a representação de uma realidade angustiante (FREUD, 1973d) como permite sua elaboração ou mesmo confrontar a realidade interna com aquela vivenciada.

É essa concepção que muitas vezes está subjacente na montagem de brinquedotecas ou na escolha dos materiais em diversos contextos, por exemplo, em hospitais. Em uma brinquedoteca hospitalar considerar na montagem espaços com instrumentos cirúrgicos, macas, utensílios de higiene pessoal, enfim, escolher materiais que possam facilitar a expressão, a representação da realidade vivida nesse contexto hospitalar, podendo ser transformada, elaborada, confrontada na brincadeira simbólica por meio dos brinquedos, tal como fundamentou Freud

(1973d). Quando atendi famílias vítimas de homicídio e latrocínio em psicoterapia breve infantil montamos caixas lúdicas específicas, os materiais da caixa devem ser alterados, conforme o objetivo do atendimento, mas sempre respeitando o conteúdo de estruturados e não estruturados.

Nos casos de caixas lúdicas montadas apenas com material não estruturado, a influência cultural também estará presente, pois a brincadeira simbólica manifesta pela criança, independentemente do material, sofre as influências educacionais, familiares ou não; nesse caso, a criança apresentará seus conflitos sob a influência daquela família que está inserida, por sua vez, naquela cultura, portanto, o profissional deve fazer uma análise crítica, seja na escolha dos instrumentos para aquele contexto em que está trabalhando no momento, seja na consideração das manifestações dos instrumentos utilizados.

A escolha dos materiais pelo profissional que trabalha com ludodiagnóstico está fundamentada nas teorias de desenvolvimento, muito embora tenhamos poucas pesquisas neste sentido. A brincadeira simbólica faz parte de uma das etapas do processo de socialização da criança, portanto a escolha de determinado brinquedo ou brincadeira pela criança será analisada sob esse enfoque evolutivo. Dessa forma, a caixa deve conter elementos que pressupõem essa análise, ou seja não é uma caixa lúdica qualquer.

Assim, o diagnóstico da problemática ou crise da criança é realizado dentro do contexto evolutivo; logo, a escolha da abordagem psicanalítica não é apenas uma opção, uma vez que pressupõe uma teoria do desenvolvimento. Da mesma forma, ocorre com a abordagem piagetiana em relação ao estudo do desenvolvimento das expressões práticas do bebê para as manifestações simbólicas na criança, pois o diagnóstico não é do brinquedo, e sim da manifestação das representações da mente infantil.

Além disso, segundo a técnica, o papel do profissional é daquele que investiga e formula hipóteses sobre a problemática a ser estudada,

apropriando-se das recomendações sobre os estudos de entrevistas diagnósticas (BLEGER, 1975) e dos testes projetivos. Trata-se de um papel de observador participante em que, para efeito dessa investigação diagnóstica, é preciso formular perguntas para facilitar a expressão, tal como em uma técnica projetiva.

A análise do ludodiagnóstico vai depender da abordagem teórica do examinador ou dos objetivos com os quais foi utilizada. Alguns podem estabelecer análises de categorias de comportamento apoiados nas várias teorias de desenvolvimento, tal como Greenspan e Greenspan (1993). Kornblit (1976) dá ênfase à observação da sequência da interação lúdica e sugere a identificação do momento inicial, o máximo da expressão lúdica, bem como seu final, considerando-a em subsistemas nos quais podem variar a quantidade de material utilizado e o tipo. Aberastury (1978), ao contrário, propõe uma análise em que o sintoma é considerado no todo da sessão, verificando sua gênese, as angústias que os desencadeiam e as fantasias de cura imaginadas. Tardivo (1997), baseado nas pesquisas de Trinca (1987) sobre o método compreensivo, formulou uma organização de categorias que foram, por sua vez, aplicadas por Menichetti (2003) à observação lúdica, sugerindo a análise de atitudes básicas do sujeito diante da tarefa lúdica (aceitação, oposição, insegurança, identificação positiva ou negativa); identificação das figuras significativas (figura materna, paterna, fraterna); os sentimentos expressos (derivados do instinto de vida, os derivados do instinto de morte e os derivados dos conflitos); identificação das tendências e desejos (regressão, necessidade de proteção, destruição ou de construção); identificação das ansiedades e dos mecanismos de defesa.

Efron et al. (1976), de outra forma, propõem para a análise oito indicadores que contribuem para uma sistematização apenas para orientar a análise com fins diagnósticos e prognósticos, orientados para uma classificação dinâmica do funcionamento da personalidade da criança: escolha de brinquedos; modalidade de brinquedo;

psicomotricidade; personificação; criatividade; capacidade simbólica; tolerância à frustração; adequação à realidade.

Segundo Safra (1993), o estudo do fenômeno psíquico se relaciona ao psiquismo do investigador, o que pode facilitar ou ocultar sua elucidação; portanto, apesar das várias tentativas de sistematização da técnica, trata-se de um instrumento projetivo e, como tal, a pesquisa deve também considerar o pesquisador, mas este seria outro capítulo envolvendo o método clínico. É importante mencionar que a arte da análise da técnica lúdica pressupõe sempre saber o que se investiga, fundamentado ao menos no domínio de uma teoria, mas, ao mesmo tempo, exige do pesquisador estar aberto para novas descobertas, independentemente da heresia teórica que possa cometer.

O trabalho de pesquisa que temos realizado em relação ao ludodiagnóstico tem contribuído significativamente para aquele profissional que, muitas vezes, dispõe, exclusivamente, da observação clínica como seu único instrumento possível de trabalho. Nesse sentido temos demonstrado a importância do uso do brinquedo como instrumento diagnóstico, ou seja, de como o profissional pode dispor de novos instrumentos de observação clínica que, se aprofundados, podem oferecer-lhe segurança em suas orientações e conclusões diagnósticas (AFFONSO, 1998; 1999; 2001).

Nossa contribuição foi introduzir análises segundo a teoria piagetiana (PIAGET, 1973) sobre a estrutura mental da criança no que diz respeito à representação simbólica da criança em sua interação no contexto ludodiagnóstico psicanalítico.

Partimos da convicção de que o “especificamente afetivo” está intimamente relacionado com o processo de cognição, embora tenhamos consciência de que essas relações permanecem nebulosas. Apesar disso, esperamos com nossas pesquisas contribuir no sentido de esclarecê-las, tal como fizemos no estudo sobre ludodiagnóstico em nosso trabalho de tese.

O pressuposto teórico a respeito da importância das construções espaço-temporais e causais desenvolvidas pelas pesquisas da Dra Zélia Ramozzi-Chiarottino por meio dos pesquisadores do Laboratório de Epistemologia Genética e Reabilitação Psicossocial do IP-USP têm procurado, a partir da obra piagetiana, demonstrar como o sujeito organiza sua experiência vivida e o que é necessário para viver em sociedade.

Portanto, ao analisarmos a expressão lúdica, queremos apontar para o risco de analisar o lúdico, não pressupondo o comprometimento do não lúdico, ou seja, de um suposto sujeito pré-simbólico ou ainda em formação. Dessa forma, ressaltamos a importância das teorias do desenvolvimento desse processo de socialização demonstrado na teoria piagetiana, uma vez que consideramos que essa teoria como a que colabora na especificação desse processo.

O diagnóstico dos sintomas infantis faz parte da análise de um sujeito em construção, logo, de um processo de compreensão segundo uma visão interacionista em que se analisam o funcionamento da estrutura mental e as condições necessárias para desenvolvê-la.

INDICADORES COGNITIVOS DO LUDODIAGNÓSTICO

Entendemos como aspectos cognitivos aqueles que dizem respeito às construções espaço-temporais e causais expressas na organização da experiência vivida.

Quase sempre, o processo de cognição, segundo Piaget, tem sido identificado com a capacidade de operar, no entanto, qualquer tipo de conhecimento ou de interpretação do mundo, muito mais do que envolver, implica as e as relações espaço-temporais e causais, pois estas se constituem na condição da organização da experiência vivida pelo indivíduo (RAMOZZI-CHIAROTTINO, 1988, p. 37).

Nossa observação clínica indica-nos, consistentemente, que a organização do que se passou e de tudo o que se pode esperar, ou seja, a organização da experiência supõe relações espaço-temporais e causais,

isto é, uma construção adequada do real. Por isso, as crianças que não construíram suficientemente essas noções relacionam-se caoticamente com o mundo. Pesquisas indicam que problemas nessa construção incompleta podem originar medos, ansiedades e sentimentos de culpas. Em uma sessão lúdica de uma criança podemos analisar as angústias preponderantes, por exemplo, angústia persecutória ou depressiva. Muitas vezes, esquecemo-nos de verificar se a criança dispõe de estruturas cognitivas e acabamos analisando toda uma história da vida da criança, interpretando e justificando tais angústias. A criança tem medo porque não tem a estrutura para compreender uma dada situação ou tem a estrutura e teme os conteúdos relacionados a ela (ROSENFELD apud HINSHELWOOD, 1992, p. 42). Chama a atenção o fato de que certas reações paranoides podem derivar de outras fontes em relação a determinadas interpretações. Tustin (1984, p. 217) complementa: “Tenho percebido que interpretações prematuras de transferência se dadas à criança quando não há base alguma para elas, podem ser um obstáculo [...]”. Em nosso entender, essas “outras fontes”, mencionadas por Rosenfeld ou a “base” de que fala Tustin podem estar ligadas justamente a problemas nas noções espaço-temporais e causais. Assim, chegamos ao possível pressuposto “elo” entre afetividade e cognição.

Consideramos, assim, que o psicólogo clínico por meio da hora lúdica pode identificar a presença, ou não, no comportamento da criança e em seu discurso, de noções espaço-temporais e causais, fundamentais à organização de sua vida psíquica.

NOÇÕES ESPAÇO-TEMPORAIS E CAUSAIS

Entendemos por construção do espaço formas observáveis no ludodiagnóstico, de a criança organizar situações ou “cenas” com sentido social explícito, sejam elas verbalizadas ou não. Um exemplo:

Criança: — Posso fazer uma casinha?

A criança espalha os materiais sobre a mesa. Pega a pia, o fogão, a geladeira e vai colocando-os, lado a lado, e no meio põe a mesa com as cadeiras. Coloca os pratinhos sobre a mesa. Volta-se para o fogão, coloca as panelinhas, leva a panela sobre a mesa, dispõe os pratinhos e vai dramatizando a colocação do suposto alimento nos pratos. Pega um dos bonecos, senta-o em uma das cadeiras. Faz de conta que alimenta o boneco. Leva os pratos para a pia, faz que os lava e os coloca no armário embaixo da pia. Fala a respeito:

— A hora que ela acabar de comer a sobremesa ela vai para a escola.

Tudo é feito com movimento. Continua dizendo:

— Agora, ela está descansando.

De fato, a criança utiliza blocos de madeira onde coloca o boneco...

Outra criança: monta um posto de gasolina, sem nada dizer. A cena facilmente identificável demonstra a evocação de um espaço organizado.

Entendemos como sentido social explícito o fato de a cena ou situação poderem ser identificadas pelo terapeuta como representando, por exemplo, uma casinha e um posto de gasolina. Em outras palavras, não basta que a criança veja como uma dada cena. É necessário que sua representação seja comunicável, transferível para o outro. É bom nos questionarmos quantas vezes, em nosso furor interpretativo, nós é que montamos cenas pela criança?

Entendemos por organização adequada da noção de tempo simplesmente a compreensão (expressa no discurso) do passado, presente e futuro, ou seja, o saber inserir-se a si mesmo e os fatos no antes, no agora e no depois, obviamente não como dimensão do espaço atual das ações, mas considerando o que diz Piaget (1966, p. 2): “O tempo está, por sua natureza, ligado a eventos que não existem mais ou não existem ainda.” Um exemplo:

Terapeuta: — O que você está fazendo?

Criança: — É uma criança indo para a loja comprar tinta. (O fato não existe ainda). A outra está vindo da casa da amiga dela onde foi entregar

o brinquedo que tinha pegado. (O evento não existe mais.)

Quanto ao vínculo causal (noção de causalidade), este é estudado por Piaget em todos os níveis, desde o mais elementar até o científico. Aqui, diremos que uma criança adquiriu adequadamente a noção de causalidade quando atribuir uma causa a um fenômeno, quando descobrir o vínculo causal ou acreditar tê-lo descoberto, ainda que não seja verdade. O importante não são os conteúdos, e sim que a criança afirma a relação antecedente consequente como necessária. Um exemplo:

Criança: — Meu irmão me bate porque é mais velho.

— Os meninos do prédio não brincam comigo porque sou pequeno.

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO

Trata-se de uma criança de 11,1 anos, do sexo masculino, a quem darei o nome de José. Na época da avaliação, José frequentava o primeiro ano do ensino fundamental, em sala especial. O nível socioeconômico familiar era classe baixa superior.

QUEIXA

Criança com difícil diagnóstico. Solicitação para que o Laboratório de Epistemologia Genética e Reabilitação Psicossocial colaborasse no diagnóstico e encaminhamento terapêutico.

Veio encaminhado por um Centro de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, para parecer diagnóstico por intermédio do convênio estabelecido no Laboratório de Epistemologia Genética e Reabilitação Psicossocial do Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP.

BREVE HISTÓRICO DA CRIANÇA

José veio para o Centro de Saúde quando tinha por volta de 9 anos de idade, encaminhado por uma clínica de fonoaudiologia para tratamento de fonoaudiologia, paralelo a um atendimento psicológico, já que não se conseguira na Clínica de Fonoaudiologia, somente com o tratamento fonoaudiológico, grandes progressos. A paralisia das cordas vocais era devida ao fato de, segundo a mãe, a criança ter recebido um péssimo atendimento hospitalar quando contava com 9 meses de idade. Na época, José fora tratado como tendo sarampo, mas tinha, na verdade, broncopneumonia. Teve convulsões e precisou ser “entubado”, o que provocou problemas nas cordas vocais. Segundo a mãe, o desenvolvimento da criança ficou comprometido a partir daí. Ficou em coma durante uma semana e um mês e meio hospitalizado. Segundo a mãe, quando a criança veio para casa, aos 9 meses, tinha um choro rouco. Não foi amamentado, pois o “leite secou”. Sentou com 2 anos e andou aos 3. Desde os 9 meses, época da hospitalização, fez vários eletros e tomografia. Todos os resultados foram normais. Aos 2 anos, o médico neurologista encaminhou-o para psicomotricidade porque ele não andava, e os resultados positivos foram imediatos. Nessa época, a mãe engravidou de seu segundo filho e foi quando José adquiriu o controle dos esfíncteres. A educação da criança sugere rigidez desde os primeiros meses, por exemplo, a mãe não deixava a criança se sujar e não permitia que brincasse na areia, mesmo quando pequeno, com 1 ano e, também, mais tarde, aos 4 anos. A mãe alegava que não tinha muito tempo para limpá-lo. No Centro de Saúde José fez ludoterapia, psicomotricidade e terapia ocupacional durante um ano. Esteve em tratamento com a fonoaudióloga no centro, mas esta, após oito meses de trabalho, resolveu encaminhá-lo para a terapia ocupacional, em razão de que a criança não mostrava progressos; brincava apenas com um carrinho que ia e vinha. A justificativa da fonoaudióloga mencionada foi que era difícil trabalhar as cordas vocais sem emissão. Além disso, ele não aceitava ser examinado. A fonoaudióloga não sabia se ele a entendia. Com a terapeuta ocupacional, a criança mostrou significativos

progressos, principalmente com relação ao trabalho que esta oferecia à criança com respeito à vida prática. José passou a manter um diálogo, após mais ou menos dois meses. Além disso, com a terapeuta ocupacional passou a desenhar e comunicar o que fazia. A terapeuta ocupacional montava com ele alguns brinquedos, por exemplo, uma casa, e solicitava que falasse sobre o que fizera. Na época da avaliação, a equipe estava pensando em retomar a fono, considerando seu momento de alfabetização, mas não sabia em que nível, pois José era uma criança que, segundo a fonoaudióloga, parecia trabalhar muito no nível concreto, por exemplo: para rato dizia que *“faz comê queijo”*, para cavalo dizia que *“faz comê capim”*. Se lhe era perguntado se eles eram bichos, dizia que *“não”*. O neurologista do Centro de Saúde nos informou em reunião que o atraso no andar levava a uma suspeita de lesão neurológica, muito embora os exames provassem o contrário. Ele considerava que a hospitalização de José, associada ao período de coma, devia ter deixado algum tipo de sequela.

TRANSCRIÇÃO DA HORA LÚDICA

Ao apresentar o enquadre a José, ele apenas olhava-me seriamente, mas sem responder às minhas perguntas, por exemplo, nada respondeu quando lhe perguntei se ele sabia o motivo que o trouxera ali. Explico-lhe, então, os motivos pelos quais estava ali, o que seria realizado após nosso encontro, e, depois da apresentação dos materiais, ele sorri e passa a interagir com eles.

Inicialmente, pega os cavalos e os carrinhos e coloca-os lado a lado, ou seja, faz uma fileira de cavalos e outra de carrinhos. Depois, pega somente os carrinhos e põe um ao lado do outro. Pega, então, os outros bichos, coloca-os em pé e depois os arruma em círculo, um atrás do outro. Pergunto o que ele estava fazendo, mas tive de formular a pergunta de outra maneira, pois parecia não compreender. Disse-lhe apontando para os bichos:

— O que é isso que você fez? Ele responde, então:

— É uma bola. Os bichos estão rodeando. Eles gostam.

José tira, então, o jacaré desse círculo (que disse ser uma bola). Solicito para que fale sobre o que tinha ocorrido, muito embora tivesse de formular a pergunta de várias maneiras, por exemplo:

— Por que você tirou o jacaré?

— Por que você tirou esse daqui?

— O que houve?

A criança olhava-me atentamente, até que respondeu:

— Foi preso esse aqui. (Aponta para o jacaré.)

— Por que foi preso?... O que ele fez?...O que aconteceu para prender ele?

A criança não responde.

Faz uma montagem. Peço novamente para ele me dizer o que estava fazendo. Responde:

— É uma entrada para entrar na igreja.

— Onde é a entrada?

— Aqui! (Mostra o topo de sua montagem.) Entra aqui. Tem gente na igreja e estão rezando. Depois estão indo em casa, se trocando para ir na igreja.

— Como assim? (Não responde.)

Apenas repito o que havia dito:

— As pessoas estão na igreja e depois vão se trocar para ir na igreja.

Ele repete:

— Elas estão lá e vão se trocar para ir lá, aqui, lá na igreja.

Coloca, então, o telhado na igreja. Observo sincinesias, o movimento que fazia com a mão direita sobre os materiais era seguido pela mão esquerda no vazio. Pega o avião, aproxima-o do círculo de animais que fez anteriormente, o faz sobrevoar os bichos e diz:

— Não dá pra caber. (Refere-se ao avião, que diz não caber no círculo, mas que, na verdade, cabe.)

Tento esclarecer, pois talvez ele estivesse pensando em uma aterrissagem do avião, mas ele não respondia. Por exemplo, fiz o

movimento de aterrissagem, perguntando-lhe se não cabia por isso, mas ele apenas olhava-me e sorria.

Pega um carrinho e o faz andar sobre a mesa. Diz:

— Tá louco. É do homem.

— Quem está louco? Pergunto.

— Homem. (Aponta para o carrinho.)

— Por que está louco? Pergunto.

— Tá dor de ouvido.

Observo que ele não usa a palavra “porque”. Põe um homem no cavalo e faz andar sobre a mesa e cair. Pega a girafa e diz que tem uma girafa dessa. Põe novamente o carro em movimento sobre a mesa. Então, diz:

— O carro indo passeando na igreja, aqui dentro.

— Como assim? Eles foram com o carro dentro da igreja?

— É. Chegaram. De repente foram embora buscar o troféu para o jogo e pôs na igreja. Aqui. (Mostra a montagem da igreja.)

— Que jogo? (Pergunto.)

— Do Corinthians. Aí brigou.

— Por quê?

— O troféu era dele. O outro pediu. O troféu era dele. O outro ganhou o jogo e não queria dar o troféu.

— Como termina a história?

— Ah! Uma e meia. Pronto, termina história.

Põe os carros em movimento novamente. Diz que vão para casa.

— Veio trem e explodiu carro e o cara morreu. Todos morreram. Veio a ambulância e agora vai levar hospital.

José pega o avião, larga. Diz:

— Vai operar, puf! Estourou a barriga. Aí vai operar e vai encher de fumaça na rua. A barriga estourou. Aí, os carros vão embora. Aí, tinha ônibus. Aí, bateu. Aí, vem o avião, pega o homem que morreu. Vai levá para o hospital.

— Por quê?

— Prá enterrá. O avião parou perto do rodeio e bateu o relógio. (Referia-se ao avião que sobrevoava a igreja e o rodeio.) Tá indo pro Paraguai.

— Fazer o quê?

— Ah! eu já peguei o homem. Vou levar pro Paraguai no hospital.

ANÁLISE LUDODIAGNÓSTICA

Aspectos cognitivos

Inicialmente, ao tentar colocar os cavalos lado a lado com os carrinhos, poderíamos pensar em um esboço de uma cena lúdica, mas a “cena” não aparece.

O problema é que a criança nada esclarece. E aqui verificamos a importância da verbalização das crianças em nossas análises. Podemos dizer que a criança, inicialmente, interage com os objetos no plano da experimentação, mas não deixa claro nas ações que conhece seus significados ou que está montando uma cena, como a definimos. Ou, ainda, que inicialmente a criança tenta organizar os materiais enfileirados lado a lado, obedecendo a uma certa ordenação, muito embora não possamos dizer que nessa construção haja uma organização adequada ao real, pois qual seria a relação entre os bichos ou entre os carrinhos? Observamos, no máximo, uma correspondência termo a termo.

Observamos que a criança tem a possibilidade de ação lúdica na medida em que, mais tarde, irá fazer uma construção (a da igreja). No entanto, a construção é caótica e dublada por um discurso também caótico.

Na “pseudocena” da igreja, verificamos nitidamente seu comprometimento na organização espacial e temporal. Por exemplo:

“... — É uma entrada para entrar na igreja.

— Onde é a entrada?

— *Aqui! (Mostra o topo de sua montagem.) Entra aqui. Tem gente na igreja e estão rezando. Depois estão indo em casa, se trocando para ir na igreja...*

— *Elas estão lá e vão se trocar para ir lá, aqui, lá na igreja...*”

Há uma construção lúdica expressa, mas a situação e o desenrolar desta são confusos. O antes e o depois se confundem com o agora. A criança utiliza os verbos no passado, mas isso não indica, aqui, a noção de tempo como definimos anteriormente.

“... — *O carro indo passeando na igreja, aqui dentro.*

— *Como assim? Eles foram com o carro dentro da igreja?*

— *É. Chegaram. De repente foram embora buscar o troféu para o jogo e pôs na igreja. Aqui. (Mostra a montagem da igreja.)*

— *Que jogo? Pergunto.*

— *Do Corinthians. Aí brigou...*”

Na montagem da igreja, verificamos, observando suas ações e seu discurso, que não há uma organização espacial, pois à medida que a criança age e verbaliza, identificamos a desorganização do espaço. Por exemplo, a entrada da igreja está no chão, a “porta” está no teto. O troféu vai para a igreja, mas José não justifica o que diz. Não é porque o troféu está na igreja que a criança apresenta falta de organização espacial, mas sim porque a criança liga duas possíveis situações sem nenhum estabelecimento de relação.

“... — *Veio trem e explodiu carro e o cara morreu. Todos morreram. Veio a ambulância e agora vai levar hospital.*”

José pega o avião, larga. Diz:

— *Vai operar, puf! Estourou a barriga. Aí vai operar e vai encher de fumaça na rua. A barriga estourou. Aí os carros vão embora. Aí tinha ônibus. Aí bateu. Aí vem o avião pega o homem que morreu. Vai levá para o hospital.*

— *Por quê?*

— *Prá enterrá...*”

Um homem é levado para o hospital para enterrar: “*vai operar e encher de fumaça na rua.*” Os eventos estão conectados, mas não relacionados.

Tudo se passa como se a criança misturasse “cenas”; as imagens não estão organizadas em uma sequência temporal. Portanto, a causalidade apresenta-se também comprometida. Sem uma organização temporal, não poderia haver uma causalidade. A não utilização da palavra “porque” associada a essa desorganização espaço-temporal pode ser considerada como indicativo da falta da noção de causalidade adequada, conforme o definimos. A criança apenas coliga fenômenos.

Há momentos em que pode parecer ao leigo que há uma relação entre um antecedente e um conseqüente, por exemplo, quando a criança diz que “*veio trem*”, “*explodiu carro*”, “*o cara morreu*”, “*veio ambulância e agora vai levar hospital*”, mas falta o conectivo ou um verbo indicando o vínculo causal. Ele justapõe acontecimentos, e o conectivo que emprega é o “e”, jamais o “porque”. Portanto, essa criança também não estabelece relações causais.

Aspectos afetivos

Se tomarmos essa sessão analisando o momento da criança em que vem para um lugar, no caso o Laboratório de Epistemologia e Reabilitação Psicossocial do IP-USP, e ao mesmo tempo está fazendo terapias no Centro de Saúde Infantil, é possível que seja para ela uma situação pouco clara e ameaçadora, considerando até que já passara por outras instituições que a dispensaram.

Na montagem do círculo de bichos, com a retirada do jacaré, podemos dizer que a criança parece reconhecer que algo de errado se passa com ela e que precisa ser afastado, no caso, o jacaré. Esse círculo de bichos parece conter elementos primários significativos. Ou ele está com algum problema que precisa ser afastado (representado pelo jacaré que é retirado) ou existe algo que não pode entrar (representado pelo avião que não cabe). Aqui, poderíamos levantar a hipótese de que a problemática afetiva da criança esteja relacionada a momentos muito primários de vida, associados a sua relação materna prejudicada desde os primeiros momentos de sua vida.

Apesar de suas tentativas mágicas de solução do problema expressas pela situação da igreja, sua doença, sua loucura, estão associadas ao fato de não poder ouvir. Ou seja, está associada a algo que tem a ver com a comunicação. Se não pode ouvir, então as trocas interpessoais estão prejudicadas. Essa problemática interpessoal continua sendo expressa na briga pelo troféu.

Mas o que podemos dizer dessa criança, até o momento, é que seus comportamentos são de uma criança muito imatura para sua idade. A brincadeira que realiza com os bichos, dizendo que é uma bola, bem como seu discurso confuso dizendo que a entrada da igreja é no topo da mesma, já nos indicam um caso difícil.

Além disso, há a constatação de suas dificuldades motoras (sincinesias) e um exame neurológico que nada acusa.

Na situação da igreja, há elementos que podem colaborar na formulação de algumas hipóteses:

Há fantasias de competição. As pessoas brigam pela posse do troféu, ou seja, a partir desse momento começam a aparecer aspectos trágicos, por exemplo, trem que explode, barriga que estoura, pessoas que morrem, etc., ou seja, a partir da situação de competição, as angústias são expressas. Isso nos faz pensar em uma criança da fase anal, na qual as relações de objeto (no sentido psicanalítico) estão impregnadas de significações, pela posse e destruição de algo. A angústia parece não ser suportada pela criança e ela termina a história, o que pode ser indicativo de que a angústia tornou-se intolerável.

Isso nos faz pensar que a problemática da criança esteja situada a esse momento de vida (fase anal). Algo ocorreu com José naquela etapa do desenvolvimento e não foi elaborado. Ora, temos nas informações da mãe que foi naquele período, aos 2 anos de José (quando da educação esfinteriana), que ela engravidou novamente. A barriga que estoura, dentro desse conjunto de associações, nos faz pensar que a problemática da criança refere-se a uma etapa do desenvolvimento que não foi

resolvida, associada à gravidez e ao nascimento da irmã. Assim, podem decorrer suas fantasias de ódio e de destruição.

Na relação com a terapeuta, parece ser uma criança que se mostra disponível, ou seja, apesar de não responder às perguntas, sorri. Embora caoticamente, responde às solicitações. Além disso, parece ser uma criança que, de alguma forma, registrou flashes de informações veiculadas na sociedade: ir para o Paraguai de avião, por exemplo.

Esperanças de cura são expressas na “cena” do hospital. Mas as fantasias oscilam entre tentativas de sobrevivência e morte. O que indica a expressão de um mundo interno ameaçador e muito primitivo.

CONCLUSÃO LUDODIAGNÓSTICA

Trata-se de uma criança que não construiu adequadamente as noções espaço-temporais e causais. Tem problemas afetivos graves que se manifestam no comportamento e no discurso. Os vários exames neurológicos nada detectaram, embora um dos vários neurologistas que o examinaram tenha admitido algum distúrbio neurológico não detectável. Outro neurologista indicou psicomotricidade. No Derdic indicaram tratamento fonoaudiológico e ludoterapia. José fez ambos tratamentos sem nenhum resultado.

Nosso diagnóstico: não construção adequada das noções espaço-temporais e causais.

Encaminhamento: ludoterapia

Uma ludoterapia deve ser oferecida a essa criança, levando em conta sua problemática cognitiva. Uma ludoterapia clássica com interpretações pode trazer prejuízos a essa criança. A ludoterapia deve considerar sua etapa de desenvolvimento, ou seja, seus 2 anos de idade, expressos na representação lúdica.

O que queremos ressaltar, no caso de José, é que em uma visão psicanalítica poderíamos interpretar todos os problemas que aparecem no discurso e na ação de José como uma questão afetiva, o que, a nosso

ver, não é verdade. É diferente a criança ter problemas afetivos no discurso e não ter a noção de espaço, de tempo e de causalidade.

AS PESQUISAS NO LABORATÓRIO DE EPISTEMOLOGIA GENÉTICA E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO IP-USP: LUDODIAGNÓSTICO E O PSICODIAGNÓSTICO

Nosso método nesses anos consiste em analisar os prontuários de avaliação psicológica de clínicas psicológicas de crianças de 2 a 14 anos, procurando identificar, na análise das representações da criança na *hora lúdica diagnóstica*, as noções de espaço, tempo e causalidade. Analisamos as observações lúdicas, comparamos com os resultados dos testes psicológicos, analisamos também se os testes psicológicos podem fornecer essas informações cognitivas, comparamos com as conclusões diagnósticas dos psicodiagnósticos, enfim, verificamos se essas análises são significativas e se em outros instrumentos de avaliação psicológica o profissional pode dispor dessas informações cognitivas. Até o momento, analisamos quase 700 prontuários de clínicas infantis, além de aplicarmos instrumentos psicológicos em populações de escolares, considerados normais, sendo até o momento registros de 450 crianças.

Constamos a relevância dessa pesquisa em relação ao estudo da Técnica Expressiva Ludodiagnóstica, considerando que ela faz parte, como instrumento de avaliação diagnóstica, de praticamente todos os prontuários consultados nas clínicas infantis. Em segundo lugar, para a avaliação psicológica é utilizado o Teste Gráfico Projetivo HTP e, em terceiro lugar, aparecem os testes psicométricos de avaliação intelectual e/ou outras técnicas projetivas, como o DAP.

Partiu-se do pressuposto de que nem sempre é possível identificar ou analisar as representações de espaço, tempo e causalidade por outros

instrumentos projetivos, logo, aplicamos o desenho aperceptivo da pessoa (DAP) e ludodiagnóstico com crianças “normais” para verificar a legitimidade ou não, bem como a importância e relevância da técnica lúdica como instrumento técnico de avaliação diagnóstica dessas noções cognitivas. A escolha dessa investigação com uma “população normal” para esse fim indicaria, segundo nossos pressupostos, e contrariando a hipótese anterior, uma melhor predisposição e qualidade na expressão da representação, logo, encontraríamos maior possibilidade de análise dessas noções, além do fato de servirem de parâmetros com outros dados da pesquisa como um todo.

Verificamos que por meio do instrumento projetivo DAP apenas podemos constatar a presença das noções espaço-temporais e causais, mas não conseguimos identificar a especificidade da análise de cada uma delas, logo, não é possível detectar essas noções nem pelo desenho nem tampouco pela linguagem verbalizada nos inquéritos ou histórias, daí a relevância dessa pesquisa, pois esses resultados indicam a importância da utilização da técnica ludodiagnóstica como instrumento de análise dos aspectos cognitivos, além dos afetivos.

Solicitar que uma criança desenhe uma figura humana não sugere ação, ao contrário, na hora lúdica há elementos de ação. A criança pode lembrar ou construir cenas representando sua vida, encadeá-las em situações diversas, representá-las em ações verbalmente.

Ao solicitarmos que a criança desenhe uma figura humana, ela pode estar tão identificada com a figura que pode não conseguir dar-lhe *movimento imagístico*, assim, concluímos que, se a ação não é explícita, não é possível afirmar que se não encontrarmos as noções cognitivas é porque a criança está comprometida. Portanto, os resultados indicam a não aplicação desses instrumentos a nossos propósitos diagnósticos.

No entanto, é possível encontrar crianças que se desprendam dessa situação estática proposta nesses testes e demonstrem a presença dessas noções. Assim, pudemos verificar que há um número considerável de sujeitos com essas noções espaço-temporais e causais. Nas populações

estudadas, encontramos, de um total de 228 sujeitos, 54% com todas as noções indicando que em uma amostra da população “normal” é possível encontrar sujeitos sem comprometimento cognitivo, tal como esperávamos encontrar.

Há casos atendidos em clínicas cujas queixas envolvem agitação, agressividade, hiperatividade funcional e que, em nosso entender, têm relações com as noções de espaço, tempo e causalidade. Crianças que apresentam comprometimento nas noções, em nossas investigações (AFFONSO, 1998), comumente apresentam tais dificuldades, logo, trata-se de um aspecto cognitivo a ser investigado pelo profissional e dificilmente detectado pelos profissionais, como temos constatado.

Verificamos na análise descritiva estatística de uma população de 202 sujeitos atendidos em clínicas, uma porcentagem válida de 29,7% de crianças que apresentaram queixas de agressividade acompanhadas de distúrbios de socialização (DSO) e de distúrbios de aprendizagem (DA), distúrbios de aprendizagem relacionados às lições de casa (DALiç), distúrbios de aprendizagem relacionados aos problemas de linguagem, tal como dificuldade de fazer uma redação (DALiç); e distúrbios de aprendizagem relacionados a déficits de atenção (DATç), todas com uma frequência válida de 8,9, o que foi muito significativo. Esses problemas parecem fazer parte, em sua maioria, de dificuldades no processo de socialização e, dessa forma, apontam para a necessidade de o profissional estar preparado para tal e, em nosso entender, a análise dessas noções colabora com esse diagnóstico do aspecto da socialização dos indivíduos.

Comumente a conclusão diagnóstica reúne as inferências obtidas a partir dos resultados de todos os instrumentos analisados: entrevistas com os pais, anamnese da criança, resultado do ludodiagnóstico e dos testes ou procedimentos utilizados. É muito comum na conclusão diagnóstica encontrarmos várias informações da análise dos sintomas apresentados. Inicialmente, registramos uma síntese desses dados que posteriormente foram classificados em conclusões com aspectos

cognitivos ou não cognitivos. Consideramos conclusões cognitivas aquelas que fazem referência à compreensão de qualquer aspecto cognitivo do cliente, por exemplo, constatou-se que as dificuldades escolares estão relacionadas a dificuldades de natureza cognitiva, considerando que ainda não desenvolveu as estruturas exigidas pelas atividades. Esse atraso se deve à falta de estimulação do ambiente. As conclusões não cognitivas, aquelas que se referem à compreensão de problemas afetivos, familiares ou interpessoais, por exemplo, a criança apresenta um distúrbio cognitivo em função da dinâmica familiar conturbada, impedindo-a de interagir satisfatoriamente com o meio, proporcionando um bloqueio ou inibição de natureza afetiva. Diante das inúmeras informações encontradas nos prontuários das crianças em relação à conclusão diagnóstica, tal classificação é muito relativa e restrita de resultados, mas teve como objetivo identificar os profissionais que consideram os aspectos cognitivos em suas análises conclusivas, comparando-os com a análise das noções espaço-temporais e causais.

Ao verificarmos a análise conclusiva de um total de 280 prontuários dos casos atendidos, a utilização desse instrumento parece tornar-se evidenciada e de extrema relevância em nosso estudo. Enquanto os outros profissionais dessas clínicas consideram em suas conclusões diagnósticas apenas 14% de comprometimento cognitivo, a pesquisadora identifica em 56% dos casos por ela acompanhados, de um total de 101 sujeitos, com comprometimentos cognitivos.

Também verificamos que é muito significativo o número de sujeitos com comprometimento nas noções de espaço, tempo e causalidade, na análise da técnica ludodiagnóstica, em média 50% em quase todos os grupos analisados. Além disso, foi surpreendente encontrar nas crianças normais uma porcentagem tão alta de crianças com comprometimento em torno de 57% (vide Gráfico 5.1).

Mas o que comentar sobre essa incidência tão semelhante no comprometimento dessas noções na população das clínicas e das crianças consideradas “normais”?

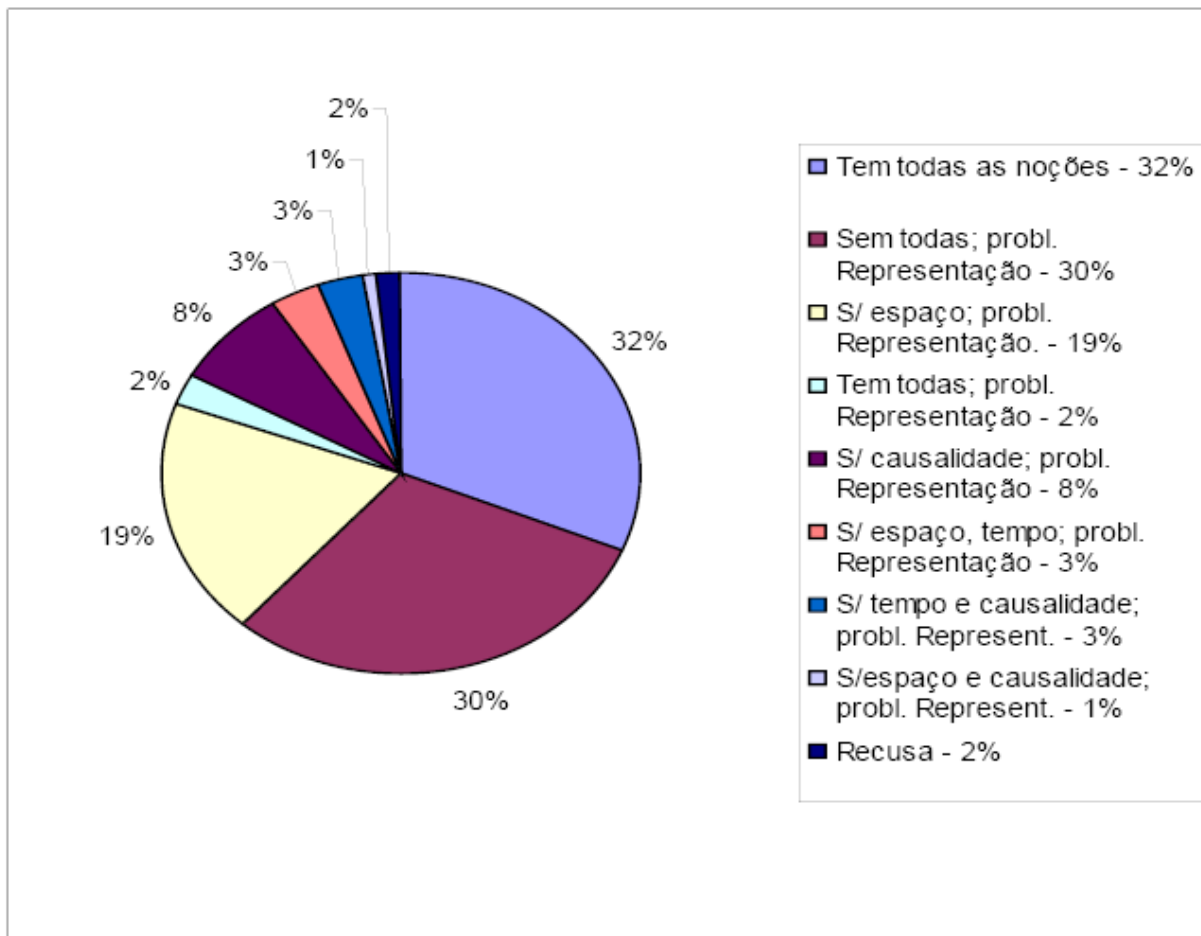


Gráfico 5.1. Análise das noções espaço-temporais e causais de 123 prontuários de crianças “normais” submetidas ao ludodiagnóstico em escola particular.

O que é “normal”? É a criança que não é agressiva? Aquela que, apesar dos comprometimentos, consegue “burlar” ou esconder suas dificuldades cognitivas? Aquela que não apresenta dificuldades de aprendizagem? Aquela que não é detectada pela escola particular?

Em relação ao sexo, constatamos uma incidência maior de meninos com comprometimentos nas noções espaço-temporais e causais do que nas meninas na população das clínicas. Em uma população de 123 sujeitos considerada “normal”, ou seja, prontuários de crianças de escolas nas quais foi aplicado o instrumento lúdico, 63% são do sexo masculino. Verificamos que 39% deles apresentam comprometimento nas noções espaço-temporais e causais, indicando que a variável sexo é muito importante.

Portanto, o estudo da técnica ludodiagnóstica associada ao psicodiagnóstico em clínicas, bem como suas comparações com crianças normais têm demonstrado a relevância do instrumento na medida em que possibilitam conclusões sobre a importância de sua utilização no esclarecimento de diagnósticos, bem como no estudo de seus limites na qualidade de instrumento de avaliação psicológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esses resultados nos permitem dar maior relevância às técnicas expressivas, tal como o ludodiagnóstico, permitindo comprovar o que temos estudado nestes 20 anos, da importância da técnica lúdica como instrumento projetivo de investigação clínica, particularmente, das investigações diagnósticas das estruturas mentais necessárias para o processo de socialização, bem como da compreensão sobre os elementos que envolvem a capacidade simbólica de uma criança.

Muitas vezes, a queixa em uma avaliação psicológica pode já estar direcionada a investigações de falhas cognitivas, mas nem sempre. O fato de a criança não conseguir falar, fazer uma redação, compreender as instruções de um problema, expressar suas dificuldades, formular perguntas e, ao mesmo tempo, ser agressiva, hiperativa, não interagir com seus pares, se deve às *intercorrências* ou conflitos do meio ou porque, simplesmente, não tem as estruturas necessárias para tal?

Uma criança com comprometimento na construção das noções de espaço, tempo e causalidade pode ter problemas afetivos graves. Obviamente, a recíproca não é verdadeira: uma criança pode ter construído tais noções e ter problemas afetivos graves por outras razões. Por isso, antes de iniciar uma ludoterapia clássica sugerimos um trabalho de investigação das noções de espaço, tempo e causalidade. Contudo, é preciso esclarecer que o fato de o problema cognitivo ser superado não implica que os problemas afetivos por ele determinados também o sejam. O psicólogo que usa a hora lúdica como instrumento de suas

investigações deve estar apto a diagnosticar o nível de construção dessas noções pela criança, para um encaminhamento adequado.

A grande questão, portanto, é que crianças com esse tipo de problema cognitivo não se beneficiam da ludoterapia clássica para reorganizar sua vida afetiva. Acreditamos que isso se deva à dificuldade de representação do mundo. A representação caótica (devido ao comprometimento nas noções espaço-temporais e causais) só poderá deixar de sê-lo graças a um trabalho específico para a aquisição dessas noções. Daí a necessidade de análise dessas noções, para não confundirmos comportamentos determinados por essa falha no processo de cognição com sintomas neuróticos, psicóticos ou possível deficiência cognitiva.

Esperamos ter deixado claro – mas nunca é demais repetir – que nossa convicção é que o especificamente afetivo está intimamente relacionado com o processo de cognição, embora saibamos que essas relações ainda sejam de difícil compreensão.

O psicoterapeuta, muitas vezes, não consegue entender ou fundamentar seu trabalho na perspectiva dessa interdependência entre afeto e cognição. Por exemplo, ao não conseguir, em um tratamento ludoterápico, obter os resultados esperados, passa a trabalhar de modo diferente, “desrespeitando o *setting*” terapêutico ou até fazendo críticas ao modelo de trabalho utilizado até então.

A questão está no estudo dos pressupostos teóricos de nossas técnicas de intervenção e, principalmente, no estudo do diagnóstico de nossos clientes e que dizem respeito às investigações das relações entre afeto e cognição tal como estudadas por vários pesquisadores: Anthony (Estados Unidos), Green (França), Imbasciati (Itália), Bion (Inglaterra).

Podemos afirmar, com os resultados que temos encontrado em nossas pesquisas sobre o ludodiagnóstico, que esses indicadores para o diagnóstico de crianças com problemas na representação da construção do real constituem o diagnóstico das possibilidades de a criança se apropriar de sua existência, de sua história e do meio do qual faz parte,

nem sempre possíveis de avaliação por determinados instrumentos clínicos.

Consideramos que a importância de nossas pesquisas também apresenta valor significativo, principalmente no que se refere ao estudo sobre os quadros sensoriais mencionados por Piaget (1973; 1976) ao estudarmos o narcisismo. Acreditamos que para certas pessoas os quadros sensoriais vividos nos primeiros meses de vida pelo bebê marcam de tal forma a vida do indivíduo de modo que todos os estágios subsequentes são reinterpretados sob a luz destes, ou seja, podemos reconhecê-los no material clínico, mencionados ou vividos pelo cliente em seu processo terapêutico.

Um universo sem objetos é um mundo cujo espaço em nada constitui um meio sólido, limitando-se a estruturar os próprios atos do sujeito; é um mundo de quadros em que cada um pode ser mais ou menos conhecido e analisado, mas que desaparecem e reaparecem de modo caprichoso. Do ponto de vista da causalidade, é um mundo tal que as conexões das coisas entre elas são mascaradas pelas relações entre a ação e seus resultados desejados; a atividade do sujeito é concebida, então, como o primeiro e quase o único motor. No que diz respeito, enfim, aos limites entre o eu e o mundo exterior, um universo sem objetos é um universo em que o eu se absorve nos quadros externos, pelo fato de ignorar a si próprio, mas em que também esses quadros se centram no seu, por não o conterem como uma coisa entre as outras coisas e não serem, assim, mantidas entre aquelas relações independentes dele...

[...] o que o sujeito reconhece é a sua própria reação, antes que seja o objeto como tal... O reconhecimento, portanto, começa por ser subjetivo, antes de ser reconhecimento de objetos, o que não impede, naturalmente, que o sujeito projete a percepção reconhecida no universo indiferenciado da sua consciência 'adualística'. (PIAGET, 1937, p. 11-14).

Entretanto, o estudo sobre os quadros sensoriais descritos por Piaget ainda é um aspecto que chegou a ser discutido, particularmente com o Professor André Green, por intermédio da professora Zelia Ramozzi-Chiarottino, mas ainda muito pouco estudado.

Piaget, ao observar bebês a partir do nascimento, detalhou em vários e exaustivos estudos todo um processo de desenvolvimento, o que permitiu a ele construir sua teoria. Para entendermos o ser humano, vários teóricos, como Freud (1973b; 1973c; 1973d; 1973e; 1973f), Bion (1967; 1991), entre outros, voltaram-se para os estudos sobre o funcionamento mental das primeiras fases do desenvolvimento. Dessa forma, considerar o desenvolvimento como esses teóricos parece-nos algo imprescindível do ponto de vista clínico.

Gostaríamos de finalizar com algumas colocações de Green (1990, p. 159): “[...] quando na análise há um momento em que o paciente pode dizer ‘sou eu’, o fim da análise está próximo.”

Ajudar os sujeitos a chegar a esse patamar exige um processo e um conhecimento que para nós muitas vezes implica desafios, e as pesquisas, seja no estudo da intersubjetividade seja nos estudos sobre a construção de modelos sobre os processos mentais, são para o estudioso da relação afeto-cognição algo que nos parece inevitável. Para tal tarefa, a investigação diagnóstica exige ultrapassar os muros corporativos ou preconceituosos, bem como os limites dos nossos referenciais teóricos.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós, 1978. (Original de 1962).

AFFONSO, R. M. L. *Ludodiagnóstico: a teoria de J. Piaget em entrevistas lúdicas para o diagnóstico infantil*. Taubaté: Cabral, 1998a.

_____. Ludodiagnóstico: as noções espaço-temporais e os critérios para elaboração afetiva. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE EPISTEMOLOGIA GENÉTICA. 5., São Paulo: 1998.

_____. Aspectos cognitivos no processo ludoterápico: a importância do “não” e da representação. *Psikhê* [UniFMU], v.4, n. 2, p. 9-14, 1999.

_____. et al. Reflexão sobre estratégias para a aplicação das etapas do processo psicodiagnóstico nos vários contextos sociais. CONGRESSO DE PSICOLOGIA CLÍNICA. 1., 2001, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001. p. 66-70. Parte I.

ANTHONY, E. J. Piaget et le clinicien. In: _____. *Psychologie et épistémologie génétiques: thèmes piagétiens*. Paris: Dunod, 1966, p. 338-352.

ANZIEU, D. *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

BLEGER, J. *Temas de psicología: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

- BION, W. *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Horme, 1967.
- _____. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Original de 1962).
- BROUGÈRE, G. *Brinquedo e cultura*. São Paulo: Cortez, 2000.
- EFRON, A. M. et al. La hora de juego diagnóstica. In: OCAMPO, M. S. et al. *Las técnicas proyectivas y el processo psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1976. v. 1, p. 195-221.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FREUD, S. La interpretación de los sueños: tres ensaios para una teoria sexual. In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973a. v. 1, p. 343-720. (Original de 1900).
- _____. Tres ensayos para una teoria sexual. In: FREUD, S. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973b. v. 2, p. 1169-1237. (Original de 1905).
- _____. Analisis de la fobia de un niño de cinco años. In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973c. v. 2, p. 1365-1440. (Original de 1909).
- _____. Mas alla del principio del placer. In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973d. v. 3, p. 2057-2541. (Original de 1920).
- _____. El yo y el ello. In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973e. v. 3, p. 2701-2728. (Original de 1923).
- _____. La negación. In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973f. v. 3, p. 2884-2886. (Original de 1925).
- GREEN, A. *Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites*. Rio de Janeiro, Imago, 1990.
- GREENSPAN, S. I.; GREENSPAN, N. T. *Entrevista clínica com crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- HINSHELWOOD, R. D. *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KLEIN, M. A personificação nos jogos das crianças. In: _____. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1970, p. 269-282. (Original de 1929).
- _____. *Psicanálise da criança*. São Paulo, Mestre Jou, 1975. (Original de 1932).
- _____. A técnica psicanalítica através do brinquedo: sua história e significado. In: _____. et al. *Novas tendências na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, p. 25-48. (Original de 1955).
- KORNBLIT, A. Hacia um modelo estructural de la hora de juego diagnóstica. In: OCAMPO, M. S. et al. *Las técnicas proyectivas y el processo psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1976.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Moraes, 1977.
- MENICHETTI, D A *Observação lúdica e o psicodiagnóstico compreensivo: aplicações do Referencial de Análise do Procedimento de Desenhos-Estórias*. 208 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- PIAGET, J. _____. *L'épistemologie du temps*. Paris: Universitaires de France, 1966.
- _____. *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973. (Original de 1937).
- _____. *La formation du symbole chez l'enfant*. Neuchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé, 1976. (Original de 1946).

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. *Psicologia e epistemologia genética de Jean Piaget*. São Paulo: EPU, 1988. (Temas básicos de psicologia, v. 19).

SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. et al. *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993.

SOIFER, R. *Estúdio de la entrevista de juego diagnóstica con niños*. São Paulo, 1974. 12 p. Mimeografado.

_____. *Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TARDIVO, L. S. Análise e interpretação In: TRINCA, W. et al. *Formas de investigação clínica em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

_____. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: EPU, 1987. (Temas básicos de psicologia, v. 18).

TUSTIN, F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

6. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS DE ADOLESCENTES EM LUTO

Monica Maria de Angelis Mota

Elisabeth Batista Pinto Wiese

Em nossa cultura, é sempre difícil falar de morte, pois trata-se de um tema ainda estigmatizado na sociedade ocidental contemporânea e que permanece quase como um tabu, embora essa seja uma experiência inerente à condição humana.

Nesse contexto, expressar-se com relação à perda de uma pessoa querida é uma atitude pouco estimulada, comumente reprimida, já que manifestações de luto tendem a ser percebidas como constrangedoras, associadas à fraqueza de caráter do enlutado (DOMINGOS, 2000; DOMINGOS; MALUF, 2003).

Contudo, a morte de uma pessoa amada é uma das experiências mais dolorosas para o ser humano e evoca, além da perda em si, a ideia de aproximação da própria morte, representando uma ameaça à integridade do sujeito, além de acarretar para o enlutado uma série de outras perdas com as quais ele terá de lidar (BROMBERG, 2000).

Em suas teorias sobre o vínculo, nas quais foram articulados conceitos da psicanálise e etologia, Bowlby (2004) postulou o luto (em inglês, *mourning*) como o trabalho psíquico de elaboração da perda de um ente significativo, independentemente de seus resultados, e é com esse sentido que o termo *luto* será utilizado neste texto.

No entanto, apesar de ser uma reação natural, e até mesmo esperada, diante do rompimento de uma relação significativa, o processo de luto requer do enlutado um profundo ajustamento, provocando os mais variados, profundos, intensos e primitivos sentimentos, como angústia, raiva, arrependimento, culpa, saudade, medo e tristeza.

O reconhecimento da importância do estudo desse tema no campo da saúde mental tem motivado psicanalistas e psiquiatras a pesquisarem as relações entre os distúrbios psiquiátricos e a perda da pessoa amada, sobretudo quando esta ocorre precocemente e se refere a figuras de apoio, como a mãe e/ou o pai, frequentemente considerada um fator de vulnerabilidade para muitos dos problemas psiquiátricos da vida adulta (BOWLBY, 2004).

Desse modo, para crianças e adolescentes que perdem um dos genitores, ou ambos, figuras que para eles têm valor de sobrevivência, o luto pode suscitar uma intensa ansiedade (ansiedade de separação) e vir a influenciar a maneira como o sujeito lidará com seus vínculos e perdas futuras (BOWLBY, 2004; BROMBERG, 2000; PARKES, 1998).

Na adolescência, especificamente, embora o jovem possua mais recursos que a criança para administrar a própria vida, é difícil para ele lidar concomitantemente com a perda significativa de um ente querido e as demandas inerentes a sua etapa de vida (DOMINGOS, 2000; DOMINGOS; MALUF, 2003; MOTA, 2008; PEREIRA, 2004).

Consequentemente, o luto não resolvido na adolescência tem sido associado à depressão, a doenças crônicas, a intensas reações clínicas, como culpa, e a prejuízos significativos na autoestima, na performance escolar e profissional e nas relações interpessoais (BALK; CORR, 1997).

A ADOLESCÊNCIA

O adolescente, hoje, vive em um mundo globalizado, pautado por constantes inovações tecnológicas, pela comunicação virtual, pela violência urbana e pela oferta abundante de sexo, drogas e álcool, bem como pela necessidade premente de realização pessoal, de prazer, de consumo e do viver livre de pressões, o que favorece o individualismo e a sensação de vazio (LIPOVETSKY, 2005).

Nos últimos tempos, o interesse e a preocupação para com os adolescentes intensificaram-se, tanto pelo fato de esse grupo constituir um importante e crescente segmento da população em nosso país – eles somam cerca de 35 milhões (IBGE, 2010) – como também pela relevância das transformações que os acometem na busca pela autonomia e por uma identidade própria antes inviável.

Curiosamente, a palavra “adolescência” tem duas possíveis origens etimológicas, que lhe atribuem sentidos bastante significativos, dado o contexto dessa etapa do ciclo vital: do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), que quer dizer “processo de crescimento”, e também de *adolescere*, que significa “adoecer”, “enfermar” ou a “dor de crescer” (MUNIZ, 2004; OUTEIRAL, 2003).

Essa dupla origem indica inclinação para crescer, no âmbito físico e psíquico, mas também para adoecer, considerando a angústia decorrente das transformações biológicas, mentais e emocionais do adolescente que o deixam vulnerável diante a um destino desconhecido.

A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e a vida adulta, caracterizada por transformações biopsicossociais e, embora se possam usar diferentes critérios para delimitar esse período, por razões de ordem prática, a adolescência tem sido comumente definida a partir de critérios cronológicos (KUCZYNSKI, 1998).

Nesse sentido, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde, que antes considerava a adolescência uma etapa que se estendia dos 10 aos 19 anos de idade, atualmente estabelece que ela inclua indivíduos de 10 a 24 anos (PEREIRA, 2004).

Contudo, os critérios cronológicos devem ser considerados a partir da compreensão de que representam limites mutáveis, sujeitos à cultura, à geografia e ao próprio indivíduo que vive esse processo de transformação, pois existem diferentes experiências adolescentes e a adolescência caracteriza-se por diferentes fases (MUNIZ, 2004; OUTEIRAL, 2003).

Além disso, a humanidade passa por uma série de modificações, que se sucedem de forma extremamente dinâmica e muito rapidamente, determinando a coexistência de realidades diversas e mutantes, de modo que alguns podem ser precocemente conduzidos ao amadurecimento e outros, levados à estagnação (PEREIRA, 2004).

O próprio conceito de adolescência constitui um fenômeno recente, socialmente construído entre o final da I e o começo da II Guerra Mundial, pois a partir de então o indivíduo que antes passava em pouco tempo da infância para a vida adulta, após breves rituais de iniciação, passou a precisar de um período de aprendizagem maior para se tornar um adulto (OUTEIRAL, 2003).

Apesar de ser um constructo social, considera-se que o início dessa etapa vital, em geral, coincide ou é alavancado por uma série de mudanças fisiológicas típicas da puberdade, termo que designa todo o processo de maturação biológica que transcorre entre os 9 e os 14 anos e persiste durante grande parte da adolescência (PEREIRA, 2004; OUTEIRAL, 2003).

A puberdade é um processo biológico marcado por uma intensa atividade hormonal, responsável pelo surgimento dos chamados caracteres sexuais secundários e pelo início da aceleração do crescimento, tendo em vista a obtenção da maturidade e da autonomia (OUTEIRAL, 2003; KUCZYNSKI, 1998).

Desse modo, pode-se caracterizar a adolescência ressaltando as demandas que então se propõem aos adolescentes (OSÓRIO, 1989):

- redefinição da imagem corporal, em função da perda do corpo infantil e da consequente aquisição do corpo adulto (em particular, dos caracteres sexuais secundários);
- ápice do processo separação/individuação, com a substituição do vínculo de dependência simbiótica com os pais por relações objetais autônomas;
- elaboração do luto relativo ao abandono da condição infantil;

- aquisição de uma escala de valores ou de um código de ética próprios;
- busca de pautas de identificação no grupo de pares;
- instituição de um padrão de luta/fuga no relacionamento com a geração anterior;
- adoção tácita de rituais de iniciação como condição de ingresso no mundo dos adultos;
- opção própria por funções ou papéis sexuais, independentemente das imposições biológicas ou sociais.

No entanto, como já foi dito, embora a adolescência apresente demandas específicas, que se mantêm durante todo o processo adolescente, estudiosos da área reconhecem que essa etapa vital apresenta fases distintas, dependendo do tipo de demanda que se destaca naquele período e de como esta se apresenta.

Assim, a partir dessa consideração, a literatura apresenta algumas proposições que guardam grandes semelhanças entre si, mas também algumas diferenças. De acordo com Outeiral (2003), por exemplo, ao longo da adolescência distinguem-se três diferentes fases, dependendo das características que se sobressaem nesse período:

- adolescência inicial (de 10 a 14 anos): caracterizada basicamente por transformações físicas, as quais provocam uma série de alterações psíquicas;
- adolescência média (de 14 a 17 anos): marcada por questões relativas à sexualidade, notadamente pela passagem da bissexualidade para a heterossexualidade;
- adolescência final (de 17 a 20 anos): etapa na qual ocorrem eventos significativos como o estabelecimento de novos vínculos com os pais, a emergência de questões profissionais, a aceitação do novo corpo e dos processos psíquicos do mundo adulto.

Nesse âmbito, vale destacar que embora o início e o fim da adolescência sejam pouco determinados, é mais difícil estabelecer seu

término, pois ao final desse período alguns jovens ainda se encontram ambivalentes quanto à aceitação de responsabilidades, adotando uma identidade separada e esforçando-se para tolerar a intimidade interpessoal (BALK; CORR, 2001).

O ADOLESCENTE E SEU UNIVERSO RELACIONAL

Conforme o adolescente vai se desenvolvendo, ele se torna mais seguro e mais independente, e busca autonomia em relação aos pais, afastando-se deles e procurando identificações fora do âmbito familiar, de forma que os pais idealizados pela criança são frequentemente denegridos e desvalorizados pelo adolescente (OUTEIRAL, 2003).

Em função disso, a adolescência muitas vezes é um período de dificuldades e conflitos familiares, durante o qual os pais se revelam confusos, perturbados e irritados com a conduta dos filhos, pois aquelas crianças que antes aceitavam suas opiniões e determinações passam a questioná-los e, muitas vezes, a se rebelar contra eles (PEREIRA, 2004).

Apesar de muitos pais compreenderem intelectualmente que esse é um processo típico dessa fase e necessário ao processo de crescimento dos filhos, Pereira (2004) acrescenta que na prática cotidiana eles tendem a apresentar dificuldades para administrar as situações decorrentes dessas transformações e, muitas vezes, colocam impedimentos que dificultam aos jovens a vivência dessas experiências, tão necessária ao seu desenvolvimento.

Além disso, muitas vezes a adolescência dos filhos coincide com um período de crise também para os pais, que comumente estão entrando na meia idade, ou seja, enquanto seus filhos estão no auge de seu vigor físico e sexual, os pais se deparam com o fato de que já passaram dessa etapa e rumam para o declínio biológico, o que pode ser aterrorizante numa sociedade que supervaloriza a juventude (PEREIRA, 2004).

Ao mesmo tempo, contaminados pela confusão vivida pelos adolescentes, os pais também podem ter seus aspectos adolescentes reativados, assim como os irmãos mais novos, o que implica a adoção de sentimentos e condutas adolescentes por parte de todos e faz os próprios pais contestarem o *establishment* vigente e se perguntarem sobre o que fizeram ou não de sua vida (OUTEIRAL, 2003; PEREIRA, 2004).

Evidentemente, as dificuldades desse processo dependerão de como os pais viveram sua adolescência, mas sem dúvida algum tipo de crise irá se instalar, o que pode ser muito útil para dar uma nova dimensão às relações e revitalizar os vínculos familiares (OUTEIRAL, 2003).

Nos novos relacionamentos entre pais e filhos adolescentes, os pais devem reconhecer e estimular a crescente necessidade de autonomia de seus filhos, mas também considerar que eles não podem conquistar sua independência de um dia para outro e, por isso, precisam deles, pais, como uma base de segurança e estabilidade.

Contudo, a partir dessa realidade, a relação que se estabelece entre os pais e filhos adolescentes passa a se caracterizar por uma assimetria permeada pela fragilidade, já que transita entre necessidades que muitas vezes se confrontam e se confundem (PEREIRA, 2004).

Concomitantemente, os filhos adolescentes vão amadurecendo emocional, social e sexualmente e se voltam cada vez mais para os colegas, para os melhores amigos e para os namorados, para quem transferem os vínculos afetivos que antes eram praticamente reservados aos pais, o que pode exigir muito desses pais em termos de adaptação.

Nesse sentido, o grupo passa a representar um espaço significativo para o desenvolvimento dos jovens: é fonte de identificações e também oferece diversas situações necessárias para seu amadurecimento, por meio da experimentação de papéis, para questionar valores e buscar referências.

Nessa época, um dos principais contatos em grupo de que dispõe o adolescente é o grupo da escola, instituição que também tem o papel de

simular a vida, ao adotar regras a serem seguidas, mas cuja transgressão não será excessivamente penosa para o jovem (TOMMASI, 1998).

Concomitantemente, as transformações cognitivas que ocorrem por volta dos 10 ou 12 anos permitem que o adolescente ingresse no estágio das operações formais e adquira a habilidade de transcender aquilo que percebe, de ir além dos objetos concretos, passando a dominar ideias e conceitos e começando a pensar como um adulto.

Essa aquisição implica inúmeras consequências: o jovem passa a compreender ideias abstratas, a imaginar outras possibilidades não visíveis, a fazer deduções críticas e a enxergar um problema sob diferentes prismas. Além disso, o centro das decisões morais do adolescente reside cada vez mais nele mesmo (TOMMASI, 1998).

No entanto, em suas proposições, nem sempre o adolescente consegue levar em conta o possível e o real, de modo que para ele é fácil encontrar soluções para os problemas da humanidade nem sempre exequíveis, o que acaba por lhe estimular a criatividade, que a princípio se apresenta de forma impulsiva, difusa e caótica, mas que aos poucos se articula com a noção de limites e assume um caráter mais definido, mais integrado e mais produtivo (OUTEIRAL, 2003).

Assim, diante de tantos desafios, o adolescente só consegue viver bem essa fase caso sinta confiança a seu redor e em si mesmo, o que significa que ele precisa ser capaz de se definir em relação às principais figuras de sua vida, particularmente quanto a seus pais, seus principais modelos para a construção de sua identidade, o que nos remete a como se estabelecem e se rompem os vínculos na adolescência, aspectos de suma relevância para compreender a vivência do luto nessa etapa da vida.

O LUTO NA ADOLESCÊNCIA

O luto nessa etapa vital se diferencia do luto em outras etapas por conta dos desafios singulares que caracterizam essa fase e que tendem a torná-lo mais intenso de suas consequências, únicas, de modo a poder

atrapalhar o desenvolvimento do jovem e sua vida futura, embora existam evidências de que ele, às vezes, pode se beneficiar com seu gerenciamento (BALK; CORR, 2001; DOMINGOS, 2000; MOTA, 2008).

Nas últimas décadas, o interesse pelo estudo do luto em adolescentes se intensificou, com a publicação de vários trabalhos, na literatura internacional, embora no Brasil só mais recentemente essa temática tenha começado a despertar o interesse de pesquisadores e muito pouco ainda se tenha escrito a respeito.

Como já foi discutido, a adolescência representa um momento de crise, na medida em que impõe ao jovem a tarefa de lidar simultaneamente com várias questões e conflitos de grande importância, e espera-se que ele amadureça e tome decisões no âmbito sexual, profissional e pessoal, posicionando-se no mundo de forma adulta (PEREIRA, 2004).

No entanto, o adolescente ainda não está pronto para fazer essas escolhas, e preparar-se para isso lhe impõe a perda do corpo, dos pais e da identidade da infância, de modo que a própria adolescência é, em si, um processo de luto, no qual o adolescente se vê impelido a abandonar o universo infantil para passar a viver experiências que demandam mais autonomia e responsabilidade.

Nesse contexto, o significado que o jovem atribui à morte e às repercussões desse luto dependem de vários fatores, sobretudo de sua idade, ou do momento de seu desenvolvimento, e do contexto em que vive, em função do qual disporá de diferentes recursos para lidar com sua perda (DOMINGOS; MALUF, 2003; MOTA, 2008).

Sabe-se que, do ponto de vista cognitivo, o adolescente já tem condições de perceber as características essenciais da morte – universalidade e irreversibilidade – e pode elaborar respostas lógicas formais, condição relevante para a resolução do luto (KOVÁCS, 1992).

Vale lembrar que mesmo crianças que ainda não são capazes de realizar operações formais já conseguem perceber o que se passa a sua volta, inclusive a morte, condição que se evidencia por meio de atividades expressivas como desenhos e jogos realizados por elas em sessões de ludoterapia psicanalítica (KOVÁCS, 1992).

Ainda nesse sentido, segundo Worden (1996), a maioria dos profissionais concorda que a habilidade de lamentar é adquirida na infância, quando as funções do ego amadurecem e a criança é capaz de compreender a finalidade da morte, embora exista um longo e controverso debate sobre o momento preciso dessa aquisição.

Apesar das diferenças, Worden (1996) acredita que a maioria concordaria que, para que ocorra o luto, a criança deve ter atingido uma representação mental coerente das figuras de apego importantes, como os pais, bem como uma constância de objeto, capacidades que se desenvolvem, em geral, entre os 3 e os 4 anos de idade.

No entanto, só entre 8 e 10 anos é que a maioria das crianças deve ser capaz de formar um conceito mais maduro sobre a morte, incluindo sua permanência, universalidade e inevitabilidade, associado a uma compreensão de que a morte é uma parada total do funcionamento físico (LIOTTA, 1996).

Por sua vez, Bromberg (2000) defende que as dificuldades dos adultos para enfrentar questões relativas à morte dificultam que as crianças desenvolvam seus próprios conceitos e que só a partir da adolescência é que há uma compreensão das características básicas da morte, irreversibilidade, universalidade e causalidade.

Pesquisas com adolescentes que perderam pessoas queridas na infância constataram que eles reviveram essas perdas na adolescência e que só então se deram conta com mais clareza das repercussões dessas perdas para suas vidas. Essa reedição pode ter sido favorecida pelas perdas e pelos lutos inerentes a essa etapa vital, mas também por uma melhor compreensão do adolescente acerca da vida e da morte (DOMINGOS, 2000; MOTA, 2008).

De qualquer modo, os adolescentes também experimentam o luto como resposta ao rompimento de laços afetivos significativos, visto que esse vínculo tem um valor de sobrevivência, porque é na figura do vínculo que o indivíduo se apoia para se sentir confiante para explorar o mundo, protegido de eventuais ameaças (BOWLBY, 2004).

Apesar de ser mais evidente nas crianças, esse comportamento de apego permanece até a vida adulta, e a perda de uma pessoa que representa um vínculo significativo se faz acompanhar por vivências de desamparo, o que detona inúmeras reações e pode causar intensa ansiedade (ansiedade de separação).

Para lidar com essa ansiedade, o adolescente utiliza-se de diferentes estratégias, sendo que as principais, segundo Domingos (2000), poderiam ser descritas como:

- negação da perda ao se manter muito ocupado para evitar pensar no falecido, como se este não tivesse morrido;
- a fé religiosa, ao acreditar que o morto está melhor onde estiver e não gostaria que ele (adolescente) ficasse triste;
- a fantasia de que o falecido está a seu lado, protegendo-o, estratégia também atrelada à fé religiosa;
- o pensamento positivo, apegando-se às boas recordações do morto ou a ideia de que ele morreu fazendo o que queria.

Nesse sentido, deve-se lembrar, também, que na adolescência o desenvolvimento do sistema de apego é assediado pelas inúmeras transformações que marcam essa fase, até mesmo o fato de que o adolescente deve deixar de ser um receptor de cuidados para ser um potencial cuidador, distanciando-se das figuras parentais e aproximando-se de seus pares (PEREIRA, 2004).

Desse modo, o sistema de apego configura-se em um cenário em que o jovem começa a ter uma visão mais consistente de si mesmo e adota posturas mais discriminadas e independentes das de seus pais, mas tem necessidade de explorar o ambiente e de ampliar sua rede relacional,

apesar de a família ainda se manter como uma base segura para sua saúde mental.

Além disso, Pereira (2004) lembra que a perda significativa que sofre o adolescente pode ser a primeira de sua vida, o que é em si um complicador, pelo ineditismo da situação e, também, porque nessa fase da vida o jovem tende a ter dificuldade de falar sobre suas aflições e de compartilhar seus sentimentos, o que acaba sendo um obstáculo a mais para o enfrentamento dessa perda.

Para Liotta (1996), os adolescentes são completamente capazes de sentir profunda dor pela morte de uma pessoa significativa e de modo semelhante aos adultos, mas os jovens vêm ameaçada sua sensação de segurança e experimentam um desconfortável desamparo, dependendo de suas expectativas, metas, sistema de crenças e a extensão de sua vulnerabilidade.

Deve-se lembrar também que, de acordo com Liotta (1996), para o adolescente, ocupado com os desafios e as atribuições próprias da idade, a morte não tem sentido, posto que a sociedade enfatiza o poder da vida, e as normas culturais tendem a tratar a morte como um tabu, o que concorre para deixá-lo confuso e completamente vulnerável a uma enxurrada de sentimentos novos e até mesmo assustadores diante da morte de alguém próximo.

Desse modo, apesar de exibir uma ampla variedade de comportamentos, o adolescente geralmente sente raiva, seja da morte em si, na busca por um significado e no esforço de ver que a morte “tem sentido”, seja por não ter tido controle – por não ter podido preveni-la –, seja mesmo do falecido, por tê-lo abandonado.

Com a raiva, defende Liotta (1996), o jovem pode manifestar sentimentos de culpa, porque sente que poderia ter interferido no curso dos acontecimentos ou que talvez tenha tido alguma responsabilidade na morte, e de novo a questão do controle pode ter um papel significativo nesse tipo de culpa.

Outro aspecto da culpa ocorre quando há fortes sentimentos negativos em uma relação íntima: como na maioria das relações íntimas coexistem sentimentos positivos e negativos, posto que a ambivalência é habitual, com a idealização pós-morte do ser amado pode emergir uma forte culpa pelos sentimentos negativos.

Entre as possíveis reações dos adolescentes durante o período do luto, esse autor (LIOTTA, 1996) entende que podem requerer maior cuidado – baixa autoestima, tristeza, culpa, desamparo, percepção de rejeição e uma intensa negação da realidade da morte –, pois podem levar o jovem à agressividade, a comportamentos antissociais de risco e até a ideias suicidas. Estas últimas podem ser indicadas por sentimentos intensos de raiva e negação, pelo uso de álcool ou de drogas, pela troca de amigos ou de interações sociais, pela perda da esperança ou da autoestima, pela desistência de posses valiosas, por sentimentos de tristeza ou depressão, pela própria verbalização de pensamentos suicidas e por comportamentos de risco, meses após a perda.

Corr (2000) também postula, assim como outros autores, que as reações de luto de adolescentes são semelhantes às dos adultos (choque, choro, descrença, desamparo, tristeza, dor, choro, mágoa, sofrimento, raiva, hostilidade, saudade e falta, ansiedades com relação à morte e ao morrer, assim como alterações somáticas e fisiológicas), embora com algumas diferenças.

Ainda com relação às reações de luto de adolescentes, as pesquisas revelam que nos casos em que a morte se deu por assassinato, ou quando a perda se refere a figuras paternas ausentes da vida do adolescente, as reações emocionais tendem a ser mais perturbadas, denotando intensa mobilização por parte do adolescente (DOMINGOS, 2000; MOTA, 2008).

Sabe-se que a morte inesperada, ainda mais se violenta, como no caso dos assassinatos ou dos suicídios, desafiam o senso de segurança pessoal do enlutado e se constituem em fatores que podem complicar o

processo de luto. Nesses casos, além de as reações emocionais serem mais intensas e o adolescente tornar-se vulnerável a desenvolver algum transtorno, ele também pode se esquivar a reconhecer a importância de sua perda (MOTA, 2008).

Quanto aos adolescentes que perderam o pai que não chegaram a conhecer, Domingos (2008) destaca o ressentimento com que a falta do genitor é descrita pelo enlutado, o vazio que essa morte traz para o jovem, de modo a sugerir que o pesar advém de um pai que ele nunca teve, mas que agora, com sua morte, ele nunca terá.

Por sua vez, Worden (1996) destaca que os adolescentes vivem e expressam seu pesar de forma intermitente, por um período de tempo maior que a maioria dos adultos, e enfrentam um desafio adicional para não se descontrolarem nem denunciarem nenhum tipo de embaraço diante de seus colegas, o que nessa etapa da vida tende a ser muito mais constrangedor.

Já Balk (2000) e Mota (2008) salientaram as diferenças que se observam nas vivências de luto entre os adolescentes dependendo da fase da adolescência em que o enlutado se encontra, já que a adolescência é um período durante o qual o jovem passa continuamente por inúmeras transformações, de modo que um adolescente de 12 anos apresenta características muito diferentes das de um de 14 ou de 17.

O reconhecimento dessas diferenças tem instigado o uso de um modelo para a compreensão do luto na adolescência proposto por Fleming e Adolph (1986 apud BALK, 2000) e Balk e Corr (2001). Nesse modelo, o adolescente em seu luto deve enfrentar cinco questões centrais, mas sempre de acordo com seu nível de desenvolvimento:

- confiar na previsibilidade dos eventos;
- adquirir um senso de domínio e controle (autoeficácia);
- criar relacionamentos baseando-se na ideia de pertencer;
- acreditar que o mundo é bom e justo;
- desenvolver autoconfiança.

Além disso, constata-se diferenças de gênero com relação à expressão de pesar, pois em nossa sociedade a inibição dos sentimentos é mais habitual nos homens que nas mulheres, diferenças que já começam a se tornar evidentes na adolescência e, conseqüentemente, contribuem para que rapazes e moças vivenciem seus lutos de modos diferentes (PARKES, 2006).

Balk (2000) também postulou o entendimento do luto como uma situação desgastante que ameaça o equilíbrio social e psicológico de uma pessoa e que desafia suas estratégias típicas de enfrentamento, constituindo, por definição, uma crise da vida. Paradoxalmente, essa crise representa uma ameaça e uma oportunidade de crescimento e amadurecimento, de modo que, a partir dessa concepção, também se pode entender o luto como uma situação de estresse e adotar modelos que fornecem a compreensão do fenômeno desse ponto de vista.

Complementando, Balk (2000) afirma que para o adolescente a perda e o luto são crises que impõem severos obstáculos à superação dos desafios de seu desenvolvimento, mas que, se forem enfrentadas com êxito, podem levar o jovem a uma maior maturidade e apreciação da vida e dos outros.

Mas o que faz alguns adolescentes sucumbirem à ameaça que o luto representa e outros não?

Qualquer enlutado reage a uma perda significativa a partir de alguns parâmetros que são significativos para o curso do processo de luto e contribuem para a compreensão dessa experiência e que se referem (MOTA, 2008; FRANCO, 2002; PARKES, 1998; WORDEN, 1998):

- ao enlutado: sua estrutura psíquica, seu gênero, a natureza de sua ligação com a pessoa falecida, seu histórico anterior de perdas, seu contexto sociocultural (crenças culturais, religiosas, rituais de luto, estigmas, etc.);
- à pessoa que morreu, quem era essa pessoa, sua personalidade, que papéis ela exercia em relação ao enlutado;

- às circunstâncias da morte;
- à presença ou não de mudanças, crises e privações concomitantes à experiência de luto, e que ocorrem depois da perda do falecido.

Nesse contexto, Domingos (2000) lembra que, independentemente da etapa de desenvolvimento em que se encontra o enlutado, todos precisam da assistência de uma pessoa confiável com quem possam compartilhar seus sentimentos, mesmo os ambivalentes, de modo que os conteúdos expressos sejam contidos e legitimados.

Para esse autor, a inibição ou a supressão da manifestação de sentimentos e emoções relativas à perda pode provocar vivências de culpa e de inadequação, conteúdos que podem ser comunicados pelos adolescentes por outras vias de expressão como agressividade, atitudes de desafio a figuras de autoridade, uso e abuso de drogas, problemas que tradicionalmente rondam e ameaçam os adolescentes.

Nesse sentido, o empenho dos adultos em proteger o adolescente ao restringir suas oportunidades de se confrontar com a morte pode ser danoso, pois saber o que acontece, falar sobre a morte e sobre o morto alivia a dor e a sensação de desamparo. Estas são condições que favorecem a resolução do luto, ao passo que o escamoteamento da verdade faz o jovem sentir que foi enganado ou considerado ingênuo, incapaz (PEREIRA, 2004; CORR, 2000).

Rutter (2002), entre outros autores, tem usado o conceito de resiliência – capacidade de enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade – para explicar por que alguns adolescentes enlutados enfrentam dificuldades a ponto de desenvolver sérios problemas e outros, não.

A esse respeito, em suas pesquisas, Rutter (2002) concluiu que, apesar de o luto em crianças aumentar o risco do desenvolvimento de psicopatologias, estudos epidemiológicos indicam que, por si, esse não é o principal fator para o surgimento de psicopatologias, pois a resiliência

se apoia em bases ambientais e constitucionais, de acordo com as circunstâncias.

Deve-se observar, ainda, que a experiência e a expressão de pesar em adolescentes são inevitavelmente influenciadas, com o passar do tempo, por novos desafios, como as exigências normativas do desenvolvimento e, também, por exigências não normativas ligadas a outros eventos significativos da vida, que podem estimular a renovação do luto e novas maneiras para sua expressão (CORR, 2000).

Além disso, não é incomum o adolescente de luto manter algum tipo de conexão com a pessoa falecida que amava, mesmo que o enfrentamento da perda seja bem-sucedido e o enlutado siga em frente, amando e vivendo de maneira saudável, o que sugere que o luto pode não ter acabado para sempre ou que ele poderá ser reeditado e sentido novamente.

Na verdade, o adolescente enfrenta a perda e o luto com recursos concretos em termos do que ele realmente entende sobre o significado e as implicações dessa experiência, o que exige muito dele e envolve esforços para que ele encontre maneiras de viver, adaptar e integrar a perda e o luto em sua vida.

Um exemplo disso é descrito por um estudo acerca de como o luto é expresso na internet por adolescentes e adultos jovens, mais especificamente no site de relacionamentos *Orkut*, pelo qual os enlutados homenageavam pessoas mortas, por meio de depoimentos, após terem sofrido perdas repentinas, quer se dirigindo a outros internautas quer se dirigindo ao falecido (PERUZZO et al., 2007).

No entanto, deve-se destacar o papel dos adultos que convivem com um adolescente em luto, para que suas atitudes possam servir de modelo para esse jovem e contribuam para a ressignificação dessa perda, pela continência, ao ajudar o enlutado a reduzir sua ansiedade, pela oportunidade de expressar seu pesar e legitimar sua dor.

Nesse âmbito, a morte de um dos pais é um dos maiores problemas com que se pode deparar um adolescente, pois esse tipo de perda pode ameaçar seu processo de aquisição de independência e autonomia, principalmente se ela ocorre nas primeiras fases da adolescência (HURD, 2004; PEREIRA, 2004; DOMINGOS; MALUF, 2003).

ADOLESCENTES EM LUTO PELA MORTE DE UM DOS PAIS

Sabe-se que a perda de um dos pais é um evento quase sempre marcante para os filhos, difícil para grande parte deles, praticamente a qualquer tempo, embora a maioria dos estudos tenha se ocupado de investigar crianças na idade pré-escolar ou escolar, cujos problemas duradouros parecem se relacionar mais ao cuidado parental subsequente do que à própria perda (PARKES, 2006).

Com relação à perda parental, ainda se deve ressaltar que o estresse após o luto pela perda de um genitor é maior quando o relacionamento é mais próximo, de modo que, como os enlutados pela perda da mãe em geral relatam uma maior proximidade com ela, os problemas psicológicos acontecem com mais frequência após a morte da mãe do que do pai (PARKES, 2006).

Para um adolescente, além de se referir a uma figura de apego, com a qual o jovem provavelmente mantém uma dependência emocional, essa perda subverte a ordem natural dos fatos, pois os pais em geral são pessoas de 40 anos, cuja morte é imprevista a essa altura da vida, além do fato de que muitas vezes ela ocorre de forma abrupta, repentina (PEREIRA, 2004).

Bowlby (2004) considerou que a resposta do adolescente à perda e o desenrolar do curso do luto pela morte de um dos pais são influenciados por vários fatores, que, embora não sejam muito diferentes dos que condicionam o luto do adulto, afetam mais os adolescentes, que são

mais vulneráveis às condições que antecedem, cercam e sucedem a perda significativa. Esses fatores englobam:

- causas e antecedentes da perda, especialmente no que se refere ao que é informado para o jovem; abertura para que ele pergunte sobre o que aconteceu e a possibilidade de poder compartilhar sua perda;
- relações familiares depois da perda, principalmente quanto às mudanças dos padrões de relacionamento, mas também quanto à permanência com o genitor sobrevivente;
- padrões de relacionamento da família antes da perda, principalmente entre os pais e de cada um deles com o jovem.

Já Worden (1996) defendeu que, quando o pai ou a mãe morre, a vida da criança ou do adolescente muda radicalmente, sendo esse um momento de dor e confusão tanto para o filho enlutado quanto para o genitor sobrevivente, de modo que as reações emocionais e comportamentais do filho são fortemente influenciadas pelas reações dos pais sobreviventes e de outros adultos.

Quanto aos pais sobreviventes, alguns fatores que devem ser analisados por sua interferência na condição dos filhos enlutados de reagirem à perda: nível disfuncional do sobrevivente, o quanto o pai ou mãe sobrevivente percebe seu filho adequadamente (presença de discrepância perceptual), consistência da disciplina e o namoro ou segundo casamento do sobrevivente.

Complementando, esse autor ponderou, ainda, que há outras variáveis que também conduzem as reações das crianças e dos adolescentes à morte do pai ou da mãe e que merecem ser acompanhadas:

- as circunstâncias da morte (quanto mais súbita e mais misteriosa, mais difícil de ser aceita);
- os rituais do funeral, que podem favorecer a criança ou adolescente a constatar a realidade da perda e lhe dão a oportunidade de receber apoio e de homenagear o falecido; as crianças mais preparadas para essas situações são as que apresentam menos problemas e, nesse

sentido, é importante que os enlutados tenham a opção de escolher se querem ou não participar;

- o gênero do falecido: a perda da mãe tende a ser uma perda mais difícil, exceto para garotos pré-adolescentes, que geralmente apresentam mais problemas quando perdem o pai;
- o relacionamento entre o filho e o falecido: a força da ligação, questões de dependência e, sobretudo, o grau de ambivalência;
- o tamanho da família: famílias com muitos filhos tendem a afetar o funcionamento do pai ou da mãe sobrevivente, mas a presença dos irmãos pode trazer algum conforto;
- o grau de união familiar, em um *continuum* estrutural de desligada a simbiótica;
- a presença de estressores concomitantes na família;
- o estilo de enfrentamento mais ativo, mais positivo, tanto para pais como para crianças e adolescentes;
- a situação financeira e o status socioeconômico da família: a falta de recursos financeiros representa um estressor a mais que a família precisa enfrentar;
- a idade e o gênero do filho e o gênero correspondente com o falecido (mas que, em geral, são fatores que pouco influem);
- a compreensão que a criança ou o adolescente tem da morte.

Particularmente em relação aos adolescentes enlutados, Worden (1996) acrescentou que eles eram mais ansiosos e medrosos que os outros com o passar do tempo, o que sugere que a morte de um dos pais lhes tenha agravado a sensação de imprevisibilidade.

Sobre a autoimagem dos adolescentes de luto, esse mesmo autor constatou que eles consideravam sua conduta e seu desempenho acadêmico inferiores aos dos colegas que não estavam de luto, mas que também se achavam mais maduros, o que sugere que talvez esta última percepção fosse compensatória de seus déficits de autoestima.

Já no que diz respeito à integração com outros adolescentes, ele concluiu que os enlutados tinham mais dificuldade de entrosamento que os demais, pois gerenciavam menos eficazmente uma questão central do desenvolvimento nessa etapa da vida que é o senso de pertencer a um grupo ou a uma comunidade.

Hurd (2004), que também considerou o conceito de resiliência para entender o luto saudável – sem depressão ou outros efeitos debilitantes –, ao investigar o luto de uma adolescente que perdeu o pai, levantou aspectos que considerou protetores: suporte familiar, capacidade de se perceber e de pensar positivamente.

Por sua vez, ao estudar o luto de um adolescente pela perda do pai, Pereira (2004) ressaltou a singularidade desse processo, a importância dos amigos para a elaboração desse luto e o fato de o jovem enlutado que participou de sua pesquisa ter se sentido mais maduro e com mais consciência quanto à construção de seu futuro.

Também a partir de um estudo sobre o luto de adolescentes pela morte do pai, Mota (2008) enfatiza o papel da mãe quanto à possibilidade de ela, mesmo diante de sua perda e de sua dor, vivenciar seu luto, sem se isolar ou se desesperar, mantendo-se atenta às necessidades dos filhos e continuando a desempenhar sua função junto a eles, bem como assumindo as tarefas antes realizadas pelo falecido pai.

Essa autora também entende que outro fator que favorece a elaboração do luto parental na adolescência diz respeito à presença de uma rede de apoio que compreenda e atenda às necessidades do jovem por ocasião da perda, representada não só pelo genitor sobrevivente, mas também pela família extensa, por outros adultos ou por outros jovens.

Outros fatores, porém, também devem ser citados, como:

- o fato de o jovem apresentar autoestima, autoeficácia;
- a condição de pensar positivamente por meio de suas experiências;
- a morte do pai ter sido anunciada;

- a ausência de segredos sobre o óbito e suas circunstâncias;
- a presença de crença em vida após a morte;
- a possibilidade de o jovem participar dos rituais de luto quando ele se sentiu preparado;
- o fato de ele ter sido estimulado e respeitado em sua livre expressão sobre essa morte;
- o fato de estar inserido em uma estrutura familiar mais flexível, com elevado grau de comunicação e união entre seus membros.

Como repercussões dessa perda, em seu estudo, Mota (2008) identificou nos jovens: inseguranças e exigências quanto a si mesmos, medo de novas perdas, desconfiança com relação ao outro e ao futuro, mas também a assunção de posturas mais maduras, de mais responsabilidade, maior valorização dos relacionamentos e empenho em mantê-los.

Além disso, de acordo com Brown (2001), quanto mais a pessoa que morreu for emocionalmente significativa para a família, maior será a repercussão de sua morte não só para a geração atual dessa família, mas também para as gerações futuras, como um legado, uma herança.

A perda de um membro da família tanto pode despertar a criatividade dos sobreviventes, de modo a favorecer a resignificação dessa perda, como vir a se tornar um legado destrutivo, que fecha um sistema e distorce os relacionamentos dos sobreviventes (MCGOLDRICK, 1998).

Nesse sentido, quando a perda ocorre fora da hora, no contexto de relações familiares permeadas por conflitos, se há uma série de perdas ou quando a morte é estigmatizada e cercada de segredos, o legado se torna mais vigoroso e pode ser ainda mais danoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na adolescência, pelos desafios singulares que passam os adolescentes, o luto, apesar de assemelhar-se ao dos adultos, tem especificidades próprias, ainda não muito conhecidas, mas que podem

acarretar efeitos severos para seu desenvolvimento e comprometer a resolução desse luto, com prejuízos à autoestima e às relações interpessoais e profissionais.

No entanto, embora a morte de uma pessoa significativa represente uma crise, também pode ser uma oportunidade para que, por meio de soluções criativas, aspecto reconhecidamente presente nessa etapa da vida, o jovem não só enfrente essa perda, mas também amadureça e faça aquisições pertinentes a esse período, cumprindo as tarefas que lhe impõe a vida nesse momento.

Como facilitador da vivência do luto do adolescente, destaca-se o suporte social de uma rede de apoio que compreenda e atenda às necessidades de enlutado, representados, sobretudo, por uma figura de apego, mas também pela família extensa, por outros adultos e amigos, bem como a oportunidade do enlutado expressar seu pesar.

Além disso, outros fatores também se evidenciam como promotores de condições que viabilizam e facilitam ao adolescente o enfrentamento da morte de seu luto:

- características pessoais do enlutado (boa autoestima, autoeficácia e condição de pensar positivamente por meio de suas experiências);
- mortes anunciadas;
- ausência de segredos sobre o óbito e suas circunstâncias;
- crença em vida após a morte e possibilidade de participar dos rituais de luto quando se sentir preparado.

Às vezes, porém, o processo de luto não responde a todas as necessidades do enlutado, ao apresentar em seu curso complicações que comprometem sua condição de fazer novos investimentos na vida, postergando sua readaptação ao mundo e impedindo a finalização exitosa do luto (RANGEL, 2005).

Bowlby (2004) entende que existem pessoas que podem apresentar algumas complicações em suas experiências de luto e demonstrar certas reações atípicas, tais como cuidado compulsivo com outras pessoas,

anseio inconsciente pela pessoa perdida, associado à autoacusação consciente, euforia e despersonalização, descrença no caráter permanente da perda e sintomas de identificação com o morto.

Portanto, a exacerbação dos processos presentes no luto, com uma duração muito longa e com características obsessivas, configura um luto complicado, sendo que a qualidade da resposta à perda da pessoa amada sempre estará relacionada aos padrões vinculares anteriormente estabelecidos pelo enlutado.

Nesse sentido, deve-se avaliar, também, a relevância de se proporem medidas em relação à vivência desse tipo de luto, como o aconselhamento e o apoio social, providenciados na própria comunidade, mesmo que informalmente e em grupos de autoajuda, não só para os jovens enlutados, mas também para suas famílias, sem desconsiderar que, para algumas situações, são recomendadas a consulta terapêutica e a psicoterapia.

De qualquer modo, para uma melhor compreensão do processo de luto do adolescente brasileiro e de como é possível ajudá-lo a enfrentar essa crise como uma oportunidade de crescimento, há a necessidade da realização de novas pesquisas sobre esse tema, ainda mais quando se considera o caráter mutante da sociedade atual, que imprime essa marca nos relacionamentos afetivos.

Pesquisas que considerem não só o luto pela morte de um dos pais, mas também a perda de irmãos e amigos, com o uso de diferentes metodologias (quantitativas e qualitativas), em que se proponham acompanhamentos longitudinais, e o uso de grupos controle com indivíduos não enlutados não só esclarecendo questões pendentes, mas também propondo novas.

REFERÊNCIAS

_____. Adolescents: grief and loss. In: DOKA, K. J. *Living with grief: children, adolescents and loss*. Washington: Hospice Foundation of America, 2000. p. 35-50.

BALK, D. E.; CORR, C. A. Book reviews. *Omega*, v. 34, n. 2, p. 171-173, 1997.

_____.; _____. Bereavement during adolescence: a review of research. In: STROEBE, M. S.; STROEBE, R. O. W.; SCHUT, H. *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington: Unit Book Press, 2001. p. 199-218.

BOWLBY, J. Perda: tristeza e depressão. In: _____. *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. v. 3. (Original de 1907).

BROMBERG, M. H. P. F. *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno, 2000.

BROWN, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 393-414.

CORR, C. A. What do we know about grieving children and adolescents? In: DOKA, K. J. *Living with grief: children, adolescents and loss*. Washington, DC: Hospice Foundation of America, 2000. p. 21-32.

DOMINGOS, B. *Vivências de morte e luto em escolares de 13 a 18 anos*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: 2000.

_____.; MALUF, M. R. Experiência de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, p. 577-589, 2003.

FRANCO, M. H. P. F., MAZORRA, L.; TINOCO, V. U. Fatores de risco para luto complicado numa população brasileira. In: _____. *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno, 2004. p. 39-68.

HURD, R. C. A. Teenager revisits her father's death during childhood: a study in resilience and healthy mourning. *Family Therapy*, v. 31, n. 3, p. 167-184, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade*. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>>. Acesso em: 30 set. 2011.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUCZYNSKI, E. Evolução puberal. In: ASSUNÇÃO JR., F. B.; KUCZYNSKI, E. (Eds.). *Adolescência normal e patológica*. São Paulo: Lemos, 1998. p. 25-32.

LIOTTA, A. J. *When students grieve: a guide of bereavement in the schools*. Pennsylvania: L. R. P. Publications, 1996.

LIPOVETSKY, G. *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. São Paulo: Manole, 2005.

MCGOLDRICK, M. O legado da perda. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 129-152.

MOTA, M. M. A. *O luto em adolescentes pela morte do pai: risco e prevenção para a saúde mental*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MUNIZ, S. S. S. *Morte materna na infância e vínculos amorosos na adolescência*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

OSÓRIO, L. C. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

OUTEIRAL, J. *Adolescer: estudos revisados sobre a adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.

_____. *Amor de perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus, 2006.

PEREIRA, K. M. *Adolescência, luto e enfrentamento*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

PERUZZO, A. S. et al. A expressão e a elaboração do luto por adolescentes e adultos jovens através da internet. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 7, n. 3, 2007.

RANGEL, A. P. F. N. *Do que vivido ao que foi perdido: o doloroso luto parental*. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia: Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RUTTER, M. Development and psychopathology. In: _____.; TAYLOR, E. (Ed.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell, 2002. p. 309-324.

TOMMASI, M. C. Desenvolvimento emocional e cognitivo do adolescente. In: ASSUNÇÃO JR., F. B; KUCZYNSKI, E. (Orgs.). *Adolescência normal e patológica*. São Paulo: Lemos, 1998. p. 33-47.

WORDEN, J. W. *Children and grief: when a parent dies*. New York: Guilford Press, 1996.

_____. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental* Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PARTE II – TEMAS EM PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA

7. MOMENTOS DECISIVOS EM PSICOTERAPIA BREVE: MANEJOS DO TÉRMINO

*Maria Leonor Espinosa Enéas
Glaucia Mitsuko Ataka Rocha*

As psicoterapias breves psicodinâmicas têm algumas características definidoras já bem conhecidas: a focalização do trabalho terapêutico (por exemplo: MALAN, 1981; FIORINI, 1982) e a limitação do tempo do processo (por exemplo, KNOBEL, 1986). Este último aspecto é bem especificado pelos termos usados em língua inglesa: “*short-term*” (SIFNEOS, 1989) e “*time-limited*” (STRUPP; BINDER, 1984).

A ideia de haver um foco a ser trabalhado parece, à primeira vista, compatível e coerente com a perspectiva de tempo limitado: limita-se o aspecto a ser trabalhado e, também, o tempo da terapia. Mas essa mesma ideia também leva ao questionamento de como é possível limitar o tempo e o escopo do atendimento em uma abordagem terapêutica originada teoricamente das concepções psicanalíticas que se tornaram conhecidas pela duração indeterminada ou interminável, como Freud (1975) questionou.

Outro ponto importante a ser considerado nesse tocante é a consequência de que uma terapia com pouco tempo de duração pretende *terminar*. E uma terapia que termina é muito diferente de uma terapia interrompida. Ou seja, é diferente para um indivíduo (e também para seu

terapeuta) desistir de seu processo terapêutico em algum momento ou segui-lo até um encerramento determinado (ou preestabelecido).

Em psicoterapias psicodinâmicas sem duração determinada, o término geralmente é associado ao momento em que os objetivos pretendidos foram atingidos, mantendo, assim, compreensão semelhante à da psicanálise (GABBARD, 1998; 2005; LUZ, 2005; RIVERA, 2001). Contudo, não é tarefa simples a verificação desses objetivos e, portanto, a definição de qual seria um bom momento para a ocorrência do término. Etchegoyen (1989) aponta três tipos de problemas nessa fase, e os classifica como: teóricos, clínicos e técnicos, com inevitáveis sobreposições entre eles. O aspecto teórico refere-se aos critérios de cura; aqueles que, atingidos, dariam sentido ao encerramento da análise. O ponto de vista clínico envolve os diferentes tipos de término, embora o autor considere que, de fato, só há um término quando há acordo entre terapeuta e paciente, pois as demais situações seriam interrupções, como em casos de decisões unilaterais ou devidas a circunstâncias externas à terapia. A decisão clínica envolve atentar aos indicadores de término que, mesmo baseados em teoria, seriam menos abstratos. Ou seja, são as manifestações apresentadas pelos pacientes que, gradual e espontaneamente, indicam a possibilidade de terminar, como a modificação de sintomas, melhora na vida sexual, nas relações familiares, sociais, profissionais, diminuição de angústia e culpa e melhora no contato com a realidade. Mais especificamente ligados aos objetivos deste capítulo estão os aspectos técnicos, por envolver as formas de término. Quanto a isso, o autor enfatiza a necessária ocorrência de angústia ligada ao sentimento de perda, que precisa de tempo para ser elaborada. O período para essa elaboração precisa ser criteriosamente definido, pois, uma vez fixado, não deve ser alterado, para não incorrer no descrédito da proposta.

Como visto, a perspectiva de encerramento de qualquer terapia envolve angústia pela separação, o que é temido tanto por pacientes quanto por terapeutas. Contudo, o término de uma terapia é uma condição

necessária a um processo que pretende o crescimento mental e que, portanto, pressupõe a autonomia do indivíduo, tornando paradoxal o prolongamento de uma relação de dependência de outro (ETCHEGOYEN, 1989). Rivera (2001) complementa essa perspectiva ao comentar que, sendo uma experiência humana, a terapia é necessariamente limitada no tempo. Ele entende a menção de Freud sobre o aspecto interminável da análise como aquele dirigido ao seu objeto, ou seja, o paciente. O mesmo não se aplica à experiência da relação analítica, que pode levar o paciente a internalizar seu analista. Assim, nesse complexo campo de encerramento de terapia, as psicoterapias breves (PB) se colocam com a necessária perspectiva de término desde seu início. Isso demanda considerar a perspectiva temporal, tanto do ponto de vista da percepção quanto do manejo do tempo.

Dessa forma, as principais questões desenvolvidas neste capítulo são: *o que dá sentido a um processo terapêutico com duração limitada e como manejar adequadamente esse processo de modo a garantir esse sentido.*

A primeira questão tem como base o entendimento da percepção do tempo. James Mann (1973; 1991) oferece uma importante reflexão sobre esse aspecto. Ele trabalhou por muitos anos com terapias de longa duração com pacientes psicóticos e outros pacientes em psicoterapia ou psicanálise. Seu trabalho levou-o a perceber que, não obstante quão longo fosse o tratamento ou mesmo qual fosse o modelo terapêutico adotado, a perspectiva de terminá-lo sempre constituía uma experiência desestabilizadora para o paciente e que tinha repercussões também no terapeuta. Nesses momentos de proposta de término, a realidade do tempo, com seus múltiplos significados de separação, perda e, final/essencialmente, morte, torna-se sobremaneira importante em todos os casos (MANN, 1991).

A ligação entre tempo e realidade é indissolúvel, pois só se “escapa” do tempo anulando a realidade e da realidade, anulando a sensação de tempo (MANN, 1973). Essa associação entre tempo e realidade

contrasta com o princípio do prazer e a infinitude, que são característicos do inconsciente. Mann (1973) ressalta, baseado nas considerações de Winnicott, que o conceito de tempo é desenvolvido nas crianças a partir de padrões rítmicos externos e do convívio com adultos que também têm padrões rítmicos, e essa convivência com os objetos cuidadores confere determinantes emocionais ao sentido do tempo. Como o sentido da realidade é adquirido dentro da mesma sequência de eventos, não é surpreendente que o sentido de tempo real fique carregado com experiências, símbolos e fantasias do passado. Mann lembra, ainda, que o desenvolvimento infantil saudável leva à posição depressiva, em que o indivíduo está capacitado para perceber a diferença entre fato e fantasia. Há aí o sentido do tempo e, para um indivíduo que atingiu esse estágio de desenvolvimento, as futuras reações à perda serão de pesar e tristeza. Para esse indivíduo pode haver trocas enriquecedoras com outros e, também, lembranças de boas experiências e de objetos amados, o que permite que ele tolere perdas sem tanto suporte externo. Na ocorrência de alguma falha na posição depressiva, a perda leva à depressão. Assim, o desenvolvimento do sentido do tempo parece ser um ingrediente necessário no manejo das perdas repetidas que devem ser superadas no curso da vida. Com isso, durante toda a história de vida, o tempo e o sentido subjetivo do tempo são inseparáveis, de forma que todo comportamento humano significativo está ligado ao tempo.

Ainda no tocante à percepção do tempo, Mann (1973) comenta que o atual período histórico é vivido com a impressão de um tempo despedaçado, que parece correr mais rapidamente do que é possível compreender. Tudo parece mudar rapidamente, resultando em uma sensação de impermanência e instabilidade em que a limitação do tempo parece onipresente e opressiva. Nesse contexto, as psicoterapias breves ganham um sentido particular que corresponde a essa urgência decorrente da percepção de menos tempo disponível para tudo, mas também revivem a angústia despertada pela passagem do tempo e as

tentativas de tornar o passado atual, restaurando a onipotência infantil, para escapar às vivências de perda e de morte.

Contudo, Mann (1973) considera que os diversos tipos de formas breves de psicoterapia prestam pouca atenção aos sentidos objetivos e subjetivos do tempo, tanto para o paciente como para o terapeuta. Ele relembra que apenas Otto Rank atentou para a influência do tempo quando considerou que os pacientes repetem a cada hora de tratamento as vivências de separação da mãe até que se tornem capazes de manejá-la e terminá-la.

Qualquer psicoterapia tem o objetivo de aliviar o sofrimento do indivíduo e ajudá-lo a sair mais fortalecido da experiência terapêutica. Como se sabe, a maioria dos problemas emocionais que levam pessoas a procurar ajuda está no campo dos relacionamentos, no mais das vezes de ordem afetiva (SIMON, 1997). Mann (1973) comentou da ambivalência de emoções relativas à percepção do tempo e do efeito deste sobre os relacionamentos. Assim, ao propor uma psicoterapia, fica implícita a proposta de uma nova relação que pretende lidar de forma mais satisfatória com as vivências anteriores de perdas e separações. Quando se obtém êxito nessa tarefa, será possível dar à relação atual um desfecho mais satisfatório do que ocorrera anteriormente e, portanto, auxiliar na elaboração do conflito. Segundo Strupp e Binder (1984), se relacionamentos anteriores levaram a pessoa a ficar doente, a perspectiva é de que o novo relacionamento possa auxiliá-la a ficar sã.

Então, se ao terminar um processo de psicoterapia é possível perceber os efeitos das vivências de separação e perda, como é possível manejar uma terapia que terá uma duração abreviada? A fim de apresentar com maior clareza as vicissitudes do término em psicoterapia breve psicodinâmica, segue a exposição das etapas do processo de PB, relacionadas às questões técnicas decorrentes da limitação do tempo. Será considerado o modelo de técnica breve desenvolvido no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve e já descrito em Yoshida e Enéas (2007).

ASPECTOS TÉCNICOS DO PROCESSO

Paradoxalmente, quando se inicia um processo de PB tem-se em mente o final do processo. Isso significa que, decorrente da avaliação feita, o terapeuta procederá a um planejamento que contemple os objetivos a serem atingidos, o foco a ser trabalhado, a estratégia de intervenção enfatizada e as possíveis reações do paciente ao término, que necessitarão de manejo específico. Além dessa íntima ligação com o início do processo, portanto, o término articula-se a todas as etapas por meio do planejamento, como apresentado na Figura 7.1.

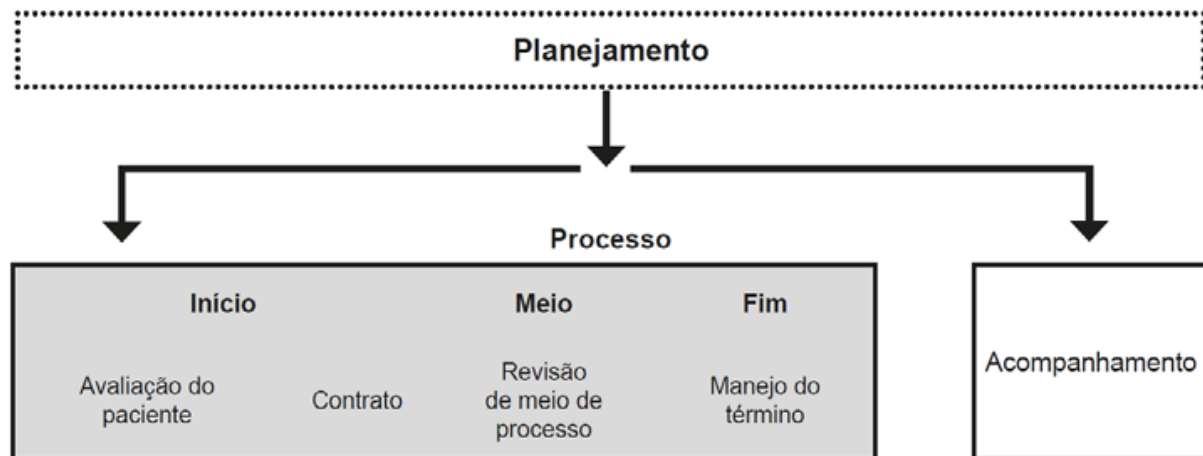


Figura 7.1. Planejamento e etapas do processo.

Segundo Iankilevich (2007), o planejamento inicial cuidadoso orienta a mente do terapeuta ao longo dos momentos cruciais do processo, por exemplo, em que se cria um conluio inconsciente para a manutenção da doença e da relação, em virtude da aproximação do término. É importante, pois permite ter uma visão ampla do processo, a partir da qual a ocorrência de reações ao término pode ser prevista e manejada desde muito antes de terapeuta e paciente aproximarem-se das sessões derradeiras. A clareza sobre a possibilidade de ocorrência de reações ao término é fundamental para que o terapeuta possa manejá-las adequadamente. Caso contrário, há grande possibilidade de não haver término, como apontado por Etchegoyen (1989), mas interrupções

unilaterais que não proporcionam ao paciente a experiência de um novo relacionamento que o auxilie a ficar são, mas que contribua para mantê-lo na condição de doente (STRUPP; BINDER, 1984). Nesse sentido, Younggren e Gottlieb (2009), de forma semelhante a Etchegoyen (1989), definem *término* como um processo apropriado ética e clinicamente, em que se termina um relacionamento profissional e *abandono* como uma falha técnica e ética do terapeuta ao definir e dar os passos necessários para que o relacionamento profissional tenha um fim, o que implica atribuir ao terapeuta grande parte da responsabilidade sobre o desfecho da psicoterapia.

Ainda na mesma perspectiva apontada por Mann (1973), o estabelecimento da relação terapêutica vai gratificar em alguma medida os desejos regressivos que a pessoa apresenta no início da terapia, mesmo que não haja intenção explícita de fazê-lo. Esse tipo de gratificação subjacente também dificulta a separação do terapeuta (STRUPP; BINDER, 1984). Portanto, é preciso considerar esses elementos subjacentes ao fazer um planejamento terapêutico, pois a perspectiva do término da terapia terá como consequência esperada a reativação de defesas para perpetuar a relação. Em geral, as defesas serão condizentes com o padrão relacional disfuncional que o indivíduo apresenta ao longo da vida e, mesmo que já tenha sido trabalhado ao longo do processo, é possível prever a ocorrência de “recaídas”, agora ligadas à nova situação conflituosa desencadeada pela aproximação do término. Dessa forma, a atenção e cuidado constantes com os efeitos de cada fase sobre a possibilidade de término é que permitem dar sentido a um processo de PB.

Assim sendo, serão consideradas a seguir as etapas do processo de PB, apresentadas as relações de cada uma com o término da psicoterapia, as possíveis reações do paciente e o manejo que o terapeuta pode ter. Antes, no entanto, é importante ressaltar que as condições do terapeuta também devem ser consideradas e serão tratadas em tópico à parte.

AVALIAÇÃO E TÉRMINO

A avaliação do paciente é o ponto-chave de todo o processo de PB, pois dela depende, também, a indicação do paciente a esse tipo de atendimento. Se indicado, e de acordo com os critérios adotados na avaliação, o psicoterapeuta planejará o processo de intervenção e o acompanhamento.

Pode parecer estranho associar o término do processo de PB à avaliação do paciente, pois tanto para o paciente como para o terapeuta este promete ser o início de um novo relacionamento, em que se pretende estabelecer uma relação de ajuda. No entanto, o planejamento realizado a partir da avaliação do paciente é necessário para que a psicoterapia atinja os objetivos propostos e leva o profissional a antever como a realidade do tempo e seus múltiplos significados de separação, perda e, final/essencialmente, morte (MANN, 1991) poderão manifestar-se diante da aproximação do término.

Para conseguir focalizar e abreviar o trabalho terapêutico, características técnicas básicas das psicoterapias breves apontadas no início do capítulo, é necessário considerar alguns aspectos específicos do funcionamento psíquico dos eventuais pacientes. Propostas de psicoterapia breve psicodinâmica, especialmente aquelas fundamentadas no modelo relacional (vide YOSHIDA, 2007), propõem avaliar as condições do indivíduo para estabelecer uma aliança terapêutica satisfatória como critério de indicação dessa modalidade terapêutica (STRUPP; BINDER, 1984; LUBORSKY, 1984). Esse critério pressupõe que o indivíduo tenha boas relações internalizadas que o ajudem a suportar situações de separação. Por isso, a perspectiva de que o indivíduo desenvolva boa aliança terapêutica está ligada a melhores prognósticos para a PB. Para avaliar a possibilidade de a pessoa vir a desenvolver uma boa aliança terapêutica, é preciso considerar as condições apresentadas no momento da relação com o terapeuta e procurar atentar para aspectos que são observáveis no comportamento

da pessoa, e não baseados em inferências relativas a constructos teóricos (BINDER; HENRY; STRUPP, 1987). Por exemplo, quando uma pessoa conta sobre seus relacionamentos com outras pessoas nos quais se mostra confiante e tem atitudes semelhantes para com o terapeuta, é mais plausível concluir sobre a internalização de bons objetos que lhe assegurem o desenvolvimento de confiança básica no outro.

Associado às condições de funcionamento do indivíduo está o foco. Na mesma perspectiva teórica relacional, é possível compreender o foco da terapia como parte do problema relacional vivido pelo paciente ao longo de sua vida (LUBORSKY, 1984; BOOK, 2003; STRUPP; BINDER, 1984). O pressuposto essencial é o caráter repetitivo das dificuldades relacionais vividas pela pessoa e que serão atualizadas na relação com o terapeuta, o que favorece a manutenção do foco ao longo do processo. É a manutenção do foco que auxilia a abreviar o processo, uma vez que intensifica o trabalho terapêutico, evitando que o paciente divague ou se perca em resistências. De fato, o trabalho focalizado corresponde à proposta de “atitude de tempo limitado”, como sugerida por Binder, Henry e Strupp (1987). Os autores afirmam que para conduzir um tratamento com o máximo de eficiência é preciso que o terapeuta fique alerta e atente aos temas focais e ao estado da aliança terapêutica a cada momento. Como resultado, é criado um estado de tensão produtiva que reflete a motivação de ambos os envolvidos. Assim, é possível reduzir o número de sessões “perdidas” em que parece que nada acontece, repercutindo na diminuição do tempo da terapia.

Consideradas em conjunto, essas características auxiliam no manejo adequado de uma terapia breve para atingir o objetivo proposto e, portanto, garantir a articulação de elementos técnicos que lhe conferem sentido.

Na PB, formulado o foco, este passa a ser o centro da atenção seletiva e das intervenções do terapeuta. Mesmo que haja mudança nesse padrão de conflito, pode haver a volta desse padrão, ao final do processo, em decorrência de que a perspectiva de terminá-lo pode constituir-se em

uma experiência desestabilizadora para o paciente (MANN, 1991). Assim sendo, como uma maneira de o paciente comunicar que deseja continuar em tratamento ou, ainda, por temer perder o terapeuta, promove um ataque a ele, podendo, entre outras atuações, expor a suposta ineficiência do trabalho terapêutico. Nesses casos, o paciente atua o padrão mal-adaptativo relacional, o que não quer dizer, necessariamente, que não houve qualquer melhora, mas que há a necessidade de atenção por parte do terapeuta, a fim de discernir qual significado dessa repetição e de não comprometer os resultados e a finalização do processo.

A depender do grau com que essas atuações possam interferir no término do processo, ou seja, da elaboração da angústia de separação que o paciente vivencia, em virtude das experiências passadas, esta pode, ainda, ser uma informação útil para a decisão de encaminhar ou não o paciente a uma terapia breve. Ou seja, ao compreender o caráter repetitivo dos conflitos do paciente, é possível fazer uma espécie de 'previsão' de como ele poderá lidar com a proximidade do término.

CONTRATO E TÉRMINO

Supondo que, a partir da avaliação realizada, o paciente tenha indicação para a modalidade de atendimento breve, é muito importante fazer um bom contrato com ele, informando-o sobre as condições de término do processo. As propostas de psicoterapia breve psicodinâmica têm orientações diversas acerca da quantidade de sessões e/ou tempo de duração do tratamento, por exemplo, em Yoshida e Enéas (2007), Simon (2005) e Luborsky (1984), mas todas têm claras as regras para definição do tempo de tratamento. Espera-se que, com as condições de término explicitadas, o paciente possa ser também estimulado a enfrentar seu problema, considerando o tempo de que dispõe.

Nesse sentido, Mann (1973) considera que a limitação do tempo leva a um específico encadeamento de eventos dinâmicos inconscientes que precisa ser conhecido para que se possa tratar o paciente e ajudá-lo a

superar as angústias ligadas a perdas e separações. Ele considera que, se existe apenas um agora no tempo existencial, não importa o problema apresentado pelo paciente, ele está ligado firmemente aos eventos tolerados em sua vida interior, que se estende ao mais remoto passado e a um futuro previsível. Os desejos inconscientes são atemporais e recusam um oferecimento de ajuda no qual o tempo é limitado, pois essa limitação estimula o conflito vivenciado entre, de um lado, o tempo infinito, as fantasias onipotentes da infância e a imortalidade e, de outro, o tempo finito, a realidade e a perspectiva da morte. Dessa forma, qualquer terapia com duração limitada faz surgir reações intensas, respostas conflituosas e, especialmente, expectativas conflituosas. Ao considerar esse movimento, propor limitação de tempo a um processo terapêutico, como já apontado, parece um paradoxo. Como decorrência, um princípio essencial no manejo das terapias refere-se à clareza no estabelecimento do tempo. Para Mann (1973), quanto maior a ambiguidade com relação à duração do tratamento, maior a influência do tempo da criança sobre os desejos e as expectativas inconscientes. Em paralelo, quanto maior a especificidade da duração do tratamento, mais rápida e apropriadamente o tempo da criança é confrontado com a realidade e o trabalho a ser feito.

A informação clara sobre como e o que se espera do processo é um compromisso ético e técnico com o paciente; além disso, quando necessário, o terapeuta poderá retomar as condições do contrato com a segurança de quem as informou no tempo devido, mesmo considerando que, em razão das expectativas conflituosas do paciente, muitos deles não as ‘escutem’ e posteriormente sintam-se enganados pelo terapeuta por terminar o relacionamento ‘abruptamente’. Caso essa informação não tivesse sido passada, o terapeuta poderia sentir-se confuso diante do espanto e da indignação do paciente ou mesmo culpado por não tê-lo avisado, e tenderia a se submeter aos pedidos do paciente de prorrogação do processo, sem questionar seu significado. No início do processo, portanto, o paciente deve ter clareza sobre quanto tempo ele tem para

trabalhar o foco e atingir determinado objetivo, ou seja, inicia o processo com vistas ao seu fim, o que é acompanhado pela necessidade de lidar com a angústia de separação que essa situação pode trazer. Todavia, os cuidados com a limitação de tempo não se esgotam no estabelecimento do contrato.

REVISÃO DE MEIO DE PROCESSO E TÉRMINO

Esta é uma oportunidade que terapeuta e paciente têm de, conjuntamente, avaliarem o processo até então. A proposta original de Rudolph (1993) prevê que na sessão correspondente ao meio do processo seja feita uma avaliação conjunta pelo terapeuta e pelo paciente relativa ao montante de progresso alcançado até aquele momento. Essa revisão considera os objetivos estabelecidos, o desempenho do terapeuta e o do paciente e a qualidade do vínculo entre ambos. Assim, é possível avaliar o grau de envolvimento de ambos (paciente e terapeuta) na busca pela solução prevista no início do processo. A relação com o final do processo pode ser considerada íntima, na medida em que é, depois do contrato, a primeira aproximação do término (COELHO FILHO, 1997) quando se explicita mais claramente a relação entre a evolução do processo e seu encerramento. Isso quer dizer que o contato com a realidade temporal da psicoterapia, com o fato de estar no meio do processo, pode fazer o paciente se lembrar de que falta apenas metade do tempo combinado para que o processo seja finalizado, fornecendo a ele uma medida de quanto tempo dispõe. Novamente, um dado da realidade poderá promover a emergência de angústias de separação, que se imiscuirão no processo e promoverão a oportunidade de o terapeuta, desde então, intervir ativamente com vistas a sua elaboração.

OUTRAS OCORRÊNCIAS DURANTE O PROCESSO

Além da Revisão de Meio de Processo, outras ocorrências, como doenças, férias, feriados prolongados, gravidez da terapeuta, necessidade de desmarcar e remarcar a sessão, possibilitam a emergência dessas angústias de separação e o medo de vir a ser abandonado pelo terapeuta e oferecem, também, oportunidades de se perceber quais seriam as possíveis reações do paciente ao término e de fazer intervenções precoces com o intuito de elaborar essas angústias e preparar o paciente para a separação (CALIGOR; KERNBERG; CLARKIN, 2008).

É importante esclarecer a necessidade de o terapeuta estar atento ao movimento de mudança do paciente e buscar entender as reações dele diante da ocorrência desses eventos que, de antemão, sabe-se que ensejam certas vivências, as quais parecem indicar que o paciente regrediu, mas que podem ser reações à separação do terapeuta.

Os conceitos básicos relativos à percepção e ao manejo do tempo, como propostos por Mann (1973; 1991), auxiliam a compreender os cuidados necessários durante o processo de psicoterapia breve para garantir a condição de terminá-la, dando sentido ao trabalho feito para minimizar os problemas do paciente.

TÉRMINO DO PROCESSO

Terminar um relacionamento que foi uma experiência única, na qual o terapeuta ajudou o paciente a atingir uma nova situação na vida é uma tarefa que cria problemas especiais (ROSA et al, 2006).

O período de encerramento de uma psicoterapia breve costuma ser de trabalho intensificado, pois o trabalho sobre o foco mantém-se e agora é preciso atentar para outra forma de manifestação desse foco, na relação terapêutica. É como se tivesse de ser feito um trabalho “duplo” que envolve a relação com o terapeuta e outras relações da vida do indivíduo e que constitui uma nova oportunidade para lidar com o padrão de relacionamento disfuncional (STRUPP; BINDER, 1984). Assim, é o mesmo foco a ser ‘duplamente’ trabalhado, ou seja, o conflito relacional do paciente é reativado quando o relacionamento com o terapeuta se

intensifica e se vê ameaçado, o que requer proporcional intensificação do trabalho terapêutico.

Ainda nesse período final, é importante auxiliar o paciente a fazer uma retrospectiva de todo o processo, pois, ao tomar certa distância do que foi feito ao longo da terapia, o paciente tem a oportunidade de incorporar os ganhos obtidos e internalizar a figura do terapeuta, o que irá fortalecer ainda mais sua capacidade de lidar com as separações (LUBORSKY, 1984).

Referir-se ao término não diz respeito exclusivamente à última sessão ou aos momentos finais do processo, mas à fase final do processo de PB. Não há consenso sobre a quantidade de sessões consideradas ótimas para que se desenvolva um bom trabalho de manejo do término, pois isso depende da quantidade total de sessões e das condições da dupla paciente-terapeuta. Braier (1986) aponta a importância de garantir um tempo para análise do luto pela separação e lembra que esse trabalho pode demandar cerca de um terço da duração da terapia. De qualquer forma, é necessário que o terapeuta avise o paciente um tempo antes, cerca de quatro sessões, de que está para terminar o processo. Nesse período ocorre um trabalho intenso para elaborar a separação do terapeuta, considerando as condições do paciente levantadas na avaliação, e, como citado anteriormente, o trabalho duplo “foco x reações ao término” exige energia adicional do terapeuta. Ao deixar as reações do paciente sem a devida elaboração, ele pode vir a abandonar a psicoterapia em seus momentos finais e com a ideia clara de que o terapeuta não foi compreensivo diante de seu sofrimento. Esse tipo de problema pode não apenas afetar os resultados do processo que estava em andamento, como já mencionado, mas também comprometer processos futuros, já que o paciente pode desistir da psicoterapia com uma visão pessimista do que esse tipo de tratamento pode fazer pelas pessoas.

Na fase final, mais intensamente, as reações à separação podem ocorrer na forma de atrasos, faltas, volta dos sintomas, ataque ao

terapeuta, menosprezando sua competência, questionando-o sobre a aplicação de suas técnicas à própria vida, etc. Uma das possibilidades de manejar a volta dos sintomas é retomando os ganhos obtidos pelo paciente durante o processo. Esse tipo de recurso, indiretamente, valoriza a independência do paciente em relação ao terapeuta. Para que essa estratégia tenha os efeitos desejados, é necessário que durante o processo esses ganhos tenham sido apontados pelo terapeuta, se o paciente não o tiver feito por si. Caso contrário, o efeito pode ser o oposto e o paciente se sentirá ludibriado ao ser confrontado com ganhos sobre os quais não se sentia seguro ou de que não tinha conhecimento e entender essa estratégia como uma maneira de o terapeuta livrar-se dele.

Outra intervenção importante nesses momentos é a interpretação da transferência negativa. Essa recomendação é válida durante todo o processo, já que a transferência negativa influenciará o movimento de mudança do paciente e a qualidade da aliança terapêutica e pode prejudicar o processo em qualquer momento em que ocorra.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

CLÍNICAS-ESCOLA E FÉRIAS ESCOLARES

Algumas situações merecem comentários específicos. A primeira delas diz respeito a algo muito comum em clínicas-escola, que são regidas pelo calendário escolar, ou seja, em que supervisores, estagiários e pacientes têm férias no meio do processo. Essas férias, além de se configurarem como situações de meio de processo, ainda impõem uma lacuna importante de tempo entre os semestres letivos – que pode chegar a até três meses, se forem férias de final de ano – e levam os pacientes a vivenciar experiências com teor emocional mais próximo daquele relativo ao término do processo do que a uma separação temporária devida às férias. A seguir é apresentado um esquema temporal nesse contexto institucional (Figura 7.2).

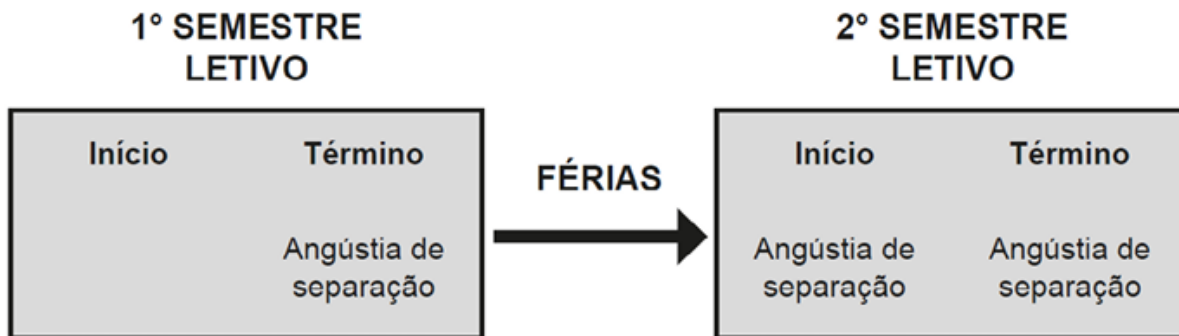


Figura 7.2. Processo de PB, entremeado por férias escolares.

Ao considerar um processo de psicoterapia breve com duração de um ano, tem-se, aproximadamente, um total de 24 sessões, sendo, em geral, 12 em cada semestre, e estes entremeados por férias de até três meses (dezembro a fevereiro). O que pode ocorrer, nesses casos, é o paciente vivenciar intensamente a experiência de separação, o medo de ser abandonado pelo terapeuta ao final do primeiro semestre de atendimento e/ou no início do segundo semestre atuar a raiva por ter sido abandonado, por exemplo, não retornando ou agredindo o terapeuta com a volta dos sintomas.

No retorno após as férias, podem ocorrer atuações decorrentes dos sentimentos de abandono que o paciente vivenciou enquanto o terapeuta estava “em férias, divertindo-se, passeando” e o paciente estava sozinho, às voltas com seu sofrimento. É com esse espírito que o paciente pode retardar o retorno às sessões, como um “revide” pelo abandono sentido e tentando levar o terapeuta a sentir-se da mesma forma; retornar reapresentando as mesmas queixas do início do processo; comunicar que não tem mais disponibilidade para a psicoterapia e, por exemplo, abandoná-la duas ou três sessões após o início. O abandono da terapia entre um semestre e outro ou logo no início do segundo pode ser, também, uma maneira de evitar passar por nova separação ao final do processo, preferindo abandonar a ser abandonado. Nesse momento, novamente, é importante a retrospectiva do semestre anterior, o que pode

auxiliar o terapeuta a mostrar-se envolvido com o processo do paciente e o paciente a sair do estado regressivo em que se encontra.

CONDIÇÕES DO TERAPEUTA

Diante de tantas recomendações, terminar uma psicoterapia não é algo simples de se fazer, dado que os terapeutas devotam suas vidas a ajudar as pessoas e, muitas vezes, podem ter dificuldade em terminar a psicoterapia, pois almejam ajudar o paciente a resolver todos os seus problemas, tendendo a estender a duração do tratamento indefinidamente. Younggren e Gottlieb (2009) apontam que, em decorrência de dificuldades dos próprios terapeutas, muitas vezes enfrentar o término da psicoterapia pode ser desagradável e colocar em risco a atuação do profissional. Além disso, há a tendência de as psicoterapias, na atualidade, serem limitadas no tempo, em razão de definir objetivos limitados da focalização e, por consequência, os terapeutas serem levados a enfrentar, com mais frequência os desafios que o término das psicoterapias impõe (DAVIS; YOUNGGREN, 2009).

É por essas razões que Rosa et al. (2006) salientam a necessidade de o terapeuta ter atenção aos seus próprios sentimentos relativos ao término da psicoterapia e, além disso, atentar à possibilidade de utilizá-los a fim de enriquecer e iluminar o trabalho na fase final do tratamento.

A dificuldade de encarar o término da terapia pode encobrir desejos de prolongar o tratamento e, em casos de psicoterapia breve, como já apontado no início do capítulo, seria uma falha técnica e ética, na medida em que falharia em ajudar o paciente a lidar com dificuldades pessoais importantes em seu funcionamento, não lhe proporcionando um tratamento adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, a psicoterapia breve psicodinâmica envolve um paradoxo importante, que é o de lidar com aspectos emocionais do indivíduo, que

sempre são carregados de vivências regressivas, de modo a ajudá-lo a buscar sua autonomia em pouco tempo. O que pode dar sentido a esse aparente paradoxo é a especificidade do manejo técnico que caracteriza os processos de duração limitada. Este é o desafio maior dos praticantes dessa modalidade terapêutica e de todos aqueles terapeutas que se deparam com inúmeros indivíduos em sofrimento psíquico, para os quais uma ajuda, mesmo que de tempo e objetivos limitados, pode ser a esperança de uma vida mais feliz e realizada.

Binder e Strupp (1991) já apontaram a quase impossibilidade de fazer recomendações técnicas para psicoterapias dinâmicas, pois as intervenções ganham sentido no contexto da interação. Com isso, a relação depende da postura pessoal e técnica do terapeuta, que também não se pode prescrever. Assim, é o cuidado constante com a formação que pode nortear o terapeuta, especialmente em psicoterapia breve, para desempenhar bem seu trabalho, pois, nesses casos, tanto dos pacientes quanto dos terapeutas é exigida grande concentração nas tarefas da terapia. De qualquer forma, como lembrado por Knobel (1986), o trabalho terapêutico pode se ampliar ou se restringir segundo o tempo de que se dispõe para realizá-lo, sendo possível realizar o máximo possível no menor tempo disponível.

Entre tantas aparentes impossibilidades, este capítulo pretende oferecer algum estímulo e incentivo àqueles que precisam enfrentar esse desafio.

REFERÊNCIAS

- BRAIER, E. A. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- BINDER, J. L.; STRUPP, H. H. The Vanderbilt approach to time-limited dynamic psychotherapy. In: CRITS-CHRISTOPH, P.; BARBER, J. P. (Eds.). *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1991. p. 137-165.
- _____.; HENRY, W. P; STRUPP, H. H. An appraisal of selection criteria for dynamic psychotherapies and implications for setting time limits. *Psychiatry*, v. 50, p. 154-166, 1987.
- BOOK, H. E. *Brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method*. Washington: American Psychological Association, 2003.
- CALIGOR, E; KERNBERG, O. F.; CLARKIN, J. F. *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COELHO FILHO, J. G. Término em psicoterapia breve. In: SEGRE, C. D. *Psicoterapia breve*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 105-118

DAVIS, D. D.; YOUNGGREN, J. N. Ethical competence in psychotherapy termination. *Professional Psychology: research and practice*, v. 40, n. 6, p. 572-578, 2009.

ETCHEGOYEN, R. H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FIORINI, H. J. *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: _____. *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. v. 23, p. 241-287. (Original de 1937).

GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

IANKILEVICH, E. Planejamento. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2007. p. 206-218

KNOBEL, M. *Psicoterapia breve*. São Paulo: EPU, 1986.

LUBORSKY, L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.

LUZ, A. B. Fases da psicoterapia. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 254-267.

MALAN, D. H. *As fronteiras da psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

MANN, J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harward University Press, 1973.

_____. Time limited psychotherapy. In: CRITS-CHRISTOPH, P.; BARBER (Eds.), J.P. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1991. p. 17-44.

RIVERA, J. *Terminación de tratamientos en las terapias psicoanalíticas: un aporte a la legitimación de nuevos modelos*. Montevideo: Psicolibros, 2001. p. 115-145. (Psicoanálisis: focos y aperturas.)

ROSA, A. C. S. M. et al. Contratransferência e término de tratamento. In: ZASLAVSKY, J.; SANTOS, M. J. P. (Org.). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, p. 256-268, 2006.

RUDOLPH, B. A. The importance of the midpoint review in time-limited therapies. *Professional Psychology: research and practice*, v. 24, n. 3, p. 346-352, 1993.

SIFNEOS, P. E. *Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SIMON, R. Proposta de Redefinição da E.D.A.O. (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida). *Boletim de Psicologia*, v. 47, n. 107, p. 85-94, 1997.

_____. *Psicoterapia breve operacionalizada*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

STRUP, H. H.; BINDER, J. L. *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.

YOSHIDA, E. M. P. Evolução das psicoterapias breves psicodinâmicas. In: _____. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea, 2007.

_____.; ENÉAS, M. L. E. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve. In: _____. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea, 2007.

YOUNGGREN, J. N.; GOTTLIEB, M. C. Termination and abandonnement: history, risk, and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 39, n. 5, p. 498-504, 2008.

8. A DIMENSÃO SENSOPERCEPTIVA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Claudio Bastidas

Ao longo da história da psicanálise, superando o emprego inicial da hipnose e da sugestão, Freud estabelece a associação livre como um dos pilares da técnica psicanalítica, o qual se mantém sólido até os dias de hoje. A associação livre delimita um campo no qual se focaliza a comunicação entre analista e analisando em seu aspecto verbal – envolvendo tanto o que é dito textualmente como o conteúdo inconsciente, que encontramos além do que é dito de maneira manifesta pelo analisando.

Em contrapartida, existem fenômenos chamaremos de “dimensão sensoperceptiva” na clínica, tais como: observações sobre expressões faciais, postura corporal, vestimentas, gestos e comportamentos de analisandos. Tal dimensão sensoperceptiva não passou despercebida aos pioneiros da psicanálise, como Freud e Ferenczi. O presente texto procura identificar momentos importantes das descobertas de Freud e Ferenczi acerca do significado atribuído a diferentes fenômenos clínicos envolvidos na análise de elementos sensoperceptivos. Também apresenta reflexões sobre fenômenos de ordem sensoperceptiva na prática clínica do autor durante as entrevistas iniciais de dois pacientes.

FREUD

Sem termos a pretensão de apresentar uma revisão minuciosa das obras de Freud e Ferenczi, gostaríamos de indicar a presença e a importância do tema do aspecto sensoperceptivo no processo analítico.

No artigo intitulado *Sobre o início do tratamento*, Freud (1980c, p. 181) aborda significados inconscientes em comportamentos relacionados com o vestuário:

Os primeiros sintomas ou ações fortuitas do paciente, tal como sua primeira resistência, podem possuir interesse especial e revelar um complexo que dirige sua neurose. Um arguto e jovem filósofo, com delicada sensibilidade estética, apressar-se-á a endireitar os vincos das calças antes de deitar-se para a sua primeira hora [...]. Uma moça apressadamente puxará a barra da saia sobre os tornozelos expostos; assim procedendo, está revelando a essência do que sua análise mais tarde demonstrará: um orgulho narcísico de sua beleza física e inclinação ao exibicionismo.

Em um momento importante da análise do *Homem dos ratos*, Freud (1980b) confirma a sua hipótese inicial de que o analisando reprimira o ódio ao pai ao observar o comportamento no contexto transferencial; em contraste com o habitual tratamento respeitoso, o analisando levantou-se do divã, proferiu insultos e andou pela sala.

FERENCZI

Nos primórdios da história da psicanálise, Sandor Ferenczi dedicou-se à reflexão sobre possíveis significados inconscientes em comportamentos que observou em seus analisandos.

Em um de seus textos, o título *Esfregar os olhos: substituto do onanismo* (FERENCZI, 1992a) indica a interpretação de Ferenczi. Em certos casos, a masturbação é o significado inconsciente do comportamento de esfregar os olhos. De forma semelhante, em *Mãos envergonhadas* (FERENCZI, 1992c), roer as unhas, enfiar o dedo no nariz ou coçar a pele podem ser resultado de uma repressão malsucedida de desejos masturbatórios.

O modo como o analisando faz uso do divã também pode ser objeto de interpretação. No artigo *Um sintoma transitório: a posição do paciente durante o tratamento*, Ferenczi (1992f) atribuiu às fantasias homossexuais inconscientes aos movimentos bruscos de dois analisandos do sexo masculino de virarem de bruços durante determinados momentos de suas sessões.

Por vezes, o conteúdo verbal aponta para um caminho interpretativo, mas a expressão facial revela um significado diverso. Ferenczi identificou uma importante resistência à análise, que se dava por meio da sedução, ao observar em uma paciente histérica “demorados olhares suplicantes lançados ao médico” (FERENCZI, 1992g, p. 361).

Referências ao corpo assumiram um papel importante na obra de Ferenczi. Uma de suas analisandas, ao sonhar que estava nua, encontrou na análise a interpretação que revelava um desejo de intimidar seu filho. De modo semelhante, o psicanalista húngaro investigou os significados inconscientes envolvidos em roupas e objetos ligados ao corpo, tais como: o leque, o calçado, os lençóis. Ao apresentar o caso da analisanda que resistia por meio do olhar sedutor (que mencionamos anteriormente), Ferenczi (ANO, p. 1992, p. 361) discute também seus trajes “excêntricos e exibicionistas”. Sobre outro analisando, conclui que sua propensão à avareza (um traço anal) está articulada com desejos de sujar, o que resulta no hábito de não trocar sua roupa de cama.

Assim, podemos concluir que a busca pela análise de elementos sensoperceptivos nas sessões tomou um lugar importante na clínica de Ferenczi, que observava roupas, expressões faciais, gestos das mãos, movimentações do corpo e outros fenômenos. A partir da compreensão dos fenômenos do universo sensoperceptivo, Ferenczi realizava comunicações verbais para seus analisandos, com vistas a desvendar os caminhos que levavam aos conteúdos inconscientes.

REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA

A título de ilustração, gostaria de apresentar dois breves relatos clínicos, acompanhados de reflexões sobre o trabalho com elementos da dimensão sensoperceptiva.

Ao longo do processo analítico, uma formulação ainda não concluída no âmbito consciente do analista pode se valer de um elemento sensoperceptivo encontrado em uma sessão para atingir uma compreensão mais bem estruturada do material. Dizendo de outra forma, pensamentos inconscientes do analista podem encontrar em fenômenos sensoperceptivos, tais como a observação de elementos como gestos, roupas e outros, um auxílio na condução que leva à interpretação do material, que pode ou não (de acordo com o que é oportuno naquela determinada etapa de cada processo analítico) ser comunicada ao analisando.

Paula (nome fictício), 29 anos, procurou a análise com queixa de depressão. Casada há três anos, sem filhos, profissional liberal, entre seus projetos para o futuro, trocar seu carro por um mais novo e a ideia antiga de ter um filho não impediam que considerasse que sua vida perdera “*o brilho*”. Em contrapartida, ainda durante a primeira sessão, pude observar que trajava uma saia um tanto curta e um decote grande (comparados ao que é comum encontrar nas ruas do verão paulistano) cabelos bem cortados e rosto maquiado – algo que não combina muito bem com a figura de uma pessoa que sofre de depressão, que muitas vezes conduz a dificuldades nos cuidados do corpo bem como à busca por recolhimento e anonimato.

Essa incompatibilidade entre o conteúdo verbal e o que observei da aparência física levou a que eu dirigisse minha atenção a seu modo de falar: frases curtas, tom levemente imperativo e desdenhoso.

Ao final da primeira sessão, Paula mencionou que não confiava nos homens – uma indicação clara de um importante aspecto transferencial. Questionei o porquê da desconfiança, ao que ela discorreu sobre como os homens sempre procuram “*se aproveitar*” das mulheres. Mencionou uma experiência de assédio sexual que sofrera ao contratar os serviços de um profissional da área jurídica.

Nos momentos finais da sessão, abordei o enquadramento. Ao ouvir sobre o valor das sessões, disse que considerava “*o preço caro*”. Não

pediu para diminuir o valor, mas deu a entender que talvez não continuasse a análise em razão disso. É importante dizer que não sou rígido quanto ao valor das sessões. Entendo que, para além dos casos nos quais a questão financeira é um sintoma do analisando, fatores externos imprevisíveis podem surpreender e desestabilizar o processo analítico, tais como demissões, falências e falecimentos de familiares. Em situações como essas, por exemplo, posso alterar provisoriamente o valor cobrado. No entanto, especificamente no caso de Paula, entendi que havia elementos para considerar que além da depressão, estavam também presentes uma desconfiança intensa, bem como uma sedução inconsciente que funcionava como um “teste” para avaliar riscos ante uma figura masculina que poderia representar perigo e falta de limites. O questionamento sobre o preço das sessões envolvia tanto a resistência na forma de uma sedução inconsciente como a depreciação do objeto. Assim, decidi manter o valor, como forma de não pactuar com os processos neuróticos envolvidos em sua dinâmica inconsciente e afirmei que a análise “*tinha um custo*”. Antes de sair, ela disse que “*iria pensar se continuaria ou não*”. Não marcamos uma nova sessão e passei a aguardar um possível novo contato.

Na semana seguinte, como não houvera contato algum, dediquei o mesmo horário (que considerava vago, dadas as circunstâncias) da sessão anterior à leitura de um artigo. Passados uns dez minutos, ouço a campainha, abro a porta e me deparo com Paula – uma atuação (*acting-out*) que aponta para uma nova tentativa inconsciente de controle do processo analítico.

O caso de Paula mostra-se interessante para refletirmos acerca de elementos de ordem sensoperceptiva que contribuem para a elucidação da compreensão clínica. Seu modo de vestir, seu corte de cabelo e sua maquiagem surgiram como ponto de partida para o questionamento dos conteúdos verbais e para uma melhor compreensão de aspectos transferenciais. O caso que abordaremos a seguir indica uma outra possibilidade.

Mariana (nome fictício), 32 anos, solteira, empresária do ramo comercial, durante a primeira sessão apresenta como queixa principal as dificuldades no relacionamento com seu namorado. O problema maior era o ciúme extremo que sentia. Não tinha indícios concretos de que o namorado, porventura, mantivesse algum tipo de relacionamento com outra mulher. No entanto, sentia ciúme intenso em situações como no caso de o namorado olhar para uma mulher que passasse pela rua. Em situações assim, discutia em um tom de voz elevado, seja qual for o local em que estivessem, dizendo que a mulher era bonita e que o namorado tinha sentido desejo por ela (mencionando os seios ou as nádegas ou outras partes do corpo). Frequentemente, o namorado argumentava que tinha olhado para a mulher tal como olharia para um homem, ou seja, sem nenhuma conotação sexual. Isso não a convencia e, grande parte das vezes, fazia com que “*estragasse o dia*”.

Outro objeto de ciúme importante eram as namoradas anteriores, com as quais o namorado não tinha mais nenhum contato. A simples lembrança por parte de Mariana da existência de alguma delas na vida do namorado – e não uma recordação dele! – invadia seu mundo mental e não se dissipava facilmente. De nada adiantavam os argumentos do namorado de que não havia uma razão lógica para que ela sentisse ciúme dos relacionamentos de seu passado, pois ele e Mariana ainda não tinham sequer travado o primeiro contato da história do casal.

Os pedidos para que o namorado se livrasse de vestígios do passado com suas namoradas anteriores (destruindo fotografias, jogando presentes no lixo...) e permitisse uma fiscalização de suspeitas de contatos no presente com outras mulheres (revelação de senhas para acesso a e-mails e coisas do tipo) ocorriam em um movimento que poderíamos chamar de pendular: apareciam, sumiam por alguns dias e voltavam. Vale dizer que os pedidos eram atendidos por ele, mas – como é claro para a psicanálise, que identifica no ciúme fantasias inconscientes muito primitivas – isso não acabava com o tormento de ambos.

Ainda na primeira sessão, ficava evidente o quanto ela sofria enormemente e se sentia prisioneira do próprio ciúme. Decidi utilizar a intervenção do espelhamento e verbalizei que ela estava sofrendo muito e que me parecia que algumas vezes era como se subitamente fosse tomada pelo ciúme e se sentisse aprisionada por esse sentimento. Mariana concordou prontamente e, ao que me pareceu, sentiu-se mais aliviada com o reconhecimento de seus sentimentos da minha parte.

Vestida com trajes sociais e de cores sóbrias, Mariana apresentava um tom de voz fraco e queixoso. Falava continuamente, dando a impressão de que não fazia pausas para respirar. À parte as indicações de discussões que abrigavam sentimentos raivosos, ela se mostrava uma mulher muito frágil ante a presença das mulheres, sempre ameaçadoras, que poderiam “roubar” facilmente seu namorado.

Em torno dos 15 minutos finais da primeira sessão, após essa constatação acerca da fragilidade de Mariana diante das mulheres e de seu jeito sóbrio e até mesmo um tanto “apagado” de se vestir, pude reparar que ela era bonita. Por alguns instantes, era como se uma nova pessoa estivesse sentada à minha frente: corpo elegante, rosto delicado e bonito. A partir daí, entendi que o sentimento de fragilidade neurótica provavelmente dizia respeito à relação com uma figura materna intrusiva, má e que em nada lhe acolhera. Então, disse que ela se sentia frágil e se via cercada de mulheres más e muito poderosas, que poderiam conquistar seu namorado num piscar de olhos e “roubá-lo” dela. Mariana acedeu com a cabeça. Perguntei onde estava a Mariana forte dentro dela, onde estava a Mariana esperta e que possuía sensualidade dentro dela.

Isso teve um efeito muito interessante: ela sorriu e começou a contar, não sem demonstrar alguma vergonha, que havia trabalhado como modelo e que, ainda nos dias de hoje, tinha recebido alguns convites para desfilar. Contou também que adorava danças de salão e que gostaria de ter a companhia do namorado em “baladas” para dançar.

Assim, o clima da sessão mudou muito. Despediu-se sorridente, com uma expressão autoconfiante.

Minha intervenção buscou integrar parte da agressividade e da sexualidade que a analisanda considerava como más e, por meio de identificações projetivas, atribuía às outras mulheres. No entanto, para os propósitos deste texto, gostaria de salientar como os mecanismos inconscientes – no caso, a cisão e a identificação projetiva – podem criar, em termos contratransferenciais, um bloqueio considerável na percepção de características que a defesa inconsciente pretende ocultar. Dizendo de outra forma, mecanismos primitivos imprimiram um ocultamento para a visão do analista de características boas e belas da analisanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Voltando ao texto mencionado de Freud (1980c), sobre a analisanda que mexe em sua saia e revela desejos exibicionistas e componentes narcísicos em seu orgulho pela própria beleza, podemos concluir que os gestos, roupas e outros elementos sensoperceptivos não têm um significado “intrínseco” que esteja separado da relação transferencial. Mexer em sua saia ganhou um sentido em meio ao contexto das sessões durante as quais Freud vinha construindo uma compreensão global do narcisismo e do exibicionismo na analisanda.

Assim, o fato de o analisando ser alto ou magro, por exemplo, não significa nada por si só. No entanto, isso muda quando o analisando fala sobre isso – um conteúdo manifesto que se oferece a uma provável interpretação – ou, ainda, se o analista se sente interessado pelo aspecto sensoperceptivo, mesmo que ainda não tenha atingido uma compreensão do porquê desse interesse.

Ao longo do tempo, elementos sensoperceptivos podem receber diferentes impressões, de acordo com os conteúdos inconscientes a eles associados. No texto *Psicopatologia da vida cotidiana*, Freud (1980a)

comenta o esquecimento do nome de uma cidade por parte de Ferenczi. O esquecimento estava relacionado à lembrança de uma mulher que Ferenczi considerava ter uma aparência repugnante. O psicanalista húngaro chegou mesmo a dizer que sentiria ânsias de vômito caso fosse obrigado a beijá-la. Freud interpretou que o asco de Ferenczi estava associado à agressividade, morte e sexualidade. Curiosamente, após a análise da repugnância, Ferenczi passou a enxergar a referida mulher de uma forma mais positiva, inclusive no que toca a sua aparência física.

Dessa forma, sem abrir mão da associação livre, há momentos, em algumas sessões, em que o aspecto sensoperceptivo adquire grande importância clínica. Na relação entre os elementos sensoperceptivos presentes no trabalho analítico e a busca pelos significados inconscientes, diferentes possibilidades entram em jogo. Uma delas diz respeito ao elemento sensoperceptivo funcionar para o analista, eventualmente, como um auxiliador na compreensão do inconsciente, tal como exemplificamos no caso de Paula. Já o caso de Mariana ilustra que defesas primitivas podem promover ataques inconscientes à percepção do analista de elementos pertencentes ao universo sensoperceptivo, resultando em maiores dificuldades no aprofundamento da compreensão dos conteúdos inconscientes.

REFERÊNCIAS

- FERENCZI, S. *Esfregar os olhos: substituto do onanismo*. São Paulo: Martins Fontes, 1992a. v. 2.
- _____. *O leque como símbolo genital*. São Paulo: Martins Fontes, 1992b. v. 2.
- _____. *Mãos envergonhadas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992c. v. 2.
- _____. *A nudez como meio de intimidação*. São Paulo: Martins Fontes, 1992d. v. 2.
- _____. *Simbolismo dos lençóis*. São Paulo: Martins Fontes, 1992e. v. 2.
- _____. *Um sintoma transitório: a posição do paciente durante o tratamento*. São Paulo: Martins Fontes, 1992f. v. 2.
- _____. *A técnica psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1992g.
- _____. *Uma variante do símbolo 'calçado' para representar a vagina*. São Paulo: Martins Fontes, 1992h. v. 2.

FREUD, S. Psicopatologia da vida cotidiana. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. v. 6.

_____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. (Original de 1909).

_____. Sobre o início do tratamento. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980c. v. 12. (Original de 1911).

9. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE PSICOTERAPIA BREVE EM CLÍNICA-ESCOLA COM PACIENTES DIFÍCEIS

*Maria Leonor Espinosa Enéas
Martha Serôdio Dantas*

A indicação da psicoterapia breve (PB) como modalidade de atendimento psicoterapêutico para pacientes considerados mais graves, entre eles os *borderline*, é vista como pouco indicada na literatura científica da área (GABBARD, 2005). Os pacientes *borderline* são considerados de difícil acesso e com baixa aderência ao tratamento. Este capítulo pretende discutir os empregos possíveis dessa indicação considerando tanto uma avaliação criteriosa da organização de personalidade quanto o momento da procura por ajuda psicológica para se pensar qual a melhor indicação, como as condições e os recursos de atendimento em uma clínica-escola. Para tal reflexão, este capítulo parte de alguns pressupostos teóricos estabelecidos por O. Kernberg, referência histórica e atual a respeito da viabilidade da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*. Será destacada a importância de discriminar as diferenças entre o diagnóstico descritivo de transtorno de personalidade *borderline* de acordo com os critérios do DSM-IV-TR™ e o diagnóstico estrutural psicanalítico dessa patologia como uma organização de personalidade com variações entre graus mais graves e mais leves. A relevância desta discussão se dá pela crescente incidência tanto do transtorno *borderline* na população, que, segundo Gunderson e Phillips (1999), acomete de 2 a 3% da população

geral, quanto de patologias leves de personalidade, que é comum na população, segundo Caligor, Kernberg e Clarkin (2008).

A clínica-escola representa bem a ampla variedade da demanda por atendimento de ordem emocional entre a população, tanto em termos do montante quanto do estado psíquico da população que ali ocorre. Como a intenção do capítulo é oferecer algumas reflexões sobre as condições e possibilidades de atendimento de pacientes *borderline* no contexto de clínica-escola, visando auxiliar a prática que aí ocorre, parece pertinente contar um pouco sobre a Clínica Psicológica Mackenzie (CPM), local primordial da prática que orienta esta apresentação.

A Clínica Psicológica Mackenzie está situada no centro da cidade de São Paulo, área de enorme concentração e diversidade demográfica e de fácil acesso para pessoas que chegam das diferentes regiões tanto do município quanto das cidades do entorno. Além disso, fica próximo de vários hospitais, inclusive a Santa Casa de Misericórdia (um hospital de grande porte), e de diferentes instituições das áreas da saúde, educação e comunitária, tais como UBS, CAPS, escolas públicas e particulares, ONGs, Conselho Tutelar, entre outras, que nos fazem encaminhamentos dentro de sua clientela. A própria universidade, por exemplo, com mais de 20 cursos de graduação e diversos funcionários, também se constitui em uma fonte de encaminhamentos para a clínica, que só não atende aos alunos do próprio curso de Psicologia, devido aos cuidados éticos da profissão. Ainda é importante lembrar que os próprios ex-pacientes divulgam a oportunidade dos serviços da clínica a seus parentes e conhecidos. Esses dados oferecem um panorama da diversidade de condições e recursos das pessoas que buscam pelos serviços da clínica.

A Clínica Psicológica Mackenzie (CPM), parte integrante do Curso de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, foi fundada em 1º de fevereiro de 1994 e tem por objetivo geral integrar o ensino, a pesquisa, o aprimoramento profissional e a prestação de serviços à

comunidade. Para atingir tal objetivo, os estágios curriculares supervisionados procuram garantir a integração teórico-prática e o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao futuro exercício da profissão. Dessa forma, os estágios estão articulados com as demais atividades acadêmicas do curso e vinculados a atividades de pesquisa dos docentes, o que também contribui para a formação acadêmica dos futuros terapeutas (YOSHIDA, 2005). No tocante à pesquisa, a clínica conta com um acervo de mais de 13.200 prontuários e um montante de atendimentos anuais de mais de 1.800 pessoas. Todo esse material é protegido por sigilo profissional. Somente pessoas autorizadas pela coordenação e em condições éticas podem manuseá-los, e apenas se houver autorização formal dos pacientes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes é oferecido quando da realização das triagens.

A escolha da PB como modalidade de atendimento da clínica-escola teve precedente na Universidade de Guarulhos, que adotou esse modelo desde 1982 (SÁ, 2000). Sua adoção na CPM teve vários motivos, entre eles: o embasamento em critérios teóricos e empíricos bem definidos; a possibilidade de o estagiário desenvolver um atendimento completo, com começo, meio e fim, enriquecendo sua formação; oferecer maior número de atendimentos à população, cumprindo a função social da clínica-escola (CASTRO, 2000).

A relação dos pacientes com a clínica tem início com as entrevistas de triagem, cuja função é identificar qual a demanda e elaborar uma primeira hipótese diagnóstica para em seguida sugerir o encaminhamento mais adequado ao paciente em função dessas considerações. Tais encaminhamentos podem ser para a própria clínica ou para outros locais mais adequados. Naqueles encaminhados para a própria CPM, desde crianças até idosos, há duas possibilidades: psicodiagnóstico ou psicoterapias de curta duração em uma de três abordagens teóricas (psicodinâmica, comportamental e analítica). Quando as necessidades apresentadas pelo indivíduo ultrapassam a

disponibilidade de recursos da clínica, é preciso encaminhar para instituições da comunidade ou serviços públicos. Isso pode ocorrer tanto em função do volume da demanda quanto do tipo de patologia apresentada pelos pacientes. Esses encaminhamentos são sempre dificultados pela carência de recursos na rede pública, seja por escassez de vagas para o atendimento imediato ou, ainda, situações de inúmeros reencaminhamentos pela não existência de um dispositivo específico e apropriado para determinadas demandas. Assim, sempre que possível, os indivíduos que procuram ajuda são atendidos na própria clínica. Para isso, é preciso tanto uma apreciação de sua condição geral por meio de uma avaliação criteriosa que pode ocorrer ou no momento da triagem ou, quando necessário, no psicodiagnóstico, sendo necessário, como sempre, também considerar o momento da formação dos terapeutas e das condições de funcionamento da clínica. Vale lembrar que, por se tratar de uma clínica-escola, os atendimentos são suspensos duas vezes ao ano, de acordo com o calendário escolar (ano letivo), o que muitas vezes implica períodos de interrupção do tratamento, os quais podem chegar a três meses.

O início da prática clínica se dá, geralmente, nos últimos anos de formação, quando estudantes de Psicologia se tornam estagiários em clínica-escola. É um momento que envolve grandes expectativas e ansiedades, como lembra Aguirre (2000). Nos grupos de supervisão esses sentimentos têm oportunidade de serem expressos e integrados, quando compartilhados com colegas e supervisores. O espaço de comunicação e continência do grupo ajuda no treinamento do raciocínio clínico e no desenvolvimento da identidade profissional. Os sentimentos que angustiam os estagiários decorrem, de um lado, da iminência dos primeiros contatos com uma pessoa que demanda ajuda emocional e, de outro, da própria natureza desse pedido, também ele repleto de angústias e temores. Sendo assim, a formação do aluno é construída no contato direto com a realidade dos atendimentos e por meio da participação e reflexão crítica que surge da interlocução entre

as concepções teórico-práticas em psicologia e o contexto em que a ação clínica decorre.

Os atendimentos na CPM confirmam o que vem se observando quanto ao número crescente de indivíduos apresentando transtornos mais graves com diferentes graus (CALIGOR, KERNBERG; CLARKIN, 2008). Atender tão grande e diversificada demanda em contexto de aprendizagem é motivo do aumento de ansiedade nos estagiários, além da responsabilidade da clínica – e, portanto, dos supervisores – de oferecer auxílio compatível com a necessidade da clientela.

Visando cuidar dessa vasta clientela, que ao longo do tempo tem apresentado quadros com maior gravidade, a equipe de supervisores de Psicoterapia Breve de Adulto (PBA) da CPM, com base na experiência com esses atendimentos, aliada a sua formação psicodinâmica, desenvolveu alguns indicadores que pudessem orientar os encaminhamentos para essa modalidade terapêutica¹. Os aspectos apontados representam o arcabouço de uma discussão que precisa prosseguir buscando identificar os elementos constitutivos do cerne da metodologia terapêutica e, também, as características técnicas que possibilitem a flexibilidade necessária à ampliação dos atendimentos em contexto institucional. Assim, chegou-se a alguns critérios a serem observados com rigor nos comportamentos verbais e não verbais dos pacientes desde o momento da triagem, mas especialmente ao longo do processo diagnóstico, quais sejam:

1. Presença de queixa subjetiva ou situação problema no momento atual de vida que permita pensar em um foco trabalhável em pouco tempo, incluindo na definição do foco a compreensão psicodinâmica da queixa e do modo de funcionamento do paciente. Mesmo que a queixa não seja muito clara, é necessária a presença de algo significativo para o paciente que possa ser trabalhado em pouco tempo, de forma a ajudá-lo naquele momento.

2. Motivação para mudança e envolvimento com o trabalho terapêutico, critérios fundamentais para viabilizar uma psicoterapia breve já referendados na literatura da área (MALAN, 1981; SIFNEOS, 1989; PROCHASKA, 1995).
3. Discurso compreensível, com razoável organização. Isso deve refletir um funcionamento psíquico relativamente organizado, com as funções egoicas preservadas, mesmo que frágeis ou vulneráveis.
4. Capacidade de estabelecer vínculos e de se separar deles. Embora este seja um critério bastante difícil para os pacientes menos organizados psiquicamente, é importante investigar a condição de estabelecer vínculos durante a história de vida e na relação com o estagiário no momento, além de avaliar as condições de suporte social ou familiar na vida atual, ou seja, relações familiares e outros pontos de apoio, como trabalho ou estudo, pois sem o apoio de uma rede do ambiente será muito difícil que a pessoa consiga separar-se de um vínculo terapêutico.
5. Possibilidade real de adesão ao tratamento e de concordar com condições ou “acordos”, quando se fizerem necessários. Por exemplo, quando há necessidade de uso de medicação, é imprescindível que o paciente esteja em acompanhamento médico e de fato usando a medicação prescrita. Evidentemente, é preciso que o paciente compareça regularmente às sessões, mas ele também deve se envolver na busca por auxílio complementar, se for necessário.
6. Por fim, um critério de fundamental importância é a concordância por parte do paciente com o contrato de PB proposto pelo estagiário-terapeuta após a avaliação inicial e a real possibilidade de respeitar o que nele está incluído. Ou seja, o paciente deve ser capaz de respeitar todas as condições do enquadre, entre elas, encontros semanais com duração de 50 minutos e horário fixo preestabelecido (sempre o mesmo) e estar de acordo com o foco e objetivos terapêuticos propostos. Uma parte essencial do trabalho é encontrar maneiras de comunicar para os pacientes a compreensão clínica realizada pelo

terapeuta e discutida em grupo de supervisão. A profundidade da compreensão é resultado da profundidade do encontro terapêutico com os pacientes, a qual não depende da duração da relação terapêutica, mas sim da sensibilidade e intensidade da atenção aos processos inconscientes e à comunicação presente em todas as interações, incluindo os estados provocados nos clínicos.

A aceitação desses requisitos vai dar uma medida da preservação dos recursos egoicos necessários para a realização da PBA. A equipe considerou que, não sendo possível preencher esses critérios, a pessoa seria contraindicada para a modalidade breve em clínica-escola.

A ideia de indicação está atrelada ao tipo de tratamento oferecido. Dessa forma, deve ser considerada a necessidade de flexibilizar a técnica e as estratégias a serem aplicadas (ALEXANDER; FRENCH, 1956). Ou seja, ao avaliar a melhor indicação é preciso examinar o espectro das modalidades de atendimento que podem ser empregadas considerando um *continuum* entre a psicanálise em um extremo e a psicoterapia de apoio no outro, com a psicoterapia expressiva localizada no meio. Por exemplo, nesse referencial é possível pensar a psicoterapia de apoio como a primeira indicação para pacientes com intenso sofrimento psíquico associado a limitações de recursos egoicos, seja por experiências traumáticas recentes ou por um desenvolvimento comprometido desde a infância. O critério principal não é a melhor modalidade de atendimento ou a duração, mas o compromisso com a eficácia para cada situação particular. Kernberg (2003), ao escrever sobre as controvérsias contemporâneas na área da psicanálise e discutindo a relação entre psicanálise e psicoterapias, ressalta a necessidade de levantar questões de ordem conceitual, clínica, pedagógica e política para tal reflexão. Para o autor, o plano conceitual exige não apenas definições sobre a essência do método psicanalítico (ou técnica), mas também sobre a fronteira entre a psicanálise, as psicoterapias analíticas e as psicoterapias de apoio que tiram seus

princípios básicos da teoria e técnica da psicanálise. Quanto a esses aspectos, o autor propõe que as diferenciações entre as três modalidades de tratamento de base psicanalítica são decorrentes dos objetivos propostos, da técnica empregada e do processo resultante. Ainda de acordo com o mesmo autor, o plano clínico exige estudos sobre as indicações, contraindicações e prognósticos. Já no plano pedagógico, questiona-se o papel das universidades, dos institutos e das sociedades na formação dos psicoterapeutas e psicanalistas, o que envolve questões sobre metodologia pedagógica, especializações, vantagens e responsabilidades, relações entre as instituições e outras. No plano político, considera as alianças ou concorrências com outras instituições, podendo ser de natureza contratual, explícita, latente ou tácita.

Voltando à clínica-escola, ainda é preciso lembrar, como faz Yoshida (1990), que a psicoterapia breve será realizada por estagiários. Para essa autora, a modalidade de atendimento mais indicada nessas situações é a psicoterapia de esclarecimento proposta por Fiorini (1982). Além disso, a maior dificuldade nos atendimentos em clínica-escola recai sobre os cuidados com os pacientes considerados mais graves. Entre eles estão os indivíduos com organização de personalidade *borderline*. Tidos muitas vezes como “pacientes difíceis”, os indivíduos têm sofrimento psíquico marcado por características que provocam fortes reações nos terapeutas. Para compreender a possibilidade de atendimento desse grupo de pacientes, é preciso considerar as características de seu funcionamento e, com isso, as indicações diagnósticas, além das prescrições de tratamento, em especial as diferenças entre as propostas de terapias de duração indeterminada e as psicoterapias breves.

Primeiramente, é preciso distinguir o emprego do termo *borderline* na literatura internacional. Grosso modo, o termo é usado para identificar um transtorno de personalidade e uma organização de personalidade. O transtorno de personalidade *borderline* se caracteriza por instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos e acentuada impulsividade, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-

TRTM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O diagnóstico é feito mediante a presença de cinco ou mais critérios entre os nove apresentados, que incluem esforços para evitar abandono real ou imaginário, sentimentos crônicos de vazio e raiva inadequada ou intensa de difícil controle. Já a organização de personalidade *borderline* é entendida como “configurações relativamente estáveis de processos mentais” (KERNBERG, 1995, p. 6) e está baseada na proposta estrutural freudiana da segunda tópica. O termo *borderline* ainda abrange outros conceitos, como nosográficos, de estados e síndromes, de acordo com Persano e Ventura (2006). Contudo, os mesmos autores salientam a importância do marco referencial dado por Kernberg para o diagnóstico de organização da personalidade.

Kernberg (1995) enfatiza a importância de um diagnóstico estrutural que, embora mais difícil de ser feito do que um diagnóstico descritivo, tem a vantagem de evidenciar a relação entre vários sintomas comuns a transtornos *borderline*, além de implicações prognósticas e terapêuticas consideráveis. A análise estrutural enfoca a organização permanente dos conflitos inconscientes, decorrentes da articulação de diferentes fatores – genéticos, constitucionais, familiares, psicodinâmicos, psicossociais, etc. – que se reflete na estrutura psíquica e se torna a matriz subjacente dos sintomas comportamentais que o indivíduo apresenta. Assim, a organização estrutural estabiliza o aparelho mental, pois organiza a conduta, as percepções e a experiência subjetiva da pessoa.

Kernberg (1995) diferencia três grandes organizações estruturais de personalidade: a organização neurótica, *borderline* e psicótica. Cada uma delas indica o predomínio de características relativas ao grau de integração da identidade, aos tipos de operações defensivas preponderantes e à capacidade de testar a realidade, considerados por ele como os pontos essenciais para fazer um diagnóstico estrutural diferencial. Assim, os indivíduos com organização de personalidade *borderline* apresentam difusão de identidade, ou seja, um conceito de *self*

e dos outros que é pouco integrado; predomínio de operações defensivas primitivas, aquelas surgidas precocemente no desenvolvimento psíquico, especialmente a cisão ou dissociação primitiva, que protegem o indivíduo de seu conflito, mas empobrecem o ego e, com isso, reduzem sua eficácia adaptativa; e a manutenção do teste de realidade, aspecto que diferencia essa estrutura da psicótica enquanto as anteriores a diferenciam da estrutura neurótica.

Caligor, Kernberg e Clarkin (2008) salientam a importância da noção de continuidade no funcionamento da personalidade. Definem personalidade como a organização dinâmica de padrões constantes de comportamento, cognição, emoção, motivação e formas de relacionamento com os outros que caracterizam um indivíduo, e os traços de personalidade como sendo as relações entre esses padrões. Na personalidade normal, não há extremos nos traços de personalidade, que são ativados de forma flexível e adaptativa diante de diferentes situações. Ao se tornarem gradativamente mais extremos e inflexíveis, os traços de personalidade vão deixando um funcionamento normal e adquirindo graus crescentes de patologia da personalidade, desde uma forma relativamente saudável, chamada por eles de patologia leve da personalidade (PLP), até um extremo mais grave em que os traços de personalidade se mostram evidentemente mal-adaptativos, levando a um funcionamento disruptivo.

No contexto da clínica-escola é possível tratar os pacientes que correspondem ao que os autores anteriores chamam de patologias leves da personalidade. Do ponto de vista diagnóstico, são indivíduos relativamente saudáveis dentre os que apresentam patologias de personalidade, muitas vezes não atingindo os critérios necessários para a classificação como transtorno de personalidade, embora apresentem sintomatologia clinicamente significativa. Caligor, Kernberg e Clarkin (2008) citam estudos que indicam ser a PLP comum entre a população, afetando a saúde mental e a adaptação social. Pelo aspecto descritivo, a característica mais marcante desse tipo de patologia é a inflexibilidade

ou rigidez, ou seja, os traços de personalidade são ativados automaticamente, de maneira que independe de serem apropriados à situação que o indivíduo enfrenta. Eles podem ser egossintônicos ou gerar ansiedade na tentativa de controlá-los. Associados à rigidez dos traços de personalidade, podem ser encontrados diversos sintomas físicos, perturbação do humor, do pensamento e da conduta. Os autores exemplificam com fadiga psicogênica, sintomas conversivos, ansiedade e depressão leves, preocupações hipocondríacas, inibições sexuais, entre outros.

Quanto às características estruturais da PLP, Caligor, Kernberg e Clarkin (2008) se baseiam na teoria dos transtornos de personalidade desenvolvida por Kernberg, que é fundamentada na teoria das relações objetais. Há um espectro de possibilidades variando entre o extremo saudável, em que os indivíduos apresentam identidade normal, defesas predominantemente de nível superior e teste de realidade estável, e um extremo mais grave, no qual os indivíduos têm patologia grave da identidade, predominam defesas de nível inferior e o teste de realidade se encontra alterado. Tem-se, então, um contínuo com ampla variação da psicopatologia. A PLP corresponde a um nível neurótico da organização da personalidade e também inclui o funcionamento entre os níveis neurótico e *borderline*, podendo, então, apresentar leve alteração na identidade e uma combinação de defesas inferiores e superiores, ou seja, tanto defesas originadas precocemente quanto aquelas de que é capaz um ego mais evoluído e maduro.

Esse grupo de pacientes, que tem um nível de organização da personalidade menos grave, é caracterizado por rigidez da personalidade, que se mostra mal-adaptativa no contexto da identidade normal, pelo predomínio de operações defensivas baseadas na repressão e pela presença de teste de realidade intacto (CALIGOR et al., 2008). A rigidez é devida à relativa estabilidade e inflexibilidade das defesas neuróticas e, também, de distorção da imagem. Pode haver traços de personalidade inibidores e/ou reativos, que são mal-adaptativos por

limitar ou impedir respostas apropriadas à situação vivida, no caso dos primeiros, ou por exacerbar comportamentos inadequados, no caso dos segundos. Quanto ao aspecto da distorção da imagem, ela resulta da dissociação usada para evitar o conflito e o sofrimento emocional. Como resultado, as motivações conflituosas e as vivências do indivíduo são separadas, ou “cindidas”, de forma que o conflito possa ser evitado sem haver repressão. Nesse caso, não há um estado mental mais “primitivo”, mas uma dissociação mais ou menos estável que leva a experiências excessivamente simplificadas e unidimensionais, pois as motivações e percepções de si não são vivenciadas de forma simultânea (CALIGOR; KERNBERG; CLARKIN, 2008). Para essas pessoas, então, as relações com objetos internos que estão mais próximas da consciência são bem integradas e diferenciadas; já nas áreas de conflito, apresentam distorções devidas às necessidades defensivas.

A indicação terapêutica aos indivíduos com organização de personalidade *borderline* é a psicoterapia psicanalítica expressiva de longa duração, sempre que possível, e de psicoterapia de apoio, quando necessário (KERNBERG et al., 1991). Diferentemente de muitos autores que optam por terapia de apoio para pacientes tidos como difíceis, por exemplo, Malan (1981), Kernberg (1995) considera que as técnicas psicoterápicas mais expressivas auxiliam a diminuir a cisão que predomina no sistema defensivo desses indivíduos, promovendo o fortalecimento egoico.

Nesse tipo de atendimento é fundamental que fiquem absolutamente claros e discriminados os termos do contrato terapêutico. Como enfatizam Kernberg et al. (1991), a manutenção do enquadre é fator importante na estruturação do ego, sendo um dos principais objetivos transformar o comportamento destrutivo em uma relação transferencial determinada. Isso poderá ser atingido por meio do contrato terapêutico. Do terapeuta requer-se boa capacidade de continência, o que pressupõe ter sua identidade bem integrada. Além disso, o terapeuta precisa conciliar firmeza e flexibilidade nas doses adequadas, com o que poderá

evitar as situações de abandono do tratamento, as quais, entre outros fatores, variam em função da faixa etária do paciente, de seu nível de hostilidade e de impulsividade.

Para pacientes com PLP, Caligor, Kernberg e Clarkin (2008) apresentam um modelo de tratamento psicodinâmico que enfoca especialmente a rigidez do funcionamento descrita anteriormente, trabalhando os padrões de relacionamento internalizados, que são subjacentes às queixas apresentadas pelo indivíduo, conforme ocorrem também na relação terapêutica. Dessa forma, é possível identificar, explorar e elaborar os padrões relacionais afetados pelo conflito, que geralmente comprometem os relacionamentos mais íntimos, o pleno rendimento no trabalho e, ainda, geram sentimentos de ansiedade e depressão ou infelicidade e insatisfação generalizadas. A proposta é de uma terapia com duração entre um e quatro anos e frequência de duas vezes por semana, visando integrar as relações objetais internas conflitantes de modo a obter uma diminuição na rigidez da personalidade. Assim, o objetivo último dessa proposta terapêutica é a mudança estrutural na PLP.

A marca relacional da compreensão dos dinamismos de indivíduos com PLP, bem como a perspectiva de tratamento, se assemelha à de outros autores que propuseram técnicas terapêuticas, inclusive de curta duração. Esse é o caso de Strupp e Binder (1984), com a terapia dinâmica de tempo limitado, e de Luborsky (1984), com a terapia suportivo-expressiva, que têm ampla aplicação, independentemente de limites de tempo, e centram seu foco de atenção nesses relacionamentos de uma forma sistematizada. Esses autores operacionalizaram os constructos metapsicológicos que compõem o conceito de relação internalizada. Como exemplo, Luborsky (1984) apresenta o Tema do Relacionamento Conflituoso Central (*Core Conflitual Relationship Theme* – CCRT), composto por três componentes: desejos, necessidades ou intenções que o indivíduo apresenta para com as outras pessoas as respostas dadas pelo outro, sejam reais ou as esperadas, e as respostas

da própria pessoa. A sistematização desses elementos permite melhor compreensão tanto para o paciente como para o terapeuta (LUBORSKY; CRITS-CHRISTOPH, 1990), o que, especialmente em psicoterapias breves, ajuda a manter a focalização nos aspectos relacionais e facilita a abreviação do processo terapêutico.

Historicamente, a partir do entendimento dos conflitos do ponto de vista relacional, o principal fator de indicação para a psicoterapia breve passou a ser a possibilidade de o indivíduo estabelecer aliança terapêutica. Considera-se que quando a pessoa tem condições de desenvolvimento suficientemente saudáveis, ela conseguirá desenvolver uma relação de confiança no terapeuta que permitirá um desenlace satisfatório ao processo terapêutico (LUBORSKY, 1994). Quanto mais cedo a aliança terapêutica estiver estabelecida, preferencialmente até a terceira sessão, melhores serão as chances de um bom resultado, principalmente em psicoterapias breves (HORVATH; GREENBERG, 1994).

As propostas de psicoterapia breve mencionadas anteriormente de Strupp e Binder e de Luborsky forneceram, junto com outros autores, elementos para a sistematização da prática de PB também em nosso meio. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve, feita por Yoshida e Enéas (2004), procura entender a queixa trazida pelo indivíduo a partir de seu padrão de relacionamento interpessoal, que não o satisfaz no momento atual, e organiza o foco da terapia em termos desse mesmo padrão, buscando trabalhar as expectativas e as respostas da pessoa relativas à situação conflituosa. O objetivo é a modificação de elementos desse padrão, de forma a permitir uma resposta mais satisfatória. Dentro dessa perspectiva, é possível atender uma ampla variedade de pacientes, na medida em que os objetivos podem ser limitados e específicos às condições que o paciente apresenta no momento.

O modo de entender o planejamento terapêutico de forma articulada e flexível exige pouca variação técnica ao ser empregada com pacientes

com TLP (YOSHIDA; ENÉAS, 2004). Isso significa entender que foco, objetivo, estratégia e duração da terapia constituem um arcabouço técnico que precisa ser mantido em sua articulação, mas que pode ter flexibilidade suficiente para abrigar as peculiaridades de diferentes pacientes. Quando se atende indivíduos com TLP, pode-se considerar a necessária restrição do foco e a limitação dos objetivos, para serem compatíveis com a duração possível de um processo de PB, especialmente em contexto de formação. Por exemplo, a dissociação característica desses pacientes pode se manifestar no relato confuso das relações interpessoais em que são descritos aspectos ora favoráveis e ora desfavoráveis das pessoas e da relação com elas. Como esses modos de relacionamento são geradores de conflitos, é necessário torná-los foco da PB e ajudar a pessoa a minimizar as distorções de sua percepção. Assim, os pacientes com TLP podem se beneficiar de uma terapia para organizar algum aspecto mais afetado no momento, como a relação de trabalho ou algum relacionamento interpessoal, ou, ainda, para evitar a piora no funcionamento psíquico. Esse objetivo é compatível com a perspectiva preventiva de evitar a piora da qualidade adaptativa da pessoa e, se for possível, melhorá-la em algum aspecto (SIMON, 1983; 2005).

Com relação à estratégia técnica a ser empregada, é necessário entender a capacidade egoica de cada paciente. Ela pode variar em um contínuo suportivo-expressivo (GABBARD, 1998), sendo, nesses casos, geralmente mais suportiva, o que favorece o desenvolvimento e a manutenção da aliança terapêutica. Contudo, algumas intervenções mais expressivas, como a clarificação, também são adequadas, especialmente para ajudar o paciente a organizar a percepção das pessoas e a articulação entre os fatos e, assim, cumprir o objetivo pretendido no processo. Muitas vezes, em função da angústia exacerbada, o relato da pessoa pode parecer bastante confuso, pois tende a revelar as distorções na percepção de si e dos outros, eventualmente misturando as reações próprias com as observadas nos

outros. Trata-se de uma forma de expressar a cisão predominante naquele momento, sendo então conveniente que o terapeuta busque esclarecer o sentido do relato e, com suas intervenções, ajude a pessoa a organizar seu pensamento e a percepção dos outros ao seu redor. Essa estratégia envolve elementos semelhantes àqueles presentes em duas outras propostas terapêuticas para pacientes *borderline*. Para Kernberg et al. (1991), já citados anteriormente, é importante ajudar o paciente a unir as representações parciais de si e do objeto por meio de intervenções expressivas. Segundo Frieswyk et al. (1994), a intenção fundamental de Kernberg é desenvolver um relacionamento cada vez mais colaborativo. A mesma ênfase na aliança terapêutica é dada pelo tratamento baseado em mentalização que também é proposto de forma intensiva para levar o paciente a perceber seus próprios estados mentais, bem como os estados mentais de outras pessoas (EIZIRIK; FONAGY, 2009). As duas propostas procuram trabalhar o centro do problema do paciente, com as distorções advindas da cisão, promovendo a capacidade de um bom relacionamento colaborativo. Esses elementos – foco e aliança terapêutica – também são essenciais em PB. Especialmente nessa última, aspectos da estabilidade do enquadre e do limite de tempo oferecem elementos suportivos que auxiliam no desenvolvimento e na manutenção da aliança terapêutica. Quanto à duração da terapia, aqui, novamente, os objetivos limitados se fazem presentes, uma vez que o tempo proposto deve ser compatível com a consecução daquilo que foi acordado entre o paciente e o terapeuta e que será menos do que a mudança geral no funcionamento da pessoa. Mesmo porque a duração dos sintomas nessas patologias é maior que qualquer duração de terapia (PILKONIS, 1997). Daí a importância de estabelecer os objetivos esperados com clareza desde o início do processo, medida que favorece o trabalho no término da PB. Geralmente, é esperado que o indivíduo melhore seu padrão relacional, de forma também personalizada e que possa ser verificada em conjunto com o paciente. Apesar de a limitação de tempo parecer uma oferta de

“pouco tratamento” para um caso mais grave, ante a dificuldade relacional que muitas vezes esses indivíduos apresentam, a menor duração do processo tende a favorecer a permanência em terapia, com menos risco de abandono, na medida em que a clareza na definição do tempo limita também os temores de dependência e o incômodo pela proximidade com o outro.

As condições egoicas um tanto mais preservadas dos pacientes com TLP podem auxiliá-los a lidar com o encerramento do processo e a separação do terapeuta. Por isso, também os objetivos propostos precisam ser compatíveis com as condições do local de realização da terapia, ou seja, é uma perspectiva menos ambiciosa de ajudar o paciente naquilo que for mais emergente. Trata-se de uma visão ampla de atendimento, que não visa à recuperação total do indivíduo. Desse modo, ao estabelecer os objetivos para o processo, estes devem ser delimitados, pouco abrangentes e compatíveis com as capacidades dos estagiários e com as características da clínica. Sobretudo, deve-se confiar na possibilidade de o paciente vir a prosseguir com seu trabalho de elaboração, mesmo depois de encerrado o processo terapêutico.

Os pacientes com TLP podem ser ajudados também mediante entrevistas de acompanhamento, feitas periodicamente para avaliar quais as suas condições no momento e a necessidade de outra PB (YOSHIDA; ENÉAS, 2004). Sendo oportuna nova terapia, esta pode ser novamente pontual e, assim, é possível ao indivíduo receber uma ajuda terapêutica em momentos em que esteja mais difícil lidar com a ansiedade. Isso significa oferecer terapia de forma intermitente, ou seja, manter o paciente “assistido” por mais tempo até em uma terapia com objetivos limitados.

Mesmo observando as condições que permitem a flexibilidade para o atendimento em PB de pacientes com TLP, ainda é preciso lembrar que esses pacientes despertam fortes reações nos terapeutas (PERSANO; VENTURA, 2006) e que, no contexto de clínica-escola, as angústias do terapeuta iniciante se verão ampliadas. Os pacientes vivenciarão com o

terapeuta manifestações decorrentes do tipo de relações de objeto internalizadas e que definem as características da contratransferência. Com relações de objeto pouco profundas e perturbadas pelo efeito da cisão, esses indivíduos levam o terapeuta a experimentar sua falta de diferenciação, o que é especialmente angustiante nos primeiros atendimentos e requer uma grande capacidade de tolerância para chegar a compreender a demanda específica com a qual se deparam. Nesse momento, o grupo de supervisão, enquanto espaço de acolhimento das angústias, como mencionado no início, tem um papel importante para ajudar os terapeutas iniciantes a experimentar pela primeira vez as reações contratransferenciais. É ali que podem compreender na prática a importância dessas reações para o entendimento do paciente, condizente com o conceito totalístico da contratransferência (EIZIRIK; LEWKOWICZ, 2005). Esse conceito, segundo os autores, é derivado do trabalho de Paula Heimann, que considera todas as reações do terapeuta diante de seu paciente como contratransferência. Dessa forma, tais reações funcionam como um instrumento terapêutico e também auxiliam no diagnóstico dos pacientes, pois quando o terapeuta sente reações intensas que oscilam rapidamente, pode supor que está diante de um paciente que apresenta regressão significativa (EIZIRIK; LEWKOWICZ, 2005). Também o grupo de supervisão pode oferecer condições para o entendimento de que a compreensão profunda do paciente surgirá da identificação que o terapeuta iniciante terá com seu paciente. Até porque, nesses atendimentos, é muito difícil que o terapeuta consiga evitar se envolver no padrão relacional mal-adaptativo do paciente. Entretanto, como defendem Strupp e Binder (1984), o manejo da contratransferência requer que o terapeuta se torne imerso nos modos de relacionamento do paciente e que possa examiná-los de forma conjunta com este. É esse o trabalho que permite ao paciente perceber e modificar seu padrão de relacionamento disfuncional. Evidentemente, não é apenas do grupo de supervisão que virá o suporte para que o terapeuta em formação consiga elaborar tantas

angústias. Também é preciso que essas experiências possam ser trabalhadas em uma terapia pessoal, importante no processo de formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo procurou levantar algumas condições referentes aos atendimentos em clínica-escola, com as peculiaridades tanto da população que demanda atendimento quanto dos terapeutas que ali são formados. A partir da experiência nesse contexto, a comparação inevitável com as técnicas de longa duração mostra que é preciso avaliar cuidadosamente as condições de cada dupla paciente-terapeuta, limitar o objetivo pretendido e planejar flexivelmente as técnicas em função da avaliação feita. Então, a PB parece ser a condição possível para atender os chamados “pacientes difíceis” no contexto de clínica-escola, com sua dupla função. Ao ter em mãos a possibilidade de um “atendimento completo” a uma pessoa que busca ajuda, o terapeuta em formação se depara com o desafio de desenvolver suas habilidades de ajuda. O auxílio que a ele pode oferecer o grupo de supervisão pode favorecer o ambiente de aprendizado para que seja possível desenvolver relações humanas significativas em todos os níveis de interação, tanto a de aprendizagem como a de terapia.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, A. M. B. A primeira experiência clínica do aluno: ansiedades e fantasias presentes no atendimento e na supervisão. *Psicologia: teoria e prática*, v. 2, n. 1, p. 3-31, 2000.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, T. M. *Terapéutica psicoanalítica: principio y aplicación*. Buenos Aires: Paidós, 1956.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CALIGOR, E.; KERNBERG, O. F.; CLARKIN, J. F. *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CASTRO, P. F. A psicoterapia breve como modalidade de atendimento em clínica-escola: relato de uma experiência. In: ENCONTRO DE PSICOTERAPIA BREVE DE ADULTOS E DE CRIANÇAS. 2., *Anais...* São Paulo: out. 2000. p. 54-59.

EIZIRIK, C. L.; LEWKOWICZ, S. Contratransferência. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 300-309.

EIZIRIK, M; FONAGY, P. Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

FIORINI, H. J. *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

FRIESWYK, S. H. et al. The role of the therapeutic alliance in psychoanalytic therapy with borderline patients. In: HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. (Eds.). *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, 1994, p. 199- 224.

GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GUNDERSON, J. G, PHILLIPS, K. A. Transtornos de personalidade. In: KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. v. 2, p. 1542-1582.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. Introduction. In: _____.; _____. (Orgs.). *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, 1994, p. 1-9.

KERNBERG, O. F. *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: GREEN, A. (Org.). *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise, número especial 2001*. Rio de Janeiro: Imago, 2003, p. 24-49.

_____. et al. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

LUBORSKY, L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.

_____. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In: HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. (Eds.). *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: John Wiley & Sons, 1994. p. 38-50.

_____.; CRITS-CHRISTOPH, P. *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method*. New York: Basic Books, 1990.

MALAN, D. H. *As fronteiras da psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

PERSANO, H. L.; VENTURA, A. D. Contratransferência em pacientes com transtorno da personalidade borderline e narcisista. In: ZASLAVSKY, J.; SANTOS, M. J. P. (Orgs.). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 103-124.

PILKONIS, P. A. Measurement issues relevant to personality disorders. In: STRUPP, H. H.; HOROWITZ, L. L.; LAMBERT, M. J. (Orgs.). *Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders: toward a core battery*. Washington, DC: American Psychological Association, 1997. p. 371-388.

PROCHASKA, J. O. An eclectic and integrative approach: transtheoretical therapy. In: GURMAN, A. S.; MESSER, S. B. (Orgs.). *Essential psychotherapies: theory and practice*. New York: Guilford Press, 1995. p. 403-440.

SÁ, A. A. Algumas considerações e análises sobre o estágio em psicoterapia breve em clínica-escola. In: ENCONTRO DE PSICOTERAPIA BREVE DE ADULTOS E DE CRIANÇAS. 2., 2000, São Paulo, *Anais...* São Paulo: out. 2000. p. 48-54.

SIFNEOS, P. E. *Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: Vetor, 1983.

_____. *Psicoterapia breve operacionalizada*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

STRUPP, H. H.; BINDER, J. L. *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.

YOSHIDA, E. M. P. *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos*. São Paulo: EPU, 1990.

_____. Recepção, acolhimento, triagem e pesquisa na clínica psicológica. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A. (Orgs.). *Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática*. São Paulo: Vetor, 2005. p. 271-280.

_____.; ENÉAS, M. L. E. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para adultos. In: _____. (Orgs.). *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea, 2004. p. 223-258.

SOBRE OS AUTORES

Claudio Bastidas: Psicólogo, doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie e membro do LAPECRI/USP.

Eliana Marcello De Felice: Psicóloga, mestre e doutora pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Elisa Marina Bourroul Villela: Psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP e doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP. Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie e membro do Lide (laboratório interunidades de estudos sobre deficiências – USP).

Elizabeth Batista Pinto Wiese : Psicóloga, pós-doutorado em Psicoterapia Pais/Bebê pela Universidade de Genebra (Suíça) e pela Universidade de Rouen (França). Professora aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora visitante na Universidade de Utrecht, Roac, Holanda, desde 2008.

Glaucia Mitsuko Ataka da Rocha: Mestre em Psicologia Clínica, doutora em Psicologia pela PUC-Campinas. Pós-doutoranda em Neurociência dos Vínculos Afetivos pelo Laboratório de Neurociência Cognitiva e Social da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Membro da Society for Psychotherapy Research (SPR) desde 2006.

Lucas de Francisco Carvalho: Psicólogo, mestre e doutorando em Psicologia com ênfase em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco. Formado em Acompanhamento Terapêutico pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo. Professor na Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Lucia Cunha Lee: Psicóloga clínica, doutoranda no Programa de Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana. Professora e supervisora de Estágio Básico em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Maria Leonor Espinosa Enéas: Psicóloga pela Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto), especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar pelo CRP 6ª Região, mestre e doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professora e supervisora da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Maria Lucia de Souza Campos Paiva: Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Martha Seródio Dantas: Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, especialista em Psicoterapia Breve pelo Instituto Sedes Sapientiae e mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Professora e supervisora do curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Integrante do Laboratório Sujeito e Corpo (SUCOR) do Instituto de Psicologia USP.

Mônica Maria de Angelis Mota: Psicóloga e especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, especialista em Atendimento familiar e Aprimoramento em Psicoterapia Breve pelo Instituto Sedes Sapientiae, doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora e supervisora da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Nídia Vailati: Psicóloga e especialista em Terapia Familiar e de Casal, mestre e doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Curso de Psicologia na Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Santuza Fernandes Silveira Cavalini: Psicóloga, psicanalista, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora e supervisora de Estágio Básico em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica, professora responsável pelo Núcleo de Apoio Temático das Disciplinas de Avaliação Psicológica e Psicodiagnóstico da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Terezinha A. de Carvalho Amaro: Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar, doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, pós-doutora em Avaliação Psicológica e Psicoterapia pela Universidade Federal de São Paulo. Professora do curso de Psicologia na Universidade Presbiteriana Mackenzie.

¹ Equipe de supervisores de PBA que participaram dessa elaboração em diferentes momentos: Angela Biazi Freire, Berenice Carpigiani, Glaucinéia Gomes de Lima, Ivan Ramos Estevão, Lidia Rosalina Folgueira Castro, Maria Alice Barbosa Lapastini, Maria Leonor Espinosa Enéas, Maria Lucia Sousa Campos Paiva, Martha Serôdio Dantas, Monica Maria de Angelis Mota, Rosa Maria Lopes Affonso, Sonia Maria da Silva.