

Passos do processo psicodiagnóstico

Jurema Alcides Cunha

11

FORMULAÇÃO DAS PERGUNTAS BÁSICAS OU HIPÓTESES

O processo psicodiagnóstico é um processo científico e, como tal, parte de perguntas específicas, cujas respostas prováveis se estruturam na forma de hipóteses que serão confirmadas ou não através dos passos seguintes do processo.

Geralmente, temos um ponto de partida, que é o encaminhamento. Qualquer pessoa que encaminha um paciente o faz sob a suposição de que ele apresenta problemas que têm uma explicação psicológica. Existe uma preocupação, que pode se expressar por meio de uma pergunta muito vaga, como: “Será que A não aprende por um problema psicológico?” Por certo, o psicólogo precisa de mais dados sobre o caso para desdobrar a pergunta vaga de um leigo, numa série de perguntas formuladas em termos psicológicos, como: “Será que A apresenta uma limitação intelectual?”, “Será que A não aprende por interferência de problemas emocionais?” Ainda não são perguntas precisas, mas a história de A vai permitir que chegue a alternativas de explicação, como: a) “A tem um nível de inteligência fronteira”; b) “A tem um nível de inteligência normal, mas seu desempenho intelectual atual está limitado, porque sofreu um trauma emocional re-

cente”. Tais alternativas de explicação são hipóteses, que serão testadas através do psicodiagnóstico.

Esse exemplo é de um caso muito simples, mas demonstra que o psicólogo precisa de mais dados para que as questões iniciais sejam precisas, podendo, então, formular suas hipóteses. O esclarecimento e a organização das questões pressupostas num encaminhamento são tarefas da responsabilidade do psicólogo.

Se é um profissional que encaminha, provavelmente não o faz com base numa pergunta vaga. Mesmo que o encaminhamento sugira, freqüentemente tem em mente uma série de questões específicas, fundamentadas em observações ou informações prévias. Eventualmente, tais questões estão explícitas no próprio encaminhamento. Outras vezes não, o que ocorre até em razão de sigilo profissional. Assim, seguidamente, é através de um contato telefônico que as questões chegam a ser colocadas em termos mais funcionais e claros. Então, tais questões, reformuladas em termos psicológicos, vão dar um embasamento adequado a um exame, permitindo que o laudo sirva de fundamento para decisões que devem ser tomadas.

Um médico, por exemplo, pode telefonar, dizendo que tem uma paciente com patologia de coluna e que suspeita que os sintomas se-

jam, pelo menos parcialmente, de fundo psicológico. Poderia ser indicada uma intervenção cirúrgica, para alívio da dor e da restrição da motilidade, mas lhe é de importância fundamental saber como a paciente reagiria à cirurgia.

Aqui, por certo, temos algumas questões: Há fatores psicológicos associados à condição médica? Como a paciente reagiria à situação cirúrgica e à longa recuperação? Qual o prognóstico do caso? Delineiam-se, portanto, três objetivos para o exame. Por outro lado, as questões colocadas pelo médico já começam a ser traduzidas em termos psicológicos.

Consideremos a primeira questão. A hipótese de trabalho que o psicólogo levanta, primeiramente, é de que o diagnóstico da paciente, de acordo com o DSM-IV, seja 307.89, do Eixo I, ou Transtorno Doloroso Associado tanto com Fatores Psicológicos quanto com uma Condição Médica Geral, sendo que esta é codificada no Eixo III.

Não obstante, apenas com os poucos dados que possui, o psicólogo pode levantar perguntas diferentes, como: a) A paciente apresenta outro transtorno mental associado, em especial depressão? b) Há algum problema psicossocial agravante? c) A paciente tem conflitos relacionados com dependência-independência? d) A paciente obtém ganhos secundários a partir de seus sintomas? Aqui, houve também uma reformulação das perguntas em outros termos, buscando também base em pressupostos psicodinâmicos. O processo que permitiria responder às últimas perguntas teria como objetivo básico o entendimento dinâmico.

Assim, os objetivos do psicodiagnóstico dependem das perguntas iniciais. No caso, com base no encaminhamento, decidiu-se fazer um psicodiagnóstico com dois objetivos básicos, de classificação nosológica e de entendimento dinâmico, para que o laudo fornecesse ao médico não só uma explicação do caso, mas também uma compreensão que lhe facilitasse o manejo. A partir dos dados do psicodiagnóstico, também seria possível atender aos objetivos de prognóstico e de prevenção. Confirmadas as hipóteses, o prognóstico não foi consi-

derado favorável, e foi recomendada uma psicoterapia de reforço do ego para o enfrentamento da situação.

Neste caso, desde o início, foram levantadas questões claras e funcionais. Eventualmente, porém, as entrevistas iniciais com o paciente levantarão perguntas complementares, que definem novos objetivos para o exame.

Na realidade, cada caso terá as suas peculiaridades. Às vezes, logo se torna possível levantar as primeiras perguntas a partir do próprio encaminhamento, quando este parece confiável pelas questões propostas. Por exemplo, no caso de um encaminhamento para diagnóstico diferencial, em que o psiquiatra propõe alternativas, não só as perguntas estão explícitas, como também é possível formular hipóteses. Outras vezes, vai ser possível levantar alguma hipótese (ainda que provisória) só no início da história clínica. Neste caso, a condução do restante da história clínica e da história pessoal será estruturada em termos de uma sondagem para a obtenção de subsídios que reforcem a fundamentação da hipótese ou para a busca de dados comprobatórios. Não obstante, geralmente o elenco das perguntas só fica inteiramente completo após o levantamento de toda a história, embora, durante todo o processo psicodiagnóstico, se possa, de vez em quando, levantar questões subsidiárias aos objetivos previstos.

Porém, no momento em que é possível levantar as questões básicas e estabelecer os objetivos, o que, em geral, ocorre no fim da primeira ou segunda entrevista, há condições para o estabelecimento de um plano de avaliação com base nas hipóteses e, conseqüentemente, para realizar o contrato de trabalho.

CONTRATO DE TRABALHO

O psicodiagnóstico é um processo limitado no tempo. Esclarecidas as questões iniciais e definidas as hipóteses e os objetivos do processo, o psicólogo tem condições de saber qual o tipo de exame que é adequado para chegar a conclusões e, conseqüentemente, pode prever o tempo necessário para realizá-lo.

A duração de um psicodiagnóstico constitui uma estimativa do tempo em que se pode operacionalizar as tarefas implícitas pelo plano de avaliação, bem como completar as tarefas subseqüentes até a comunicação dos resultados e recomendações pertinentes.

No momento em que é possível ter uma previsão, deve-se formalizar com o paciente ou responsável os termos em que o processo psicodiagnóstico vai se desenvolver, definindo papéis, obrigações, direitos e responsabilidades mútuas.

O momento mais propício para o estabelecimento de um contrato de trabalho, porém, é variável, pois tanto depende da precisão das questões iniciais e dos objetivos, como da experiência do psicólogo. Por certo, há outras variáveis em jogo, associadas à sintomatologia do paciente e de seu estilo de trabalho. Apesar de o paciente ou responsável muitas vezes desejarem apressar o contrato de trabalho, por razões emocionais ou financeiras, e, então, se poder dar algumas indicações sobre a forma como se costuma trabalhar e sobre valores médios, freqüentemente é mais desejável estabelecer o contrato, em termos definidos, depois de o psicólogo se familiarizar com o desempenho do paciente.

O contrato de trabalho envolve um comprometimento de ambas as partes de cumprir certas obrigações formais.

O psicólogo compromete-se a realizar um exame, durante certo número de sessões, cada uma com duração prevista, em horário predeterminado, *definindo* com o paciente ou responsável os *tipos de informes necessários e quem terá acesso aos dados do exame*. Eventualmente, tal informação já está determinada pelo encaminhamento, mas sempre convém examinar se existe uma aceitação tácita do interessado a respeito.

Ao considerar a duração do processo, muitos profissionais incluem o tempo previsto para contatos ou conferências com outros profissionais (embora nunca o tempo despendido em supervisão). Entretanto, quando são necessários vários tipos de informes ou laudos mais elaborados, o tempo estimado para a sua confecção deve ser computado na duração do pro-

cesso. A não ser em casos de pareceres muito simples, em geral, deve-se prever um período de duas horas para a preparação dos informes. Com base na estimativa do tempo, são estabelecidos os honorários, sendo definidas também a data e as formas de pagamento.

O paciente compromete-se a comparecer nas horas aprazadas, nos dias previstos e implicitamente a colaborar para que o plano de avaliação seja realizado sem problemas. Isso pressupõe que sejam esclarecidas as suas dúvidas, aproveitando-se a oportunidade para trabalhar suas expectativas irrealísticas ou fantasias sobre o psicodiagnóstico.

Finalmente, o contrato de trabalho deve envolver certo grau de flexibilidade, devendo ser revisto sempre que o desenvolvimento do processo tiver de sofrer modificações, seja porque novas hipóteses precisam ser investigadas, seja por ficar obstaculizado por defesas do próprio paciente.

Não obstante, cabe uma ressalva. Vamos supor que o psicólogo tenha feito o seu plano de avaliação, o tenha desenvolvido e, na fase de levantamento dos dados, chegue à conclusão de que a administração de mais um instrumento seria pertinente para elucidar certas dúvidas. O psicólogo hesita entre tirar conclusões com base em dados insuficientes ou convocar novamente o paciente. E o contrato de trabalho deve ser revisto? Não, a não ser que, previamente, o psicólogo tenha aventado tal possibilidade. Recomenda-se, pois, que o paciente seja chamado, que lhe seja explicada a necessidade de se submeter a mais um teste, mas sem qualquer ônus para ele.

ESTABELECIMENTO DE UM PLANO DE AVALIAÇÃO

Essencialmente, o plano de avaliação é um processo pelo qual se procura identificar recursos que permitam estabelecer uma relação entre as perguntas iniciais e suas possíveis respostas.

O encaminhamento de um caso freqüentemente sugere um objetivo para o exame psicológico. Por vezes, propõe algumas questões,

que permitem ao psicólogo estabelecer alguns pressupostos, que podem ser provisórios ou não. Via de regra, somente após um contato com os fatos, o clínico poderá definir com mais precisão as perguntas iniciais e os objetivos do psicodiagnóstico, isto é, após complementar e confrontar os dados do encaminhamento com informações subjetivas e objetivas sobre o caso, estará em condições de estabelecer seu plano de avaliação.

Para as questões iniciais, há alternativas de respostas, que constituem as hipóteses subjacentes ao processo diagnóstico. O plano de avaliação consiste em traduzir essas perguntas em termos de técnicas e testes (Pope & Scott, 1967), isto é, consiste em programar a administração de uma série de instrumentos adequados ao sujeito específico e especialmente selecionados para fornecer subsídios para que se possa chegar às respostas para as perguntas iniciais. Os dados resultantes, portanto, devem possibilitar confirmar ou infirmar as hipóteses, com um grau satisfatório de certeza.

Eventualmente, antes do primeiro contato com o paciente, o objetivo do exame já está bem definido, e as questões iniciais, bem delimitadas, como, por exemplo, quando há solicitação de um diagnóstico diferencial num contexto hospitalar. Há informações prévias sobre o sujeito e o caso em questão. Assim, a primeira entrevista já pode ser estruturada de maneira a permitir a resolução de algumas questões diagnósticas. Então, a entrevista já faz parte do plano de avaliação, não sendo utilizada principalmente para oferecer subsídios para o delineamento do plano de avaliação.

Conseqüentemente, há casos em que o plano de avaliação é estabelecido previamente quando há dados que permitam formulá-lo. Mais freqüentemente, só é estabelecido após a entrevista com o sujeito e/ou com o responsável, quando, então, se dá início ao processo de testagem. Porém, às vezes, é necessário programar a utilização de recursos complementares, tais como observações do comportamento em situações da vida diária. Aliás, hoje em dia, há uma tendência crescente à valorização do levantamento de repertórios de conduta do paciente e à identificação de variáveis do am-

biente que possam com ela se relacionar (Fernández-Ballesteros, 1986). Por outro lado, eventualmente, podem parecer importantes resultados de exames médicos e a análise de outros materiais que não contribuíram para a anamnese (Pérez-Ramos, 1966), como fotografias, gravações em vídeo, diários, desenhos, pinturas, cadernos escolares, que constituirão amostras de comportamentos alheios à situação de testagem, que podem levar à formulação de hipóteses subsidiárias ou à confrontação de informações de testes ou da interação clínica com dados da vida cotidiana.

O elenco das hipóteses deve ser norteado e delimitado pelo objetivo do psicodiagnóstico. Isto significa que nem todas as hipóteses levantadas devem ser necessariamente testadas, sob pena de o processo se tornar inusitadamente longo ou interminável. Por exemplo, se o objetivo do exame for o de uma classificação simples na área intelectual, para o encaminhamento ou não da criança para uma classe especial, o plano de avaliação deve incluir apenas os testes que permitam cumprir tal objetivo. Então, somente uma hipótese de uma pseudolimitação intelectual, pela interferência de fatores emocionais, justificaria a inclusão de técnicas projetivas no plano de avaliação, considerando que a confirmação ou não da hipótese poderia influir na decisão sobre a vida do sujeito. Não obstante, se a modificação no plano subentendesse um prolongamento substancial do período de testagem, recomendar-se-ia a revisão do contrato de trabalho. Entretanto, se fosse levantada alguma questão que não se associasse ao objetivo proposto, no máximo o psicólogo deveria aconselhar uma complementação do exame, estabelecendo, então, novo plano de avaliação e acarretando outro contrato de trabalho.

Da mesma forma, se o objetivo do exame for o de diagnóstico diferencial entre transtorno bipolar e transtorno de conduta, num adolescente, o plano de avaliação deve se restringir a instrumentos na área da personalidade, a não ser que os contínuos fracassos escolares suscitem questões referentes ao potencial intelectual, cuja resposta possa se tornar importante para a orientação subsequente do caso.

Em resumo, o plano de avaliação deve permitir obter respostas confiáveis para as questões colocadas e, ao mesmo tempo, atender aos objetivos propostos. Contudo, a testagem de uma hipótese, por vezes, pode ser realizada com diferentes instrumentos. A opção por um instrumento específico, além de eventualmente ficar delimitada pelo objetivo do exame, deve ser feita tanto pela consideração das características demográficas do sujeito (idade, sexo, nível sociocultural, etc.), como por suas condições específicas (comprometimentos permanentes ou temporários de ordem sensorial, motora, cognitiva, etc.). Também devem ser levados em conta fatores situacionais, como hospitalização do paciente e uso de determinadas medicações, que podem ter reflexos nos correlatos comportamentais, que têm efeitos nas respostas aos testes. Então, deve-se avaliar a urgência dos resultados do exame ou a propriedade de adiá-lo, para evitar os efeitos do estresse situacional e dos produtos químicos. Por outro lado, é importante previamente saber se o português é o idioma pátrio do sujeito, se é destro ou canhoto, se usa habitualmente óculos ou aparelho auditivo, se tem alguma dificuldade na discriminação de cores ou cegueira para cores. Tais informações são essenciais para determinar a opção entre técnicas diversas, para a introdução de procedimentos subsidiários, para a recomendação do uso de óculos ou do aparelho auditivo durante a testagem e para a determinação da validade e utilidade da introdução de certas técnicas no plano de avaliação.

Considerada a especificidade das técnicas, uma vez delineado o plano de avaliação, tem-se uma idéia de seu número aproximado e do tempo necessário para a testagem. Às vezes, são previstos instrumentos alternativos para testar a mesma hipótese, seja por se desejar uma intervalidação dos resultados, seja porque temos dúvida sobre uma determinada técnica será suficiente para responder, de forma satisfatória, às questões propostas. De qualquer modo, nesse momento, pode-se prever, com razoável segurança, o número de sessões necessárias para completar o processo diagnóstico. No caso de se pressupor uma diferença

apreciável no tempo de duração previsto no contrato de trabalho, convém reexaminá-lo com o paciente ou responsável, sempre dando uma margem de tolerância, se não temos ainda uma estimativa segura do ritmo de desempenho do sujeito.

Conseguindo selecionar as técnicas e os testes adequados, deve-se distribuí-los, conforme as recomendações inerentes à natureza e ao tipo de cada um, considerando, ainda, o tempo de administração e as características específicas do paciente. Como se pode pressupor, o plano de avaliação envolve a organização de uma bateria de testes.

Bateria de testes

Bateria de testes é a expressão utilizada para designar um conjunto de testes ou de técnicas, que podem variar entre dois e cinco ou mais instrumentos, que são incluídos no processo psicodiagnóstico para fornecer subsídios que permitam confirmar ou infirmar as hipóteses iniciais, atendendo o objetivo da avaliação.

A bateria de testes é utilizada por duas razões principais. Primeiramente, considera-se que nenhum teste, isoladamente, pode proporcionar uma avaliação abrangente da pessoa como um todo. Em segundo lugar, o emprego de uma série de testes envolve a tentativa de uma validação intertestes dos dados obtidos, a partir de cada instrumento em particular, diminuindo, dessa maneira, a margem de erro e fornecendo melhor fundamento para se chegar a inferências clínicas (Exner, 1980).

Em relação às técnicas projetivas, como o número de pesquisas é muito pequeno, e até escasso no caso de crianças (Cunha, Nunes & Silveira, 1990), é aconselhável corroborar a significação clínica de indicadores de um determinado teste através de indícios sugestivos em outra técnica. Quanto a técnicas psicométricas, considerando o número relativamente pequeno de testes com normas brasileiras, recomenda-se buscar a intervalidação dos resultados, especialmente nos casos em que as conclusões deverão servir de base para ações de

cisórias na vida do sujeito. Contudo, embora tais recursos garantam maior segurança nas conclusões, devem ser reduzidos ao essencial, de modo a não alargar desnecessariamente o processo diagnóstico.

Há dois tipos principais de baterias de testes: as baterias padronizadas para avaliações específicas e as não-padronizadas, que são organizadas a partir de um plano de avaliação.

No primeiro caso, a bateria de testes não resulta de uma seleção de instrumentos de acordo com as questões levantadas num caso individual, pelo psicólogo responsável pelo psicodiagnóstico, a não ser quando se trata de bateria padronizada especializada. A organização da bateria padronizada é efetuada com base em pesquisas realizadas com determinados tipos de pacientes e recomendada para exames bem específicos, como em certos tipos de avaliação neuropsicológica. É indicada em razão de sua eficiência preditiva e para obter uma amostra suficientemente adequada de funções importantes para a natureza complexa da avaliação proposta (Lezak, 1995). Trata-se de uma bateria padronizada, com objetivos explícitos, e deve ser administrada em sua íntegra. Contudo, o psicólogo tem a liberdade de acrescentar testes para se adequar à especificidade do caso individual.

Assim, em princípio, é possível a organização de uma bateria de testes padronizados para casos específicos. Mas isso demanda considerável pesquisa prévia. Nada tem que ver com baterias e testes, usadas de forma sistemática e regularmente por alguns psicólogos, independentemente de aspectos específicos do caso individual, que envolvem perda de tempo e acúmulo de dados inúteis. Por exemplo, lembraríamos que certos psicólogos usam, invariavelmente, alguma escala Wechsler, mesmo que não tenha sido levantada qualquer hipótese referente à área intelectual ou a déficit cognitivo.

Na prática clínica, é tradicional o uso da bateria não-padronizada. No plano de avaliação, são determinados a especificidade e o número de testes, que são programados sequencialmente, conforme sua natureza, tipo, propriedades psicométricas, tempo de administração, grau de dificuldade, qualidade ansi-

ogênica e características do paciente individual. Embora a bateria não-padronizada deva atender, então, a vários requisitos, ela é organizada de acordo com critérios mais flexíveis do que a bateria padronizada. O número de testes, por exemplo, eventualmente pode ser modificado para mais ou para menos.

Geralmente, o número é modificado para mais, quando, por algum motivo, parece importante buscar uma intervalidação de resultados ou corroborar dados em função de uma determinada hipótese. Pode ser modificado para menos, quando, por exemplo, o objetivo da avaliação foi atingido antes de a totalidade dos instrumentos ser administrada. Suponhamos que um dos objetivos do exame é o de avaliar o nível de funcionamento da personalidade. Contudo, pela administração de uma escala Wechsler – selecionada para examinar certos aspectos cognitivos –, surgem indícios que permitem inferir um nível de funcionamento psicótico. Trata-se de um caso, conforme sugere Exner (1980), em que se pode perfeitamente prescindir da administração do Rorschach, que constava do plano de avaliação precisamente para testar uma hipótese neste sentido.

Por outro lado, se durante a administração do WAIS-R, mais especificamente no subteste de Informação, o paciente fracassa em vários itens, queixando-se de que, em outra época, saberia perfeitamente as respostas, o que suscita, após o subteste, o relato de vários episódios de sua vida, sugestivos de déficit de memória (não trazido como queixa inicial), pode-se levantar uma hipótese adicional que justifica a administração de instrumentos para avaliar disfunções da memória. Neste caso, pressupõe-se que estariam sendo avaliadas as funções cognitivas, o que autoriza o levantamento de outra hipótese abrangida pelo objetivo do psicodiagnóstico. Entretanto, se surgem indícios que levam a questões não pertinentes ao objetivo do exame, não fica justificada a inclusão de uma técnica adicional na bateria.

Em razão da variedade de questões propostas inicialmente e adequadas aos objetivos do psicodiagnóstico, freqüentemente a bateria de testes inclui testes psicométricos e técnicas projetivas. Neste caso, sua seqüência e distri-

buição relativa, na bateria de testes, devem ser cuidadosamente consideradas, levando em conta o tempo necessário para a administração, o grau de dificuldade das mesmas, sua qualidade ansiogênica e as características específicas do paciente.

Ocampo e colegas (1981) dão primordial importância à questão da mobilização ou não da ansiedade na distribuição seqüencial das técnicas. Dessa maneira, recomendam prioridade para instrumentos não-ansiogênicos.

Pressupondo a presença de um certo grau de ansiedade no paciente que inicia um processo de testagem, sugerem que as técnicas gráficas sejam utilizadas nesse momento. Sendo breves e familiares para o paciente, concorrem para baixar o nível de ansiedade, embora sejam ricas em conteúdos projetivos. Já, sob o nosso ponto de vista, concordamos que a técnica gráfica pode ser bastante recomendável, como instrumento introdutório, mormente se tratando de crianças. Contudo, não parece indicado preencher toda a sessão inicial com o que, para o paciente, não passa de simples desenhos. Por outro lado, sendo de execução breve, após utilizar uma delas como introdutória, conviria reservar as demais (se constam da bateria de testes) para outras oportunidades, por uma série de razões.

Em primeiro lugar, não é só importante baixar a ansiedade inicial, mas ter recursos para lidar com uma situação ansiogênica, em qualquer momento da testagem em que se apresente. Por exemplo, certas técnicas projetivas podem ter um efeito ansiogênico e, além disso, não se pode prever exatamente seu tempo de administração. Muitas vezes, ao completá-las, vemos que dispomos de 10 a 15 minutos, quando a introdução de uma técnica gráfica parece ser recomendável, pois estamos utilizando o tempo de forma racional, permitindo que o sujeito se sinta mais confortável.

Em segundo lugar, há situações na testagem em que o paciente demonstra cansaço, seja pela dificuldade da tarefa proposta, seja por seu baixo nível de tolerância à fadigabilidade. Neste caso, a introdução de uma tarefa simples, breve e fácil pode constituir uma boa alternativa.

Em terceiro lugar, pelo caráter aparentemente lúdico das técnicas que envolvem desenho, não recomendamos acumulá-las no início da testagem. Quando se trata de crianças, o procedimento não parece indicado, a não ser que o plano de avaliação não pretenda ultrapassar um nível lúdico, incluindo, ainda, uma hora de jogo diagnóstica e o Sceno-test. Caso contrário, há sempre o risco de, na sessão seguinte, a criança desejar persistir no mesmo tipo de atividade, porque, consciente ou inconscientemente, o psicólogo a motivou nesse sentido. Quando se trata de adultos, pode-se pressupor que cheguem com disposições bem variadas. Alguns pretendem se submeter a um exame científico, que fornecerá dados importantes para o profissional que os encaminhou. Outros vêm com muita dificuldade para participar do processo do psicodiagnóstico, porque isto os coloca num *status* de paciente, que podem considerar humilhante, enquanto outros comparecem sem qualquer pressuposição do que seja um psicodiagnóstico, simplesmente porque foram encaminhados, assim como iriam a um laboratório, porque isto lhes foi indicado. Para todos esses casos e, possivelmente, para outros, é importante que passemos a mensagem de que o psicodiagnóstico é um processo sério, com bases científicas. Ora, sabemos que os desenhos do paciente podem constituir um material rico em informações psicodinâmicas, mas ele pode não ter condições de pressupor isso. Então, corremos o risco de o nosso trabalho ser desvalorizado simplesmente por uma distribuição inadequada das técnicas. Assim, no primeiro caso, podemos estar desmotivando o paciente que vem com uma expectativa de que vai se submeter a uma investigação científica; no segundo caso, podemos reforçar as defesas do sujeito que tem dificuldade de aceitar seu *status* de paciente, porque o estamos "submetendo" a "atividades de pré-escola", ao passo que, no último caso, estamos passando uma imagem falsa do que é um psicodiagnóstico.

Acreditamos que, exatamente porque as pessoas temem tanto enfrentar seus aspectos doentios, ainda existam atitudes preconceituosas em relação ao psicodiagnóstico, que "ma-

gicamente” pode revelar “seus pontos fracos” e “possibilidades para o futuro”. Como profissionais, não podemos reforçar tais atitudes. Portanto, lidando com adultos, é importante deixar bem claros os objetivos do psicodiagnóstico. Além disso, acreditamos que a distribuição seqüencial das técnicas bem adequada possa constituir uma mensagem corroboratória de tais objetivos.

Na verdade, na maioria dos casos, existe certo grau de ansiedade inicial, que justifica a introdução de uma técnica gráfica. Mas, dependendo da atitude do paciente adulto, prescindimos de tal introdução. No caso de o objetivo do exame permitir, damos prioridade ao Bender, como técnica introdutória com adultos, de preferência ao desenho da figura humana ou ao HTP. Depois, solicitamos que reproduza os desenhos sem os estímulos, dando o intervalo de tempo previsto, com uma observação de que é importante saber como está a sua memória. De acordo com nossa experiência, mesmo que tenha percebido o Bender como uma tarefa infantil (copiar desenhos, ora!), defronta-se, logo, com um desafio, que o leva a revisar a sua impressão inicial. É claro que este é um mero exemplo, e não um procedimento sistemático.

À medida que são apresentadas técnicas projetivas, há maior mobilização da ansiedade, porque os estímulos escassamente estruturados não oferecem referencial para a produção de respostas, e o paciente tem de assumir a responsabilidade pelo manejo da situação. Conseqüentemente, se estão previstas técnicas projetivas e psicométricas, é conveniente alterná-las, iniciando e completando a bateria com material pouco ou não-ansio gênico.

Para aquilatar a qualidade ansio gênica de um instrumento, deve-se levar em conta não só a natureza dos estímulos, mas também as características do próprio sujeito. Pressupomos que as técnicas projetivas são mais ansio gênicas. Não obstante, eventualmente, o paciente enfrenta bem um material pouco estruturado, porque diminui a consciência do que poderia ser uma resposta “certa” ou “errada”, ou, melhor, do que constituiria uma “resposta patológica” ou não, mas fica muito ansioso ao se

dar conta de uma sucessão de fracassos, num teste de inteligência.

Contudo, as respostas dos pacientes são variadas. Por exemplo, a tomada de consciência da própria problemática nem sempre é ansio gênica para o sujeito, como se observa particularmente durante a administração do MMPI. Neste caso, o simples fato de se deparar com seus próprios sintomas e preocupações, impressos no caderno do Inventário, que é utilizado por outros pacientes, é suficiente para que os mesmos não pareçam tão inusitados e ameaçadores.

Finalmente, uma questão que deve ser levada em conta, ao se distribuir testes e técnicas numa bateria, programando-a para as sessões de testagem, é o tempo de administração de cada instrumento e a possibilidade ou não de o mesmo ser interrompido para ser concluído num outro dia. Evidentemente, o processo pode ficar facilitado, se o psicólogo dispuser de sala extra para técnicas de auto-administração.

É importante notar que dificilmente se consegue administrar qualquer das escalas Wechsler em uma única sessão. Entretanto, cada subteste deve ser apresentado em sua íntegra. A possibilidade de se alternar subtestes da escala verbal e de execução não só permite manter o bom nível de interesse, como distribuir as tarefas adequadamente e conforme o tempo disponível.

As técnicas projetivas, de um modo geral, não devem ser interrompidas. O TAT, quando aplicado em sua íntegra, é uma exceção. Pode-se reservar uma sessão para cada série de 10 lâminas. Não obstante, dificilmente é necessário aplicar todas as 20 lâminas. Shentoub e colegas (1990) propõem uma série de 16 lâminas, a serem administradas numa única sessão, mas que, com grande número de pacientes, provavelmente ultrapassará 50 minutos. Mais comumente, o psicólogo organiza a sua própria série, conforme os conflitos que pretende investigar, planejando-a para uma sessão, ou, no máximo, em duas pequenas séries, com a lâmina 16 no final, em vista de suas propriedades ansio gênicas.

A administração do Rorschach não pode ser interrompida, mas o inquerito pode ser trans-

ferido para outro dia, exceto em casos de crianças ou de pacientes com muito comprometimento da memória. Neste último caso, sendo impossível fazer o inquérito em seguida, faça o inquérito de localização logo após a administração, realizando o inquérito em relação às demais categorias o mais breve possível. Com pacientes comuns, o intervalo não deve ultrapassar uma semana.

No caso do MMPI, é previsto um mínimo de 30 minutos e um máximo de 90 minutos para a administração. Mas, dificilmente os pacientes terminam em 60 minutos e, em média, geralmente 90 minutos. Não há sugestões nos manuais sobre como manejar o problema, mas não só não é praticável reservar apenas uma sessão para tal administração, como a maioria dos pacientes a acham cansativa. Uma sugestão é a de interromper a administração no item 366 e deixar os restantes para a próxima sessão. A vantagem é que, neste item, fica completada a escala abreviada, e, se houver algum problema para a continuação (hospitalização, viagem súbita, desistência), obtêm-se dados sobre todas as escalas, com exceção da K e da Si. Também, se o paciente não demonstra sinais de fadiga, é bom lembrar que, sendo o MMPI auto-administrado, o sujeito pode completá-lo numa sala extra, sem problemas de interrupção.

Dessa maneira, no momento em que se estabelece um plano de avaliação e se organiza uma bateria de testes, convém revisar certas particularidades da administração dos testes, individualmente. No caso da Escala de Memória Wechsler-Revisada, por exemplo, a interrupção, antes do restante de certos subtestes, prejudica irremediavelmente o levantamento do Índice de Evocação Retardada. Tais cuidados são especialmente pertinentes quando se lida com pacientes com desempenho lento.

ADMINISTRAÇÃO DE TESTES E TÉCNICAS: PARTICULARIDADES DA SITUAÇÃO DA INTERAÇÃO COM O EXAMINANDO E DO MANEJO CLÍNICO

É sempre importante salientar que o foco da testagem deve ser o sujeito, e não os testes.

Mas, para que o psicólogo possa concentrar a sua atenção no paciente, deve estar perfeitamente seguro quanto à adequabilidade do instrumento para o caso em estudo, estar bem familiarizado com as instruções e o sistema de escore, saber manejar o material pertinente e ter em mente os objetivos a que se propõe para a administração de cada instrumento. Há, pois, algumas questões básicas que devem ser consideradas.

Em primeiro lugar, mesmo que o psicólogo tenha estabelecido seu plano de avaliação com cuidado, previamente à sua administração, é importante revisar certas particularidades referentes aos instrumentos e às características do paciente. Por exemplo, se está prevista uma escala ou teste de que há várias versões ou formas, é importante conferir se a opção feita é a mais apropriada e, principalmente, se o material correto está disponível na hora exata. Por outro lado, se o psicólogo pretende usar alguma escala Wechsler, por exemplo, é bom conferir se o paciente é canhoto para providenciar uma folha de protocolo extra e evitar que haja dificuldades na administração de Código.

Em segundo lugar, o psicólogo deve estar suficientemente familiarizado com o instrumento, jamais utilizando uma técnica em que não esteja treinado o suficiente para estar seguro no seu manejo. Não basta conhecer as instruções, mas deve ter muita intimidade com o material, com a maneira de conduzir o inquérito, com as normas de atribuição de escores (se for o caso), com a forma adequada de registro das respostas e com perguntas e dificuldades que podem surgir durante a administração.

Em terceiro lugar, antes da entrada do paciente, o psicólogo deve organizar todo o material que pretende utilizar, de maneira que fique acessível e o manejo seja facilitado. Isso requer, por exemplo, que as lâminas do Rorschach ou do CAT estejam dispostas em ordem numérica, sem que as manchas de tinta ou as figuras fiquem à vista do paciente. O material das escalas Wechsler deve estar arranjado de tal maneira que o psicólogo não precise mais de 15 segundos para manejá-lo entre um subteste e outro. Além disso, deve ter à mão o

cronômetro e outros materiais necessários, como protocolo do teste (se for o caso), lápis, borracha, apontador, papel em branco, eventualmente, lápis vermelho para Labirintos do WPPSI ou lápis coloridos em geral, se pretende utilizar o HTP cromático. Sugere-se deixar todo o material de teste e folhas de protocolo numa mesinha auxiliar, ao lado do examinador, enquanto o material complementar pode ficar sobre a mesa de trabalho do psicólogo. Os lápis devem estar apontados, e, especialmente em certas técnicas, em que o examinando deve escrever ou desenhar, deve haver mais de um à sua disposição. Por outro lado, se está programada a realização do inquérito de Rorschach, é conveniente ter à mão um conjunto de canetas coloridas para delinear com mais precisão a localização de cada resposta na folha adequada.

Em quarto lugar, é importante ter em mente os objetivos para a inclusão de cada técnica da bateria. O psicólogo está utilizando seus instrumentos para colher subsídios para testar hipóteses e deve tê-las bem presentes, de forma a estar atento a qualquer indício sugestivo e conseguir introduzir as perguntas adequadas, no momento oportuno, se for o caso.

Após a consideração de todas essas questões, o psicólogo não deve iniciar a administração de testes e técnicas sem o estabelecimento de um bom *rappor*t. Um clima descontraído de confiança e entendimento é necessário, não só para assegurar o desempenho de teste adequado do paciente, como para eliciar um material projetivo genuíno, de forma a obter amostras variadas de comportamento que permitam chegar a um diagnóstico mais preciso.

A situação deve ser manejada de modo não só a diminuir a ansiedade natural do paciente, mas a levá-lo a uma atitude de cooperação. MacKinnon & Yudofsky (1988a), falando de fatores que podem influenciar a entrevista, chamam a atenção para situações especiais, que introduzem dimensões diferenciadas no contexto clínico, como no caso do paciente em internação hospitalar. Ainda que não constitua a rotina usual, muitas vezes o psicólogo é solicitado para a realização de um psicodiagnóstico

em paciente em situação clínica especial, principalmente internado em clínica psiquiátrica.

Em tal situação, o *rappor*t torna-se de fundamental importância, não apenas porque o sujeito já deve ter passado por várias entrevistas diagnósticas, como também porque o seu estado mental ou, mesmo, a impregnação por medicamentos pode torná-lo menos motivado ou acessível para o tipo de exame que está sendo proposto. Então, exatamente por se tratar em geral de um processo diagnóstico multidisciplinar, a entrevista inicial e o *rappor*t, para a administração de instrumentos, praticamente podem se superpor, porque não há necessidade de mobilizar tanto o paciente com perguntas, cujas respostas já constam de registros hospitalares, e porque os objetivos do exame já estão bem claros e definidos.

Naturalmente, a situação torna-se mais complexa se o psicodiagnóstico for realizado com objetivos forenses e o paciente tiver conhecimento disso, demonstrando uma atitude paranóide. Neste caso, o psicólogo deve contar com sua sensibilidade clínica para poder manejar a situação com propriedade, proporcionando, na medida do possível, um reassuramento que possa atenuar os efeitos de seus temores e suspeições.

Para o estabelecimento de um clima adequado à testagem, o psicólogo deve ser capaz de esclarecer as dúvidas do paciente, não só durante o *rappor*t, como, eventualmente, antes da introdução de algum instrumento específico. Muitas vezes, como também ocorre nas entrevistas anteriores, as questões que surgem têm que ver com confidencialidade. O paciente deseja saber quem terá acesso aos resultados. O psicólogo deve ser honesto com o paciente e nunca prometer o que não poderá cumprir. Contudo, parece importante a existência de uma autorização tácita do sujeito (a não ser quando carece de responsabilidade legal) quanto à identidade das pessoas ou instituições que podem ter acesso às informações obtidas. Via de regra, porém, não há problemas nesse sentido. O paciente vem para um psicodiagnóstico porque tem confiança em quem o encaminhou, não criando qualquer

obstáculo para que os resultados sejam totalmente acessíveis a este profissional, mas, geralmente, somente a ele.

Para a administração de testes, por vezes é importante a determinação da posição do paciente em relação à do examinando. Se há instruções específicas, estas devem ser seguidas para que a situação de teste seja padronizada. Noutros casos, há apenas sugestões neste sentido. Em relação ao teste de Rorschach, por exemplo, há autores que consideram preferível que o examinando fique ao lado do examinador, e não à sua frente, para diminuir a interferência de mensagens faciais, gestuais ou posturais deste (Exner, 1980).

Como regra geral, a administração de testes deve ser realizada em ambiente com boa iluminação e em que haja condições de privacidade, aeração e silêncio. Ainda que, para muitos testes, não haja restrições quanto à iluminação artificial, no caso do material de teste envolver cores, como no Rorschach, a iluminação deve ser natural. Além disso, deve-se ter cuidado para que o examinando se coloque em posição adequada em relação à mesa, sentado de forma que possa trabalhar confortavelmente, especialmente no caso de crianças e de técnicas que exijam maior precisão nos movimentos. Por outro lado, se o desempenho envolve cópia gráfica de figuras, ou desenho, é essencial que a superfície da mesa não tenha aspereza. Se tiver, aconselha-se colocar um papelão sob a folha de trabalho ou várias folhas de papel.

Geralmente, não há qualquer problema quanto à manutenção de uma situação padronizada quando a administração de testes é realizada no consultório do psicólogo. Outro é o caso quando a testagem deve ser levada a efeito em outro ambiente, como num hospital ou numa escola. Então, torna-se mais difícil manter condições ideais, sobretudo evitar ruídos e interrupções. Convém que, antecipadamente, o psicólogo tome as providências cabíveis para evitar, ao máximo, as interferências.

A situação padronizada na aplicação de um teste garante, em parte, a fidedignidade de seus resultados. Portanto, as instruções devem ser seguidas cuidadosamente. Muitas vezes,

recomenda-se memorizá-las, e, em alguns casos, é permitido lê-las, ou, ainda, mantê-las ao alcance dos olhos para evitar que o examinador omita ou substitua inadvertidamente alguma palavra ou expressão. Observa-se que, em muitos casos, há uma tendência para o psicólogo dar as instruções, com uma formulação que parece “mais fácil” para o examinando, sobretudo, quando se trata de crianças, mas isto geralmente não é permitido. Também o examinador deve estar atento para a possibilidade ou não de repetir instruções, bem como para a forma de responder a perguntas adicionais.

Dadas as instruções, geralmente não é prevista uma ajuda extra (a não ser quando explicitamente permitida), exceto um reassseguramento por meio de estímulos neutros. É preciso um máximo de cautela para que tais “estímulos neutros” não se transformem em indícios que podem ser percebidos como sugestões sobre a maneira de agir. Isto é observável, especialmente, na aplicação de alguns testes, em que, inadvertidamente, o psicólogo pode reforçar a produção de determinadas categorias de respostas. A propósito, um procedimento preventivo em relação a tal comportamento é a gravação de algumas administrações durante o período de treinamento. Mas o psicólogo deve estar atento para suas intervenções involuntárias, já que nem todos os “vícios” são adquiridos durante o treinamento e, inclusive, podem ocorrer seletivamente com determinados tipos de pacientes pelo fenômeno contratransferencial.

A contratransferência pode acontecer na situação de testagem, como na terapia, porque a administração de testes pressupõe uma interação clínica e, conseqüentemente, pode suscitar respostas inconscientes do psicólogo a aspectos do comportamento do paciente. Assim, se o psicólogo percebe em si certas reações afetivas, como intolerância, enfado, ansiedade, raiva, etc., frente a comportamentos do examinando, deve procurar que não interfiram, ainda que de forma sutil, no contexto da testagem, mas, antes, deve utilizá-las como fonte de informação para o melhor entendimento dinâmico do caso. Naturalmente, o psi-

cólogo terá mais facilidade em se conscientizar de suas reações contratransferenciais se tiver se submetido à psicoterapia. No entanto, é preciso diferenciar reações contratransferenciais de certas respostas indevidas de psicólogos inexperientes, por dificuldades comuns no manejo de certos testes, especialmente durante a condução do inquérito, muitas vezes relacionadas com as expectativas que têm de respostas por parte do paciente.

É preciso que o psicólogo esteja bem cômulo dos aspectos estruturais e dinâmicos da situação de testagem para que possa fazer do paciente o foco principal de sua atenção. As respostas deste devem estar anotadas em sua íntegra, isto é, não apenas especificamente as respostas ao teste, mas também todas as suas reações, verbais ou não. Isto vale dizer que todos os indícios comportamentais explícitos ou implícitos devem ser cuidadosamente observados e registrados durante a administração de testes e técnicas.

É um hábito comum, quando o psicólogo está familiarizado com o sistema de escores, num instrumento psicométrico, simplesmente atribuir o escore correspondente e deixar de registrar a resposta dada. Este é um procedimento perfeitamente correto quando a resposta é única ou possível de ser categorizada simplesmente como "sim" ou "não". Contudo, sempre que a resposta envolve uma formulação verbal, como nos subtestes de Compreensão, Semelhanças e Vocabulário de uma escala Wechsler, deve ser anotada literalmente, porque: a) é difícil ter em mente todos os exemplos do manual, para atribuir um escore correto; b) nem todas as respostas constam entre os exemplos ilustrativos, e temos de examiná-las à luz de critérios gerais para a atribuição do escore; c) muitos indícios qualitativos ficam irremediavelmente perdidos, se não são registrados. Dessa maneira, a falta de transcrição literal pode acarretar tanto uma falha na atribuição de escores, quanto uma omissão de dados úteis. Berg, já em 1983, por exemplo, chamou a atenção de que, freqüentemente, transtornos de pensamentos são observáveis em testes projetivos, e não em testes estruturados, por uma prática tradicional entre psicó-

logos de registrar textualmente as respostas a técnicas projetivas e de reduzir a um mínimo as anotações referentes a testes de inteligência.

A recomendação do registro literal das respostas não significa prescindir do conhecimento do sistema de escores. Este é essencial para que, após a obtenção da resposta, o psicólogo saiba quando e como formular perguntas adicionais para explorar toda a potencialidade de resposta do paciente. Tal inquérito deve revelar o interesse do examinador em explorar aquele potencial e não dar a impressão de que a resposta foi "errada". Da mesma forma, recomenda-se a anotação de ensaios e erros ou de outras particularidades no desempenho de uma tarefa, que podem vir a constituir importantes indícios sobre os aspectos cognitivos e emocionais do paciente. Igualmente, devem ser registradas as hesitações, as observações espontâneas, as reações de raiva, fadiga ou ansiedade, bem como quaisquer outras que, de uma forma ou de outra, constituem respostas à situação de teste.

O fato de se recomendar o uso de perguntas adicionais ou a realização de inquérito, sempre que parecer oportuno e as normas o permitirem, não significa que o psicólogo se apresse em fazê-lo. Primeiramente, é importante utilizar estímulos neutros, como "Que mais?", "E daí?", ou "Pode explicar melhor?", para obter o máximo de material espontâneo. Só depois pode passar a outras perguntas, sempre que possível usando como referencial as verbalizações do sujeito, de preferência suas próprias palavras. É importante ter isso em mente, porque pode ocorrer, especialmente com profissionais novatos, que, no afã de conseguir dados, o paciente seja interrompido com perguntas, que, às vezes, cortam o fluxo de seu pensamento, induzem determinadas respostas, bloqueiam a produtividade e a fantasia e despertam ansiedade, prejudicando os resultados.

Existe uma situação padronizada de testagem, mas sempre é importante que o psicólogo lide com ela não meramente como um testólogo, mas de uma maneira clínica, atento a um sujeito que reage de forma personalizada e única ao aqui e agora da interação.

LEVANTAMENTO, ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS

Independentemente das informações dos testes, nesse momento, o psicólogo já possui um acervo de observações que constitui uma amostra do comportamento do paciente durante as várias sessões em que transcorreu o processo diagnóstico, desde o contato inicial até a última técnica utilizada. Em resumo, é capaz de descrever o paciente. Uma revisão das observações feitas é indicada para melhor entendimento da maneira como respondeu à situação do psicodiagnóstico. Dependendo dos objetivos do exame, um sumário de tais observações já constituirá uma parte introdutória do laudo.

Convém, também, fazer um exame da história clínica, cujas informações poderão contribuir para atribuir significação a alguns dados e interpretar conteúdos do material da testagem. Dessa maneira, o relato sistematizado da história clínica não só constituirá uma outra etapa vencida para certos tipos de laudo, como também ajudará o psicólogo a se preparar para entender os dados colhidos. Isso não significa que o psicólogo vá procurar nos testes a confirmação de dados situacionais ou históricos, mas que se capacite para atribuir significação às respostas e aos escores que obtém, que podem diferir, muitas vezes, conforme variáveis demográficas e características do funcionamento do examinando.

É necessário recapitular, então, as hipóteses levantadas inicialmente e no decorrer do processo, tendo em mente os objetivos do exame. As hipóteses levantadas servirão de critérios para a análise e seleção dos dados úteis, enquanto os objetivos fornecerão um enquadramento para a sua integração. Desta maneira, as perguntas indicarão que respostas devem ser buscadas, confirmando ou não as hipóteses. A presença de mais ou menos indícios e a sua compatibilidade e intervalidação permitirão hierarquizar a importância dos dados obtidos. O objetivo do exame norteará a organização de tais informações.

Nos testes quantitativos, se ainda não o fez, atribua escores para as respostas. No caso das

escalas Wechsler, o escore bruto deve ser transformado em ponderado. Em algumas dessas escalas, se administrou mais ou menos subtestes que os previstos para cálculo do QI, lembre-se de efetuar a transformação proporcional da contagem ponderada antes de determiná-lo. Além disso, deve verificar o percentil correspondente, o percentual da população em que se localiza o QI, calcular as médias dos escores em cada escala e considerar o desvio padrão da média do sujeito e da população antes de chegar a um entendimento do caso.

A contagem, em alguns outros testes, deverá ser transformada em percentis, em quartis ou em escores T. Tais dados devem ser analisados e entendidos. Resultados de testes psicométricos são medidas estatísticas que, individualmente, podem subentender sistemas diversos, de maneira que é importante o psicólogo se familiarizar com sua significação e equivalência. Se tiver alguma dificuldade prática nesse sentido, a consulta ao item sobre entendimento dos dados, no Capítulo 14, sobre Avaliação psicométrica, nesta edição, é recomendada. Outros testes, que medem funções específicas, em geral usam os mesmos sistemas que os testes de inteligência, de maneira que a leitura desse texto ajudará a clarear certas dúvidas.

Dependendo dos objetivos do exame e das hipóteses levantadas, provavelmente, a essa altura, algumas respostas podem ter sido encontradas.

Em alguns outros testes, como o Bender, por exemplo, que, conforme o enfoque adotado, também envolve contagem, é necessário interpretar a significação do escore, eventualmente comparando-o com a média e o desvio padrão para a idade do paciente.

Mesmo que o teste seja dito projetivo, muitas vezes é necessária a consideração de números brutos de percentuais ou da relação numérica entre escores de categorias, como no Rorschach.

Damos ênfase aos dados quantitativos, uma vez que, havendo mais pesquisas a respeito, oferecem uma base probabilística maior de acerto do que as informações oriundas de uma análise qualitativa (Exner, 1983). No entanto,

quando se pretende ter uma compreensão dinâmica sobre o paciente, muitas vezes, para fundamentar a formulação diagnóstica ou para chegar a uma orientação sobre o caso, os dados qualitativos assumem grande importância. Por outro lado, se os dados qualitativos perdem em objetividade para os dados quantitativos, podem ser validados, no caso individual, com a corroboração de alguns indícios por outros, e, por sua vez, a integração pode ficar substanciada por um embasamento teórico, que encontre denominadores comuns na história clínica e no comportamento sintomático atual.

Não entraremos em maiores detalhes sobre a análise e interpretação de dados qualitativos, porque cada técnica tem o seu manejo específico, que é tratado na seção pertinente deste livro.

Cabe apenas salientar a necessidade de organizar os dados oriundos das diferentes técnicas, buscando um entendimento de coincidências e discordâncias, hierarquizando indícios e identificando os dados mais significativos, que, contrastados com as informações sobre o paciente, são integrados para confirmar ou infirmar as hipóteses iniciais. A seleção das informações que fundamentam as conclusões finais deve atender aos objetivos propostos para o psicodiagnóstico e pressupõe um determinado nível de inferência clínica.

Níveis de inferência clínica

Lembramos que psicodiagnóstico é um processo científico, que utiliza técnicas e testes psicológicos (*input*) e, através de uma série de passos, termina com a comunicação de resultados (*output*) após a integração e seleção dos dados.

Vimos que, após a admissão de uma quantidade de dados, estes devem ser trabalhados, conforme os objetivos predeterminados, e integrados em função do nível de inferência que se pretende atingir. Inferência é, pois, "o processo que vincula o *input* ao *output*" (Pope & Scott, 1967, p.34).

A inferência pode ficar num nível simples, quando se baseia apenas num levantamento quantitativo, ou pode ser feita em diferentes graus de generalização, como no caso de uma

classificação diagnóstica, podendo chegar a interpretações mais inclusivas, que pressupõem o marco referencial de uma teoria de personalidade.

A comunicação dos resultados (*output*) não é mais que a formalização oral e/ou escrita de conclusões a que o psicólogo chegou, estabelecidas em função de um determinado nível de inferência. Todavia, a comunicação não abrange todos os dados e, quase sempre, não compreende todas as conclusões. Há uma seleção de informações que, por um lado, é pertinente aos motivos do encaminhamento e se mantém num determinado nível de inferência, previsto pelo objetivo do exame, e, por outro lado, se estrutura conforme a natureza do serviço ao qual será encaminhado o laudo ou de acordo com o tipo de profissional que o solicitou.

DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO

Nem sempre o psicólogo precisa chegar, obrigatoriamente, ao nível mais elevado de inferência para obter uma hipótese diagnóstica ou o diagnóstico mais provável. Principalmente em casos mais graves, freqüentemente apenas o quadro sintomático e a história clínica contém informações suficientes para que o profissional possa enquadrar o transtorno numa categoria nosológica. Esta modalidade de processo diagnóstico seguiria mais um modelo médico do que psicológico, o que não significa que somente o psiquiatra tenha competência para tal. Entretanto, mesmo quando parece não haver dúvidas quanto à classificação nosológica do paciente, o psicólogo muitas vezes é convocado para identificar déficits ou funções preservadas, enfim, para coletar dados mais substanciais como base para um prognóstico. Noutros casos, como há alternativas diagnósticas possíveis, o psicólogo pode assumir a responsabilidade de um diagnóstico diferencial, que se efetua através de um modelo psicológico, isto é, pelo psicodiagnóstico.

Para chegar à inferência clínica, chamada de diagnóstico, o psicólogo deve examinar os dados de que dispõe (que englobam informações sobre o quadro sintomático, dados da história clínica, as observações do comportamen-

to do paciente durante o processo psicodiagnóstico e os resultados da testagem), em função de determinados critérios (critérios diagnósticos), podendo considerar, assim, várias alternativas diagnósticas. Se certos critérios específicos são atendidos, pode classificar o caso numa categoria nosológica. Para tal fim, deve utilizar uma das classificações oficiais conhecidas, como o DSM-IV. Com base em tal classificação e em aspectos específicos da história clínica, poderá fazer predições sobre o curso provável do transtorno (prognóstico) e planejar a intervenção terapêutica adequada. Muitos testes utilizados no psicodiagnóstico também podem fornecer indícios muito úteis para o prognóstico.

Em alguns casos ou transtornos, há um grande número de sinais e sintomas que podem se apresentar em diferentes categorias diagnósticas e que se organizam numa ordem hierárquica. O profissional deve fazer um diagnóstico diferencial e, para chegar a ele, deve tomar uma série de decisões, pelo exame de várias alternativas, que geralmente pressupõem um modelo estatístico e se baseiam, freqüentemente, em estudos epidemiológicos. São utilizadas considerações probabilísticas para chegar a um diagnóstico diferencial e que também servem de fundamento para o prognóstico. Como num diagnóstico médico, há uma série de passos e questões levantadas, que permitem a eliminação de determinadas alternativas e a seleção de outras, chegando, afinal, à hipótese mais provável, à qual podem ser acrescentados diagnósticos alternativos.

Às vezes, conforme o caso e as razões do encaminhamento, o psicólogo deve realizar uma avaliação mais compreensiva, baseada em informações adicionais, pressupondo-se que atinja o nível mais elevado de inferência, fornecendo um embasamento psicodinâmico, que pode facilitar a opção por um tipo de terapia e a condução de um processo terapêutico. Isso não significa uma desconsideração pela classificação diagnóstica do caso, mas um passo subsequente, que leva a uma formulação interpretativa mais abrangente e inclusiva, que é integrada conforme pressupostos teóricos básicos. Para MacKinnon e Yudofsky (1988), "o objetivo da formulação psicodinâmica é facili-

tar o entendimento do médico da estrutura da personalidade e conflitos psicológicos do paciente e desenvolver um plano de tratamento efetivo" (p.217). Como se observa, para tais autores, a avaliação compreensiva utiliza pressupostos psicanalíticos. Mas são possíveis outras abordagens, inclusive da psicologia comportamental ou cognitiva, por exemplo. O importante é que tal tipo de avaliação esteja firmemente ancorado numa teoria de personalidade, sendo mais freqüentemente utilizados pressupostos psicanalíticos.

Para chegar à avaliação compreensiva, o psicólogo deve ter um entendimento da natureza da interação clínica, não só na entrevista, mas durante a realização da série de tarefas, implícitas numa bateria de testes, que constituem um campo fértil para observar vários tipos de comportamento e, especialmente, a maneira como o paciente "formula ou distorce a situação (...) a fim de adaptá-la às suas fantasias, atitudes e expectativas profundamente arraigadas (habitualmente inconscientes) sobre as relações interpessoais" (APA, 1980, p.11).

Muitas informações úteis, no mesmo sentido, também são fornecidas pelos testes projetivos. Não obstante, testes mais estruturados podem proporcionar dados, tanto com base no conteúdo das respostas quanto pela relação transferencial que eventualmente se estabelece e que pode ser consubstanciada por aspectos da dinâmica familiar. A propósito, Baker (1970) dá um exemplo de uma reação agressiva do paciente, em relação ao examinador, durante a administração do subteste de Compreensão do WAIS, em razão da própria natureza da prova, "fortemente carregada de itens pertinentes a valores e comportamento social" (p.365). Assim, principalmente se uma reação transferencial for corroborada por outros dados da testagem (ou pelo uso pós-diagnóstico dos testes, sugerido por essa autora) e por informações da história clínica, há condições de prever o comportamento futuro do paciente durante o processo psicoterápico. Assim, tanto as observações sobre o comportamento do sujeito e suas respostas aos testes como as reações contratransferenciais do exa-

minador fornecem indícios que podem permitir que se chegue a elaborar “uma formulação diagnóstica psicodinâmica, que é uma explicação da psicopatologia do paciente, em termos de seus conflitos inconscientes e mecanismos de defesa e das origens de seu comportamento atual na experiência de vida precoce” (APA, 1980, p.11).

Embora forneça informações úteis, em muitos casos, a formulação psicodinâmica envolve uma tarefa exaustiva e um registro bastante extensivo e é menos freqüentemente solicitada do que exames com outros objetivos. Mais comumente, é realizada de forma mais restrita, limitando-se ao exame de certos aspectos psicodinâmicos, que podem facilitar e dar embasamento para certas decisões sobre abordagens terapêuticas, inclusive não-psicoterápicas, identificando recursos do ego e, eventualmente, sistemas de apoio no ambiente sociofamiliar para que o paciente possa enfrentar certas situações. Por exemplo, num dos casos ilustrativos deste livro, é apresentado o problema de uma paciente que foi encaminhada para a avaliação de suas condições psicológicas para se submeter a uma intervenção cirúrgica e para prognóstico sobre a sua possível resposta à mesma. O laudo incluiu uma classificação diagnóstica e uma formulação dinâmica para permitir uma compreensão dos motivos que justificaram o encaminhamento. Porém, se o encaminhamento tivesse que ver com a consideração de uma terapia familiar, por exemplo, as informações seriam de natureza diversa, focalizando a paciente em interação com os membros de sua família, como unidade social e dentro de um contexto social mais amplo.

Classificação diagnóstica

“Fica facultado ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças – CID, ou outros códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte de enquadramento de diagnóstico.”

(Parágrafo único, do Art. 1º, da Resolução CFP nº 015/96, de 13 de dezembro de 1996.)

Como vimos, para verificar se um caso preenche os critérios de uma categoria diagnósti-

ca, o psicólogo pode e, conseqüentemente, deve utilizar algum sistema oficial de classificação de transtornos mentais.

Atualmente, os dois sistemas de classificação mais difundidos e usados são a CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV (APA, 1995). Considerando que foram criadas facilidades para “um intercâmbio mutuamente produtivo” entre a Organização Mundial da Saúde e a Associação Psiquiátrica Americana, houve um incremento da compatibilidade entre os dois sistemas (APA, 1995, p.xiii). Desse modo, vamos nos restringir a comentários sobre o DSM-IV, uma vez que as classificações americanas têm suscitado um número extraordinário de pesquisas, com amplas repercussões na área do psicodiagnóstico, inclusive com a criação de instrumentos que visam a facilitar o processo diagnóstico.

O DSM-IV utiliza um modelo categórico, classificando os transtornos mentais “em tipos com base nos conjuntos de critérios que os definem” (p.xxi), claramente inspirado num modelo médico. Tais critérios são apresentados “como diretrizes para a confecção de diagnósticos, uma vez que comprovadamente o uso desses melhora o consenso entre clínicos e investigadores” (p.xxv).

A abordagem multiaxial do DSM-IV inclui diversas áreas, dimensões, mais adequadamente denominadas eixos, nos quais cada paciente pode ser avaliado, de vez que se referem “a um diferente domínio de informações” (p.27).

Segundo o DSM-IV, o Eixo I inclui todos os transtornos mentais – exceto os Transtornos de Personalidade e Retardamento Mental, que constituem o Eixo II – e mais “outras condições que podem ser foco de atenção clínica” (p.28), enquanto, no Eixo III, são classificadas condições médicas gerais, “que podem estar relacionadas aos transtornos mentais de diversas maneiras” (p.29).

Os Eixos I, II e III permitem o registro de diagnósticos múltiplos, em casos de co-morbidade, enquanto, no Eixo IV, são considerados problemas psicossociais, e, no V, o nível de funcionamento. Esse tipo de classificação, portanto, “facilita a avaliação abrangente e sistemática” (p.27).

A classificação diagnóstica, conforme esse sistema, além de útil, fidedigna e muito viável para a comunicação entre profissionais, leva o psicólogo ou o psiquiatra a realizar a sua coleta de dados de forma sistemática e organizada, sendo também adequada para a descrição dos sujeitos em trabalhos de pesquisa. Desta forma, consideramos que todo psicólogo que inclui o psicodiagnóstico entre suas atividades específicas deve não só se familiarizar com esse sistema de classificação, mas utilizá-lo em seus laudos, sempre que for pertinente.

COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS

O psicodiagnóstico, quanto à sua estrutura, possui algumas unidades fundamentais: o sujeito ou examinando, o psicólogo, os testes ou as técnicas psicológicas, o informe psicodiagnóstico e o receptor. Em conseqüência, pode-se afirmar que o informe ou a comunicação dos resultados constitui uma unidade essencial do psicodiagnóstico e, portanto, deve ser previsto no contrato de trabalho com o sujeito e/ou responsável.

Na operacionalização do processo, a comunicação dos resultados logicamente deve se realizar como último passo, seguida apenas pelas recomendações pertinentes e pelo encerramento. É da responsabilidade do psicólogo definir seu tipo, conteúdo e forma.

O tipo de comunicação dos resultados ou do informe é definido basicamente pelos objetivos do exame. Os laudos, por exemplo, geralmente respondem a questões como “o que”, “quanto”, “como”, “por que”, “para que” e “quando”, enquanto os pareceres se restringem à análise de problemas específicos colocados por determinado profissional que já dispõe de várias informações sobre o sujeito. Então, o tipo de informe depende do objetivo ou objetivos do exame, que podem ser, por exemplo, de classificação simples, de entendimento dinâmico, de diagnóstico diferencial, etc. Quase sempre, os laudos constituem o resultado de um processo psicodiagnóstico com vários objetivos, enquanto um parecer pressupõe um único objetivo. Em conseqüência, os laudos

costumam ser mais extensos, abrangentes e minuciosos, ao passo que os pareceres são mais focalizados, resumidos e curtos.

Dependendo dos objetivos, podem ser necessários vários tipos de comunicação, como, por exemplo, entrevista de devolução com os pais e com o sujeito, laudo encaminhado ao pediatra, laudo encaminhado à escola especial e parecer para o serviço de orientação de uma escola, que fez a sugestão inicial do exame.

O conteúdo da comunicação é definido tanto pelas questões específicas, formuladas no início do processo, como pela identidade do receptor. Existem questões cuja resposta é do interesse de um receptor, mas não de outro. Tomemos um exemplo simples de um menino que está tendo reações agressivas contra pessoas do sexo feminino, que é encaminhado para exame pela pré-escola. Ao psicoterapeuta, ao qual será encaminhado, interessa por que e para que existe o sintoma, isto é, importa o entendimento dinâmico do caso. À escola importa mais saber como se apresenta, em que circunstâncias, e como manejar o problema. Portanto, o conteúdo pode variar quanto à natureza dos dados, conforme as questões a que responde.

Eventualmente, as mesmas questões podem ser respondidas através de comunicações diferentes, mas o conteúdo de cada uma pode ser diverso, em especificidade, profundidade e extensão, seja o receptor, por exemplo, um psiquiatra, um professor ou um pai de nível socioeconômico baixo. Então, suponhamos que o psicólogo tenha realizado uma avaliação intelectual. Para o psiquiatra, pode-se informar qual o QIV, QIE e QIT, ao mesmo tempo em que é possível fazer uma análise das funções cognitivas. Para o professor, interessará mais ter uma idéia em que percentual da população está enquadrado o seu aluno, em termos intelectuais, e em que áreas se concentram mais seus potenciais e seus pontos fracos. Já para o pai de nível socioeconômico baixo, provavelmente é mais importante saber qual pode ser a sua expectativa em termos do nível de instrução que seu filho pode atingir com relativa facilidade.

Aqui, leva-se em conta não só o nível de inferência que os resultados podem atingir,

mas, também, o cumprimento de certas normas éticas. Por exemplo, certas informações podem ser passadas a um receptor, cuja profissão pressupõe um certo código de ética, mas, talvez, não a outro. O sigilo profissional compromete o psicólogo a não fornecer certas informações, ou a prestá-las somente a quem de direito e sempre contemplando o benefício do paciente. Por exemplo, a suspeita da presença de traços psicóticos numa criança deve ser obrigatoriamente comunicada ao profissional responsável pelo tratamento neurológico, já que a criança pode responder de forma diferente a certos medicamentos e contamos com a ética profissional do neurologista. Por outro lado, o informe sobre a mesma criança, para a escola, pode perfeitamente dispensar a classificação nosológica, cujo conhecimento poderia eventualmente levar a uma discriminação do sujeito. Para a escola, interessa mais saber que existe um problema, como se manifesta, qual a melhor maneira de lidar com ele e que está havendo um atendimento diferenciado para o mesmo. Já no caso de a escola contar com uma psicóloga, esta poderá receber um laudo mais extenso e profundo, do qual saberá selecionar as informações que sabe que deve prestar à professora. Entretanto, se sabemos que a escola não dispõe de local onde o informe possa ser mantido sigilosamente, é preferível restringir a comunicação a um contato telefônico ou pessoal.

Um outro exemplo seria de uma história de caso, que incluísse uma tentativa de estupro por um membro da família, guardada sigilosamente pelos pais de uma menina. Este é um tipo de dado que, preferencialmente, deve ser comunicado, de forma pessoal, com autorização do responsável, somente ao profissional que se encarregará da psicoterapia do sujeito, mas não ao técnico que, por exemplo, vai se responsabilizar por um programa foniátrico.

A forma é definida pela identidade e qualidade do receptor. A terminologia e a linguagem, de modo geral, devem ser adequadas às do receptor. Dessa maneira, o informe preserva a comunicação necessária, se estiver de acordo com a profissão, o nível sociocultural e intelectual e com as condições emocionais do re-

ceptor. Conseqüentemente, o laudo a ser encaminhado a outro psicólogo vai diferir bastante, na forma, do encaminhado a um ortopedista e será muito diferente da devolução realizada com pais ansiosos e de nível socio-cultural inferior.

Para que a comunicação dos resultados seja cientificamente adequada, é necessário que a seleção, organização e integração dos dados se realize, chegando a inferências sobre o caso, tendo como pontos de referência as perguntas iniciais e os objetivos do exame. Tais dados, que emergem da testagem numa terminologia científica, precisam, então, ser decodificados, conforme a identidade e a qualidade do receptor, sendo comunicados de forma oral ou escrita.

O que isto representa para o psicólogo? Em termos de desempenho profissional, quer dizer que realizou uma tarefa que lhe é específica e dela presta contas. Não obstante, há muitas variáveis em jogo, em parte tendo que ver com a sua identidade como psicólogo clínico. Implícita ou explicitamente, o psicólogo percebe o informe psicodiagnóstico como um atestado que apresenta de sua competência profissional. Sem dúvida, variáveis associadas com formação, experiência e com sua própria personalidade estão em jogo. Igualmente, devem-se levar em conta variáveis que têm relação com a competência do receptor e com suas expectativas, e que também influem na situação, interferindo, bloqueando, acelerando ou cronicando o processo psicodiagnóstico e, conseqüentemente, dificultando ou facilitando a comunicação. Assim como nas terapias, às vezes os processos psicodiagnósticos parecem intermináveis, nem tanto por falta de dados, mas porque o psicólogo não sabe o que fazer com eles.

A ciência ajuda o psicólogo a operacionalizar o seu trabalho através dos passos de um processo de psicodiagnóstico. Por isso, são importantes sua formação, sua preparação técnica, sua familiaridade com recursos e manejo das técnicas para um bom exame psicológico. Mas o ponto-chave, o elemento crucial, no processo é o próprio psicólogo. O sucesso de seu trabalho ultrapassa a questão da competência

profissional e, portanto, recomendamos psicoterapia para quem trabalha com psicodiagnóstico. Isso se justifica por várias razões, mas, especialmente em entrevistas de devolução, o psicólogo deve ter condições para lidar com problemas às vezes muito sérios, devendo, eventualmente, encaminhar decisões cruciais para a vida de outrem, numa situação potencialmente ansiogênica, dentro de uma relação restrita no tempo. Deste modo, precisa estar muito consciente do que está ocorrendo, ser muito ágil em suas percepções, muito flexível no manejo da relação, muito seguro de suas conclusões e de si mesmo para manter a sua sensibilidade clínica e ser hábil em sua comunicação.

Ao falar em comunicação, parece importante examinar a questão do receptor em potencial. Em princípio, quem solicita um psicodiagnóstico deve ter assegurado o seu direito à comunicação dos resultados, o que deve constar já no contrato de trabalho. Teoricamente, e regulamentadamente, o direito à devolução é obrigatório, e, na prática, é exatamente esse direito que facilita o *rapport* e a confiança no profissional que escolheu.

Ainda que, tradicionalmente, houvesse um pressuposto de que os resultados de um psicodiagnóstico não seriam de interesse do cliente, em vista de sua complexidade científica, hoje em dia, na prática, acredita-se que o usuário tenha direito a um *feedback*. Entretanto, embora cada problema tenha a sua especificidade, na verdade, pode ser apresentado sob diferentes perspectivas, conforme as características peculiares, nível social e profissão da pessoa a quem se está relatando os resultados. É claro que, conforme o Código de Ética, "o psicólogo está obrigado a fornecer a este (ao examinando) as informações que foram encaminhadas ao solicitante e a orientá-lo em função dos resultados obtidos"^{*}, mas, para que a comunicação seja eficaz, deve ser clara, precisa e inteligível. Portanto, freqüentemente, a linguagem científica tem de ser traduzida para

um modo coloquial de dizer as coisas, com o uso de um vocabulário acessível e enfatizando as questões que serão mais úteis, para que se possam fornecer novas maneiras de perceber a realidade e opções para a solução de problemas, em benefício do cliente.

Não obstante, essa questão da comunicação de resultados envolve aspectos extremamente complexos, porque é preciso distinguir a pessoa que solicita o exame daquela que contrata o serviço, que nem sempre são coincidentes, e, então, *por definição*, o receptor nem sempre é a pessoa que contrata o serviço, desde que, no contrato de trabalho, tenha havido um consentimento informado do contratante a respeito. Este é um problema muito delicado, devendo ser analisado criteriosamente por suas implicações interprofissionais, interpessoais e éticas.

Vamos imaginar um caso oriundo de um *setting* terapêutico, sendo o paciente encaminhado para psicodiagnóstico na expectativa de que os resultados ofereçam subsídios para resolver uma questão naquele contexto. Parece que o receptor legítimo deveria ser o profissional que encaminhou o caso – claro –, desde que os termos do contrato garantissem esse direito. Senão, vejamos: a) se o encaminhamento foi feito por um psicólogo-terapeuta para um psicólogo especialista em psicodiagnóstico, para obter informações que poderão levá-lo a modificar certos focos de intervenção terapêutica; e, por outro lado, b) se o psicólogo que fez o psicodiagnóstico se sentir obrigado não só a fornecer informações, como também orientar o paciente, poderá estar descumprindo o seguinte item do Código de Ética: "o psicólogo não deve intervir na prestação de serviços psicológicos efetuados por outros profissionais, salvo em algumas situações"^{**}.

Como vemos, há situações com implicações interprofissionais (psicólogo *versus* psicólogo), interpessoais (psicólogo *versus* paciente e psicólogo *versus* examinando) e éticas (qual dos itens é o mais pertinente?). Desse modo, acre-

^{*}Transcrito do *Guia para o exercício profissional*, distribuído pelo CRP/07 entre os membros da classe.

^{**}Vide nota de rodapé anterior.

ditamos que, para o desempenho competente de sua tarefa e a bem da ética, o psicólogo deve usar seu bom senso, procedendo em benefício do usuário e com sua concordância, em casos especiais como este.

Quando se falou que o informe tem normas específicas, salientou-se muito a questão da identidade do receptor. Encaminham-se laudos a profissionais, aos quais possam ser de interesse, em benefício do cliente e com sua concordância. Entretanto, parece mais recomendável dar um *feedback* ao cliente ou a pessoas de sua família, sempre através de uma entrevista de devolução, que também será diferenciada, dependendo da qualificação profissional, nível social, escolaridade e características psicológicas pessoais. A comunicação oral parece ser um recurso mais esclarecedor e eficaz que as informações por escrito, porque cada item pode ser devidamente analisado e esclarecido, se necessário for. Na realidade, é uma forma de se prevenir a ocorrência de interpretações dúbias, especialmente de resultados quantitativos, por entendimento errôneo de dados estatísticos.

A comunicação dos resultados pode ser feita de forma sistemática ou assistemática. Tome-mos o exemplo do caso de uma criança, em que, muito freqüentemente, parece importante que, na medida em que os dados colhidos o justificarem, se forneça um *feedback* ocasional aos pais, seja para alívio da ansiedade, para satisfazer necessidades reparatórias, para reforço do ego ou para discutir soluções emergenciais. Assim, a devolução vai sendo realizada de forma bastante assistemática, de modo que a entrevista final seja dedicada mais à integração das informações já prestadas, com vistas à discussão de soluções viáveis.

Outro tipo assistemático de comunicação ocorre quando surgem situações emergenciais de urgência psiquiátrica. Suponhamos que uma paciente, encaminhada para exame de um problema de memória, apresente indícios compatíveis com risco de suicídio. Em conseqüência, deve haver troca imediata do objetivo do exame, passando-se a avaliar a gravidade do risco. Se for o caso, faz-se a comunicação imediatamente ao responsável, apontando cuida-

dos e soluções cabíveis. A troca de objetivo ocasiona a mudança do tipo de informe e, eventualmente, a troca do receptor. Por outro lado, a necessidade de proteção da paciente quebra o compromisso com o sigilo profissional.

Vemos, portanto, que a comunicação de resultados pode ser assistemática ou sistemática. Entre os informes sistemáticos, os tipos mais comuns são algumas entrevistas de devolução e os laudos. Estes são, habitualmente, encaminhados a profissionais da área médica e a outros, da área de saúde e da educação.

Os laudos podem variar em sua estrutura, conforme as questões básicas e os objetivos do exame ou, ainda, de acordo com o estilo do psicólogo. Em alguns, por exemplo, os dados da anamnese e sobre a dinâmica familiar se fazem imprescindíveis para a compreensão do caso, enquanto outros citam apenas os aspectos mais significativos ou, eventualmente, os omitem, quando são do conhecimento do receptor. Geralmente, o laudo é iniciado com dados de identificação, seguidos da época de realização do exame. Registram-se os motivos explícitos e implícitos da consulta, citam-se as técnicas utilizadas (por extenso), comunica-se a impressão sobre o sujeito, apresentam-se dados sobre o estado mental, relata-se sua história clínica, descrevem-se os resultados da testagem, comumente organizados em tópicos; conforme os objetivos do exame, faz-se, se for o caso, o entendimento dinâmico e/ou a classificação nosológica, com prognóstico e possíveis encaminhamentos ou recomendações. Este é mais um modelo tradicional e, conforme os objetivos do exame, nem sempre precisa ser muito extenso, exaustivo ou profundo. Na verdade, não há regras fixas. O importante não é que o psicólogo escreva tudo o que sabe sobre a pessoa, mas o que for pertinente aos objetivos do exame e de interesse para o receptor.

No caso, por exemplo, de um laudo na área forense, o psicólogo deve se restringir a responder os quesitos propostos de uma forma clara, concisa e não sofisticada, registrando apenas dados que possam ser úteis ao objetivo a que se destinam e excluindo os que podem ser classificados como impressões, opiniões ou suspeitas.

Freqüentemente, não é necessária a redação de um laudo, mas somente de um parecer. Suponhamos que a questão, proposta por um médico, seja se os problemas de memória apresentados por um paciente podem ser justificáveis pelos sintomas de depressão que vêm sendo observados. Embora, até certo ponto, o exame possa ser complexo, o objetivo é simples e único, e nem há razões para a elaboração de um laudo extensivo. O que se requer é um parecer, com base no exame realizado, incluindo justificativas sucintas para o ponto de vista firmado.

Em alguns casos, não se exige entrevista de devolução, laudo ou, até, parecer por escrito. Isso muitas vezes ocorre quando o psicólogo é membro de uma equipe multidisciplinar. Cada profissional utiliza o seu modelo próprio, para o exame do sujeito, e os dados são interdependentes. O caso é discutido pela equipe, em seus vários aspectos, e os dados são integrados num informe, conforme os objetivos propostos. Às vezes, o objetivo é o de classificação nosológica, para fins de estudo epidemiológico da população atendida por um serviço, restringindo-se a comunicação à especificação de um código, conforme uma classificação oficial.

Vê-se, portanto, que o tema é vasto e complexo e que existem, além disso, maneiras pessoais de elaborar informes, que o psicólogo vai desenvolvendo ao longo de sua prática profissional. Em resumo, o tipo de comunicação é definido pelos objetivos do exame, e seu conteúdo o é pelas questões específicas iniciais e pela identidade do receptor. Dessa maneira, pode variar quanto à natureza dos dados, em profundidade e extensão, e deve atender a princípios de ética profissional. Em sua forma, é definido pela identidade e qualidade do receptor.

O informe pode ser sistemático ou assistemático, mas, considerando a estrutura do psicodiagnóstico, é uma unidade essencial e, no processo, um passo obrigatório e final do psicodiagnóstico que, em alguns casos, pode acarretar novo contrato, mas de natureza terapêutica. Assim, desta entrevista de devolução decorrem recomendações, orientações e/ou encaminhamento do caso e o encerramento do

processo, conservando-se o material do psicodiagnóstico arquivado durante algum tempo (No caso de pareceres ou atestados para o serviço público, deve ser mantido por cerca de 10 anos.), para poder ser retomado caso o paciente volte para exames complementares, ou para fornecer subsídios para responder a eventuais consultas suplementares.

CASO ILUSTRATIVO

Para ilustrar o processo psicodiagnóstico, o caso constante na edição passada foi reformulado em termos de novas abordagens do MMPI e em relação a critérios do DSM-IV. Este caso é interessante não só por causa da complexidade que apresenta, mas por envolver uma questão de diagnóstico diferencial.

A forma escolhida para expor o caso tem finalidades didáticas. Por esse motivo, é dada ênfase a certos pontos, mais de interesse para o psicólogo, que não seriam tratados tão extensivamente num laudo comum. Na realidade, ao final do processo diagnóstico, o caso foi discutido amplamente com o psiquiatra encarregado do tratamento do paciente, tendo-se optado pela elaboração de um laudo sucinto, necessário para instruir um processo administrativo que havia sido instaurado contra o paciente, com a observação de que somente o acompanhamento do caso permitiria confirmar as hipóteses levantadas, o que acabou ocorrendo, meses depois, conforme depoimento do psiquiatra responsável.

Identificação: B.S.

Idade: 35 anos

Sexo: masculino

Profissão: bancário

Nível socioeconômico: médio

Motivos do encaminhamento

Encaminhado pelo psiquiatra para diagnóstico diferencial, o qual deu, por telefone, as seguintes informações sobre o caso:

O sujeito, que sempre apresentou uma vida muito regrada, com bom relacionamento fa-

miliar, embora com poucos amigos, teve uma reação de culpa muito intensa em razão do falecimento do pai há dois anos.

Durante o último ano, passou a se envolver com rituais de religião afro-brasileira. Em seguida, sob a influência de uma mãe-de-santo, começou a “encomendar trabalhos” e, para pagá-los, fez um desfalque de quantia considerável no banco em que trabalhava. Ao ser descoberto e decidido o seu afastamento do banco, apresentou sintomas depressivos, inclusive com tentativa de suicídio, sendo internado em hospital psiquiátrico.

A primeira entrevista com o irmão, na casa de quem permaneceu após a alta hospitalar, não acrescentou muitos dados, exceto a respeito de detalhes sobre o comportamento do paciente após a morte do pai e sobre seus sintomas depressivos antes da hospitalização.

Descrição

B.S. é um homem de 35 anos, casado, com duas filhas, com nível de escolaridade de 3º Grau incompleto, que reside numa pequena localidade, no interior de... Seu padrão de vida é considerado muito satisfatório, dadas as condições socioeconômicas do lugar.

Veste-se de maneira informal e, quase invariavelmente, chega para as sessões de exame de 10 a 15 minutos antes. Uma pessoa, que cruzou com ele ao sair, comentou que sua aparência era de quem havia sido padre.

Sua fala é muito monótona, algo macia, mas não afeminada. Apresenta-se sempre com um sorriso, que mantém, tanto quando responde a questões de cultura geral como quando relata fatos estressantes, como o falecimento do pai. Pode-se dizer que não apresenta uma modulação afetiva nítida. Mostra-se muito constrito. Dá uma impressão de ingenuidade e de ser menos inteligente do que realmente é. Sua linguagem é algo pobre e, eventualmente, troca termos comuns, como “dependente” por “independente” e vice-versa.

Não obstante, o seu comportamento, na entrevista, parece apropriado.

Hipóteses e perguntas iniciais

O processo precisou ser iniciado apenas com os dados fornecidos pelo psiquiatra, pelo irmão e pelo paciente, já que o exame objetivo com a esposa só foi realizado após a testagem, por motivo de viagem.

Contudo, tais dados já permitiam rejeitar ou levantar certas hipóteses. Em primeiro lugar, pelas informações dadas pelo irmão, foi possível verificar que o caso não atendia aos critérios diagnósticos de um transtorno de personalidade anti-social. Em segundo lugar, com base em subsídios, fornecidos pelo irmão e pelo próprio paciente sobre a reação deste ao falecimento do pai, isto é, a um estressor severo, foi possível pressupor que estivesse apresentando um episódio depressivo. Sua personalidade pré-mórbida, bastante dependente, parece ter desenvolvido uma série de sintomas ante esse fato, que, por sua gravidade e duração, teria ultrapassado um quadro depressivo normal pela perda de um ente querido. O paciente informou a respeito de sintomas, que perduraram por meses, e que, por sua especificidade, pareciam corresponder a um episódio de depressão maior. Por outro lado, a sintomatologia que o levou à internação recente também parecia atender aos critérios de uma depressão maior. A partir daí, era possível levantar algumas perguntas.

Estaríamos diante de um transtorno bipolar, em que o envolvimento do paciente em atividades altamente prejudiciais para a sua vida, entre os dois episódios depressivos, poderia ser explicado como uma sintomatologia maníaca? As informações não permitiam manter essa hipótese como a mais provável, uma vez que, nesse transtorno, o episódio inicial geralmente é maníaco.

Estaríamos, então, diante de um transtorno depressivo maior recorrente, em que o envolvimento do paciente, no período intermediário, em atividades religiosas ritualísticas, pudesse ser explicado por um transtorno de personalidade esquizotípica? Mas como entender o comportamento impulsivo e imprevisível (se comparado com sua vida anterior), caracterizado pelo desfalque? Poderia ser explicado

pela presença de um transtorno de personalidade *borderline*? E a subserviência absoluta à mãe-de-santo poderia ser justificada por um transtorno de personalidade dependente ou por uma tendência à superidealização?

Estas últimas perguntas deveriam ser consideradas seriamente. A depressão maior é uma complicação comum, tanto no transtorno *borderline*, como no transtorno de personalidade dependente. Já no transtorno de personalidade esquizotípica, são comuns a ansiedade, a depressão, e podem surgir sintomas psicóticos, mas são transitórios.

Considerando as primeiras hipóteses levantadas, dever-se-iam excluir fatores orgânicos e fazer o diferencial com transtorno esquizofrênico. Aliás, cabia a pergunta: a escassa modulação afetiva, observada no primeiro contato, seria devida apenas a um controle exageradamente constritivo ou a um afeto inadequado, típico do transtorno esquizofrênico? Naturalmente, também seria importante o diferencial em relação a outros transtornos afetivos e entre diferentes transtornos de personalidade.

Plano de avaliação

O Teste de Bender, que é uma boa técnica introdutória, foi selecionado como instrumento de triagem de disfunção cerebral. A seguir, decidiu-se usar o HTP, mais com um sentido exploratório e para retardar a introdução de técnicas mais importantes, porém mais ansiosas.

A seguir, foi programada a administração do MMPI, do Rorschach, do WAIS e do TAT. O MMPI é bastante indicado, no psicodiagnóstico de adultos, quando o objetivo é o exame diferencial. Por outro lado, todas essas técnicas são consideradas adequadas quando existe a hipótese de transtorno de personalidade, especialmente de tipo *borderline*.

Foi planejado, também, um exame objetivo, através de entrevista com a esposa do paciente, que completaria a coleta de dados, servindo, além disso, para corroborar indícios observados durante a testagem.

Observação

Para facilitar a compreensão do caso, serão apresentados, a seguir, a história clínica, um exame das funções do ego que parecem importantes para fundamentar o diagnóstico, uma tentativa de entendimento dinâmico e uma discussão sobre achados nas técnicas e nos testes utilizados, em função das hipóteses e perguntas levantadas. Os dados foram, assim, integrados para servir como referencial para um encontro entre o psiquiatra e a psicóloga, em que foram examinados alguns pontos críticos, em especial, a qualidade do contato do paciente e outros sintomas apresentados.

História clínica

O paciente, segundo o irmão, teve uma vida aparentemente normal, até aproximadamente 14 ou 15 anos atrás, quando apresentou comportamento impulsivo e imprevisível. Tinha passado no vestibular, freqüentava um curso superior sem problemas, quando foi aprovado na seleção para um banco. Então, abandonou a universidade, voltou para o interior, onde nascera, casando-se pouco depois. Já o paciente não descreve o ato como impulsivo, dizendo que desejava ser bancário, tanto que se submetia à seleção pela terceira vez. Por outro lado, a esposa, que sempre o considerou muito dependente, disse que a decisão de voltar para o interior e casar foi “a única atitude que tomou em sua vida sem consultar alguém” (*sic*). Contudo, em sua opinião, continuou “muito apegado” à família, ao ponto de ela sempre lhe afirmar que tinha de “cortar o cordão umbilical” (*sic*).

Daí por diante, a sua vida é descrita como supermetódica e regrada, tido como funcionário exemplar e como pessoa honesta e responsável. Não obstante, a natureza de suas funções no banco não exigia muita independência e nunca recomeçou os estudos, embora sempre desse apoio à esposa para fazê-lo. Relacionava-se bem com a família, mas tinha poucos amigos. Se convidado para festas, só ia com a família, “não se desgrudando da esposa” (*sic*).

Com a morte súbita do pai, há dois anos, começou a apresentar problemas. O paciente relata: "... ele ficou doente. Fiz tudo o que mandaram. Ficou bom. Foi um enfarto... Estavam fazendo um *check-up* geral. Teve outro enfarto e, daí, veio a morrer. Eu me senti culpado pela morte dele... (?) Poderia ter levado a um centro maior, mas não havia recomendação médica... Como faleceu e eu era o único filho, vieram os irmãos e, daí, veio esse sentimento... Mas enfarto não se pode prever... Depois da morte, me senti culpado... (?) Dias, semanas, sem dormir... Tomei medicamentos... Não houve o sentimento de perda pela morte, mas o sentimento de culpa, que eu carreguei... Mas o sentimento nunca passou..." Mais adiante: "Passei meses para tirar da idéia. Não fiz nenhum tratamento com psiquiatra, nada... (?) Nervoso, o dia inteiro... Na relação afetiva, deixei a mulher e as crianças de lado... Levei semanas sem fazer a barba, cortar o cabelo, querendo, parece, jogar alguma culpa... (?) Que os outros percebessem alguma coisa... Demorou meses... Ia rezar, ia no cemitério todos os dias. Conversava e saía mais calmo... Chegando em casa, revertia tudo..." (*sic*).

A esposa descreveu o sogro como uma pessoa fria, sem amigos, mas que procurava muito esse filho, com quem se parecia, mas com quem "só conversava sobre coisas banais" (*sic*).

Com o falecimento do pai, o paciente "se fechou, entrou em crise" (*sic*). Quando conversavam, o assunto era só o pai e sua culpa. Quando chegava em casa, deitava-se em posição fetal, coberto com acolchoados, muito deprimido: "estava numa concha" (*sic*). Tinha insônia e tomava comprimidos. Emagreceu bastante e, depois, começou a engordar. Tornou-se muito parecido com o pai, falando, agindo como ele. Achou que também tinha problemas cardíacos. Consultou muitos médicos e fez muitos exames. Deixou de ter amigos e usava desculpas para não sair, exceto ao cemitério.

Gradualmente, começou a falar mais com a esposa e filhos, mas não como antes do falecimento do pai. Principiou a se preocupar exageradamente com sua mãe, especialmente quanto à sua saúde, querendo que sua filha mais velha morasse com ela.

Instado pela esposa a procurar um psicólogo ou psiquiatra, não o fez. Ao invés disso, passou a procurar pessoas que, usando búzios, cartas, etc., pudessem lhe dizer "como seu pai estava, se se encontrava bem onde estava" (*sic*), buscando avidamente anúncios a respeito.

Construíram outra casa. Depois, resolveram comprar um apartamento na praia. Ao mesmo tempo, passou a se envolver, ativa, intensa e cada vez mais freqüentemente, com atividades ritualísticas de religião afro-brasileira, começando a ficar muito dependente de uma mãe-de-santo.

Quanto à sua vida com a família, "não participava, procurava não conversar, evitava as pessoas e, até com a esposa, era muito fechado. Chegava em casa, não conversava, ia para o quarto, ficava sozinho... Amigos, nem falar...", e, também, mostrava-se "desinteressado pelas coisas da casa" (*sic*). Queria trocar de carro, falava em comprar outro apartamento, um sítio. Parecia não dar valor ao dinheiro. O que as filhas queriam, dava. Presenteava exageradamente, em quantidade e preço. Mas "só ficava fazendo contas". Parecia "alegre, mas insatisfeito" (*sic*).

Demonstrou uma atitude de subserviência à mãe-de-santo, passando a consultá-la cada vez mais (anotando tudo o que dizia), procurando ter contatos telefônicos diários com ela, mesmo que estivesse em outro estado, para saber como estavam os negócios e a vida da família. Freqüentemente, queria que a esposa fizesse tais contatos, ficando numa extensão para escutar. Uma vez que esta se negou, chegou a ajoelhar-se à sua frente, pedindo para fazê-lo. Começou, segundo a esposa, a ficar inseguro.

No início, a preocupação era com o pai; em seguida, com sua saúde e, depois, com os filhos e a esposa. Então, surgiram "avisos" de que alguém, no banco, o estava prejudicando. Cada vez que havia ameaça de perigos, por revelação dos búzios ou de outra forma, "encomendava trabalhos" à mãe-de-santo, que eram remunerados acima do exigido, afirmando "que valiam mais" e "não admitia que ninguém falasse mal dela" (*sic*).

A situação chegou a um clímax quando a mãe-de-santo lhe disse que sua mãe corria risco de vida. Foram contratados novos “trabalhos”, cada vez mais absurdos e dispendiosos. Na época, a esposa estava viajando, e, segundo ela, a mãe-de-santo “sentiu nele uma pessoa fácil de manipular” (*sic*).

Sobre esse período, o paciente relata que, de início, estava convicto de que poderia se comunicar com o pai. Depois, passou a temer perigos iminentes para si e para sua família, dos quais poderia se livrar por meio de “trabalhos”: “Na ânsia de me livrar, comecei a tirar dinheiro do banco... Entrei e não tinha como sair... Foi se avolumando mais... Diziam que davam proteção... Fiquei independente... dependente daquelas pessoas...” (*sic*). Sentiu-se, então, “desligado do sentimento de culpa” (*sic*).

Desde a época em que começou a frequentar terreiros e até pouco antes de sua hospitalização, relata o que poderiam ter sido ilusões (?) ou alucinações visuais (?). Começou a, eventualmente, enxergar um vulto, ao acordar. Depois, passou a vê-lo em outros momentos e situações, chegando a achar que o vulto passou a segui-lo na rua. Também há a história de ilusões auditivas (?): “Já ouvi vozes... já ouvi alguma coisa... Eu sentia a sensação de que estava falando... (?) Não sei, talvez fosse um aviso de que algo ia acontecer... Não houve um fato concreto...” (*sic*). Fala também de odores peculiares, no serviço (alucinações olfativas?). Além disso, acha que “foi induzido a procurar o centro espírita e a fazer coisas que me mandavam” (*sic*). Por outro lado, refere situações em que, “quando alguém me olhava forte, ficava meio paralisado, meio tonto e perdia a noção da memória, por momentos”, e outras em que, “por segundos, me dava uma tonteira e perdia a noção” (*sic*). Também achava que, realmente, havia pessoas no banco querendo prejudicá-lo.

O desfalque foi descoberto no banco, e, segundo ele, “pediu um tempo”, porque não conseguia falar. Procurou a esposa em seu trabalho. Ao chegar lá, as pessoas “sentiram que ele estava diferente”. Disse a ela: “Descobriam tudo, no banco, e eu estou na rua”. “Tudo

o quê?” – perguntou ela, uma vez que ele sempre lhe dizia que os pagamentos eram feitos com dinheiro da poupança, empréstimos, etc.

Foram para casa, porque ele queria telefonar para a mãe-de-santo, e, em seguida, foram procurá-la na cidade onde se encontrava. No caminho, “estava completamente baratado... Começou a falar sozinho...” Várias vezes, “tentou jogar o carro para fora da estrada, na serra” (*sic*). As crianças gritavam, e ela passou a viajar segurando a trava de mão. Queria assumir a direção do veículo, mas ele não permitia. Ela disse-lhe, então: “Se quiser tomar uma atitude, tome, mas não quando as crianças estiverem no carro” (*sic*).

Conseguiram chegar à cidade, onde permaneceram uma semana, em que manteve contatos com a mãe-de-santo, que não se mostrou tão solícita.

Confessou à esposa que “seria melhor ter deixado a mãe morrer e não tocar no dinheiro” (*sic*). Só queria dormir. Em vez de um comprimido, tomava quatro ou cinco. Deitava-se na cama, em dia de calor, com dois acolchoados. Ficava “em posição fetal, ao desamparo” (*sic*). Dormia sem trocar de roupa e não cuidava de sua higiene. Se não estava deitado, caminhava de um lado para outro, sem conversar. Nesse período, escreveu bilhetes suicidas, dirigidos à esposa.

Segundo o paciente, “estava bem maluco, não acreditava na gravidade do problema”. Não se alimentava e não conseguia dormir: “Querida só dormir... Querida pegar o carro e me jogar num barranco... Peguei até um revólver, mas as pessoas da família não deixaram” (*sic*).

Conforme o irmão, “fez uma confissão de dívida, para o banco, que foi patética” (*sic*). Foi então que o irmão mais velho o levou a um centro maior e o internou num hospital psiquiátrico, onde permaneceu 28 dias.

Ao sair, suspensa a medicação, para que realizasse os testes psicológicos, voltou a ter insônia, vagando à noite pela cidade. Na casa do irmão, onde ficou durante esse período, mostrava-se calado, alimentava-se mal e escreveu duas cartas, sem falar em suicídio, mas com teor idêntico às anteriores. Chorava muito. Com a visita da mãe e de sua filha, passou a se mos-

trar preocupado com o futuro da família. Não obstante, a esposa, que o visitou 10 dias depois, afirmou que, embora fale no assunto, não sabe “até que ponto sofre com isso. Está mais estranho, mais distante... Não é a mesma coisa... (?) Ele não sabe da gravidade do fato... Às vezes, dá a impressão de que não está nem aí... (?) Está aéreo, alheio, não está normal, não colocou os pés no chão” (*sic*).

A esposa não sabe informar sobre antecedentes de doença mental na família do paciente.

Integração e seleção dos dados

Funções do ego

Inteligência e funções cognitivas em geral – O QIT de 98 é médio, provavelmente no mesmo nível da inteligência pré-mórbida. Não obstante, uma análise mais cuidadosa das produções verbais do paciente, em provas estruturadas, revela a intrusão de aspectos conflitivos em funções do ego, consideradas teoricamente livres de conflito. Desta maneira, há respostas incorretas, na escala de inteligência, que sugerem que a função do juízo pode ficar comprometida por impulsividade e que há dificuldade na capacidade de considerar as necessidades dos outros.

Por outro lado, observam-se irregularidades no desempenho, tanto inter como intratestes. Num subteste específico, cujo escore caiu no limite inferior da normalidade (ao contrário dos demais), mostra um tipo de inconsistência que, por vezes, é encontrada em sujeitos que tiveram de fazer ajustamentos caracterológicos ou cognitivos para manejar uma ansiedade esmagadora, pouco controlada por defesas frágeis. Já a variabilidade parece sugerir uma capacidade inconsistente para moderar pressões emocionais e resguardar as operações cognitivas do afeto, o que pode levar a um funcionamento errático. Tal variabilidade na qualidade das respostas também aparece em provas não estruturadas. Notam-se, portanto, sinais ocasionais no funcionamento cognitivo que, quando ocorrem em quadros de nível “neurótico”, são muito mais discretos. Contudo, trata-se de

sinais isolados, mas deve-se considerar que o nível de inteligência, preservado, também serve como variável moderadora em relação à desorganização, em provas intelectuais.

Observam-se, ainda, erros não compatíveis com a formação do sujeito, sugerindo pouca capacidade para tirar proveito adequado da educação formal, talvez por perda de interesse no ambiente, embora certas lacunas isoladas possam se associar a dificuldades ocasionais de atenção, em parte devidas à ansiedade.

Pensamento e linguagem – Nos testes estruturados, o escore mais baixo é indicativo de comprometimento do pensamento abstrato. O sujeito apresentou respostas incorretas em muitos itens, chegando a um escore inconsistente com os demais, sugerindo um declínio da eficácia cognitiva da análise e síntese. Confrontado, no reteste de um item, conseguiu dar uma resposta de nível melhor, mas não completamente exata, sem crítica. Por outro lado, seu comentário sobre o fracasso em certos itens envolveu nitidamente projeção, compatível com uma opção de resposta paranóide, ao lidar com estresse.

Em outro subteste, que envolve pensamento conceitual, o comprometimento evidenciado foi mais qualitativo do que quantitativo, não só pela emergência de respostas em nível concreto e funcional, mas também por uma tendência a apresentar conceitos muito amplos e sincréticos e pelo aparecimento de uma resposta isolada de natureza confabulatória.

No Rorschach, apresentou vários lapsos no pensamento lógico, em sua maioria sutis, mas, também, uma resposta isolada, baseada em raciocínio falso, em nível possível de ser caracterizado como um tipo de lógica autista, sem atitude crítica por parte do sujeito.

Todavia, quanto ao número e grau de gravidade, não apresentou distorções de pensamento mais comuns no transtorno esquizofrênico. Por outro lado, confrontado com um dos lapsos mais sutis de funcionamento lógico, mostrou-se, até certo ponto, capaz de melhorar a resposta.

Quanto à linguagem, tanto na entrevista como na testagem, foi verificada constante tro-

ca dos termos “dependente” e “independente”, que corrigiu uma vez, mas observando-se que, nas outras ocasiões, eles eram usados indiscriminadamente, como se aspectos emocionais se infiltrassem no conteúdo da linguagem. No mais, por vezes, empregou termos não em sua forma mais usual, embora tal fato possa ser devido, até certo ponto, a diferenças socioculturais.

De um modo geral, é possível considerar que a sua linguagem é pobre, e sua produção é ingênua, quase infantil.

Teste de realidade e sentido de realidade – A análise do nível formal das respostas sugere que, de um modo geral, lida com a realidade de uma forma cuidadosamente controlada, o que denota a presença de traços compulsivos na estrutura do caráter. Entretanto, a maneira como se distribuem os escores é compatível com uma constrição superficial, mais situacional do que característica, como uma forma de não se envolver emocionalmente na situação. Contudo, aparecem indícios que nos permitem pressupor, pelo menos, a existência de lapsos transitórios no teste de realidade que, no mínimo, autorizam a afirmar que o sujeito não lida adequadamente com a realidade.

Por outro lado, grande parte das distorções menos graves, na percepção e interpretação, tendem a ocorrer em perceptos que envolvem símbolos fálicos, parecendo respostas disfuncionais, associadas com uma fonte de conflito e não ao acaso, como costumam ocorrer em pacientes cujo teste de realidade está óbvia e grosseiramente comprometido. Também, uma das respostas de conteúdo humano, no Rorschach, pode levantar a possibilidade de algum conflito na área sexual ou, no mínimo, uma desvalorização de suas próprias projeções: “... é um homem... Não do sexo masculino, uma pessoa adulta”.

Há, também, indícios que permitem supor a presença de um certo enfraquecimento na capacidade de testar e de discriminar estímulos internos e externos, como, aliás, a história do paciente permite pressupor. Quando relata experiências nesse sentido, nota-se ora confusão entre estados interiores e exteriores, às vezes, ao acordar, ora possível projeção de es-

tados interiores na realidade externa e, até, experiências que poderiam se caracterizar como alucinações. Nesse momento, estas estavam ausentes, mas a fachada de constrição poderia estar mascarando certo grau de incerteza quanto à capacidade de distinguir o real do irreal. Por outro lado, no exame de limites, no MMPI, ao ser solicitado a esclarecer os motivos de sua concordância com a afirmação “Frequentemente, sinto como se as coisas não fossem reais”, disse que é “uma fantasia”: “Às vezes, de uma fantasia, faço uma coisa real... de um problema, faço uma fantasia...” (*sic*), alongando-se numa explicação complexa, que permite concluir que nem sempre a realidade externa é percebida totalmente como real ou que podem ocorrer percepções alteradas da realidade externa.

Sua auto-imagem parece geralmente depender do *feedback* externo. No momento em que tal *feedback* falta ou é negativo, como na situação atual, diz-se “perdido, com medo” (*sic*). Então, mostra fortes sentimentos de falta de valor pessoal, mas que não podem ser considerados irrealísticos, em face dos fatores estressantes com que se defronta.

Organização afetiva – O paciente descreve-se como “pessoa muito calma, tranqüila até demais” (*sic*). Isso pode ter que ver com a fachada de constrição ou com uma forma de não se envolver afetivamente, manifestando-se de modo estereotipado. Por outro lado, comportar-se conforme a expectativa permite a satisfação de necessidades de dependência, que parecem muito intensas. Não obstante, há indícios de que tal atitude possa ser apenas superficial. As observações, durante a testagem, são reveladoras. Embora com esforços de se mostrar submisso e cooperador, ao ponto de esperar que o examinador terminasse de escrever, para continuar a falar, houve momentos em que se mostrou evasivo nas respostas, pouco colaborador no inquérito, reticente ao dar explicações ou dependente, com contínuas perguntas sobre as instruções. Mas, noutras vezes, pareceu ansioso, ao ponto de dar uma resposta impulsiva, manifestando uma atitude de oposicionismo ao lidar com o material do teste ou demonstrando irritação e claramen-

te projetando no examinador a culpa por seus próprios erros.

No Rorschach, não há indícios que caracterizem uma labilidade contínua, mas, invariavelmente, se observou que à produção de uma resposta com conotação emocional se seguia outra, caracterizada por uma tentativa de controle mais rígido, de vez em quando com sinais prévios de ansiedade, insuficientes para garantir uma boa qualidade. Já no TAT, elaborou histórias em que os afetos se mostram mais lábeis e pelo menos duas em que se notam mudanças abruptas, tanto na expressão emocional, como no comportamento dos personagens. Desse modo, o quadro geral é de uma regulação não adequada dos afetos, predominando irrupções de afeto nem sempre bem controladas e seguidas por inibição afetiva, mas, eventualmente, havendo a ocorrência de mudanças lábeis. O comportamento não foi marcado por inquietação, mas houve eventuais respostas impulsivas. As histórias do TAT são, em sua maioria, focalizadas mais na ação do que na descrição da experiência interior dos personagens. Pode-se dizer que a ação é usada, até certo ponto, como descarga de tensão, mas, especialmente, num nível de fantasia. Neste, a descarga de tensão e a gratificação direta dos desejos, dependentes ou agressivos, não sofre a influência das normas convencionais. Assim, ao contrário da vida sempre regrada que levou, seus personagens jogam, ficam bêbados, brigam e matam um amigo, sem serem punidos ou mostrarem remorso e culpa. Todavia, também são pessoas muito infelizes, descontentes, ambivalentes ou doentes.

Em relação ao MMPI, os dados sugerem que os mecanismos de defesa não são suficientes para o sujeito lidar com a ansiedade ou para canalizar apropriadamente impulsos agressivos. Há mau controle desses impulsos, podendo ocorrer episódios de forte atuação. A ansiedade associa-se à ameaça que o sujeito sente em relação a esses impulsos, que não conseguem ser liberados adequadamente, mas se dirigem contra si mesmo. Aliás, a história do paciente inclui gestos suicidas recentes. A elevação da escala 2, combinada com outras ele-

vações, no perfil, é compatível com a presença de risco de suicídio.

Organização das defesas – A série de rituais em que o sujeito se envolveu há algum tempo e nos quais possivelmente ainda confia sugere a utilização maciça do mecanismo de anulação. Da mesma maneira, a forma como o sujeito se refere aos fatos relativos ao falecimento paterno e a sua reação aos mesmos são características do uso do mecanismo de anulação, que também se evidencia em alguns indícios dos testes.

No MMPI, há sinais de reativação de defesas que, envolvendo pensamento mágico, ruminação e rituais, estão associadas com usos menos eficientes de repressão (como negação rígida), mais característicos de níveis mais precoces do desenvolvimento psicosssexual. Contudo, a configuração geral do perfil também sugere a incapacidade crescente de o paciente lidar com o estresse, pelo uso de defesas obsessivo-compulsivas, como também a sua tentativa de mudar a sua visão do mundo através da utilização de projeções mais grosseiras. Desta maneira, notam-se evidências da presença de defesas mais arcaicas, seguidas ou precedidas por demonstrações de funcionamento em melhor nível. No próprio processo de diagnóstico, foi necessário propiciar algum encorajamento, por manifestações que sugeriam que ora o paciente considerava o examinador com confiança, ora, noutra momento, reagia com suspeição.

Os indícios de utilização do mecanismo de negação não são muito conspícuos. Surgiram, eventualmente, no TAT, num exemplo de negação de impulsos agressivos e num percepto que envolvia disforia aguda e que evoluiu para a expressão e um otimismo ingênuo. Projeção é fortemente sugerida pelo MMPI. Nos demais testes, há indícios, aqui e ali, mas de uma forma caracteristicamente marcante, já que grande parte do material produzido foi sobrecarregado por forte tendência à constrição e, às vezes, por sinais de impotência e dificuldade de associação das idéias. Uma vez que muitos dos itens do MMPI são expressos no passado, talvez a diferença em lidar com o estresse, numa e noutra prova, explique, até certo pon-

to, por que a utilização de certos mecanismos, embora ainda presente, não seja tão marcante como já o foi.

Há, também, alguma sugestão do uso de cisão, como tática de defesa, através de representações de objeto altamente polarizadas, corporificando qualidades extremas, acompanhadas por outros sinais de inconsistências, na testagem, que podem se associar com possíveis contradições na percepção das pessoas e de si mesmo.

Estrutura do mundo dos objetos – Observam-se alguns indícios de certas contradições, na autopercepção, a partir da descrição de pessoas, nas técnicas projetivas, que podem ser compatíveis com uma dificuldade para resolver aspectos discrepantes de si mesmo e para ver os demais como estáveis e previsíveis.

Notam-se, também, certas inconsistências em perceptos de objetos, que podem estar dentro ou fora de outros, que talvez tenham que ver com dificuldades do sujeito quanto à representação dos próprios limites dos objetos.

Verifica-se que, no TAT, os personagens, por vezes, mudam de atitude ou de sentimentos de forma imprevisível. Assim, ora eles demonstram falta de modulação afetiva, são superficiais ou algo amorfos, ora são levados pelos impulsos. Quando as histórias envolvem mais de um personagem, quase sempre são descritos de forma dicotômica (um é rico, e o outro, pobre; um é feliz, enquanto o outro, infeliz; um é muito dependente, e o outro, gratificador). Essas descrições polarizadas sugerem certa inconstância e instabilidade na percepção dos demais e de si mesmo.

Também se observa que a própria maneira de o sujeito experienciar culpa parece inconsistente, ora se considerando como uma pessoa que prejudicou a si mesmo e à família, pronto para se autocastigar; ora sugerindo que as preocupações éticas estão ausentes, quando diz que realizou o desfalque com completa segurança e, mesmo quando descoberto, não parecia acreditar na gravidade do problema. Tais extremos de ação e fracasso do superego também se refletem no TAT, com um personagem querendo abandonar o lar apenas por ter

chegado tarde, o que desgostou a esposa, enquanto se observa outro escapando impune após assassinar um amigo. Tais discrepâncias, por certo, influem na percepção dos outros em termos de estabilidade e previsibilidade.

Por outro lado, há personagens muito valorizados ou muito desvalorizados, sugerindo descontinuidade na auto-estima, com reflexos no mundo objetal.

Finalmente, há respostas, no Rorschach, compatíveis com alguma dificuldade na internalização do papel sexual, o que, junto aos demais indícios encontrados, aponta para um problema de identidade e, conseqüentemente, na percepção de si mesmo e dos demais.

Entendimento dinâmico

Parece haver uma preocupação ansiosa a respeito da expressão da agressão e quanto à agressão como força motivadora, uma vez que as histórias que o paciente produz às vezes são marcadas por tensão, oposição e frustração, e, em algumas, há personagens que são vítimas de ou responsáveis por homicídio. Mas o fato de o tema não ser muito freqüente e haver outras respostas, em que símbolos agressivos são desvalorizados ou negados, torna o caso bem menos severo, embora possa ter alguma relação com a intensificação de necessidades de dependência, que vão sendo frustradas por contingências da vida, apesar de seus intensos esforços de evitar abandonos imaginados.

O que parece predominar, no material de teste, é a ansiedade quanto à possibilidade de abandono. Nas histórias do TAT, encontram-se situações em que indivíduos dependem basicamente de outros, e de personagens que entram em desespero quando esses outros faltam, com a emergência de ansiedade e depressão, associadas com sentimentos de abandono. Por outro lado, há uma qualidade infantil na subserviência a alguém idealizado de forma onipotente, que pode tomar conta do sujeito, relacionada com desejos e expectativas mágicas de que esse alguém possa compensar

a incapacidade pessoal de encontrar equilíbrio e de lidar com a vida.

O pai do paciente foi descrito por ele como “bom, calado, bem forte, grandão” (*sic*), provavelmente uma figura onipotente, da qual dependia. A intensidade das necessidades de dependência provavelmente ajuda a entender a dinâmica do caso. Em primeiro lugar, vemos a sua incapacidade em tolerar o grau de estimulação de um centro maior e as exigências de um curso universitário, precisando retornar para seu lugar de origem, para perto da família e de um ambiente protetor. Em segundo lugar, compreende-se o desespero com que reagiu à morte do pai (primeiro episódio depressivo). Em terceiro lugar, a mãe-de-santo aparece como uma continuidade de sua possibilidade de manter vivo seu vínculo com uma figura onipotente (o pai), de quem dependia, passando a substituí-lo e garantindo-lhe segurança, com o que dependência poderia ser percebida como independência. E, finalmente, entende-se sua reação ao desmoronamento de todo um complexo delirante, com nova frustração de suas necessidades de dependência (segundo episódio depressivo?).

Discussão sobre os achados nas técnicas e testes, em função das hipóteses e perguntas iniciais

O protocolo Bender, levantado conforme o sistema de Lacks (1984), revelou a presença de quatro indicadores de disfunção orgânica cerebral, que é um número insuficiente, em termos probabilísticos, para uma hipótese diagnóstica neste sentido e que, também, não encontrava embasamento em outros dados clínicos.

No HTP, foram produzidas figuras muito regressivas, especialmente a da árvore, o que, em comparação com o desenho da pessoa e da casa, sugere um mau prognóstico. A estrutura da árvore é muito primitiva, sem galhos, compatível com dificuldades de contato com o ambiente e lembrando desenhos de pacientes esquizofrênicos. Já a casa é desenhada praticamente sem aberturas, ou melhor, há ape-

nas uma porta fechada e uma janela lateral, consideravelmente acima de onde se supõe ser o chão, já que há o esboço de uma escada, que se liga a um caminho, que não leva a lugar algum. Novamente, o desenho sugere, pelo menos, dificuldades no contato com a realidade, quando não suspeita do rompimento de tal vínculo. Há, também, um sinal de transparência no telhado, compatível com a dificuldade de estabelecer limites entre a realidade externa e a interna. A figura humana, com a cabeça exageradamente grande, pode sugerir a presença de sintomas ideacionais. Por outro lado, a acentuação dos óculos e das orelhas assinala uma atitude de vigilância frente ao ambiente. Há traços de dependência. Os detalhes são poucos e desenhados de forma muito esquemática, que tanto podem assinalar tendências regressivas, como lembram desenhos produzidos por sujeitos com transtornos de personalidade.

Os resultados do Rorschach são atípicos. Trata-se de um protocolo constricto (percentual de F=57%, mas percentual de F'=91%), em que o percentual de F+ sugere um ego débil, com qualidade apenas pouco inferior à normal, embora, aparentemente, não tão prejudicada como num transtorno esquizofrênico. Mas a soma de F'o+F+ indica que o contato com a realidade é apenas superficialmente bom. Por outro lado, a presença de 3 F's e 1 F'- é compatível, pelo menos, com lapsos transitórios no teste de realidade, podendo-se levantar a hipótese de um contato *borderline*, no teste de realidade, mascarado por constrição. Notam-se, também, vários lapsos sutis no pensamento lógico, bem como uma resposta característica de lógica autista, além de presença de uma síndrome autista incompleta. Há, ainda, indícios de algumas defesas de nível “neurótico” (obsessivo-compulsivas), embora com a emergência eventual de mecanismos mais arcaicos. Há sugestão de confusão de identidade, mas não se trata de um Rorschach típico de transtorno de personalidade *borderline*, pelo menos no que se refere à presença de problemas mais sérios no controle dos impulsos, embora não se possa esquecer que esse quadro é muito heterogêneo (Widiger, Sanderson & Warner, 1986).

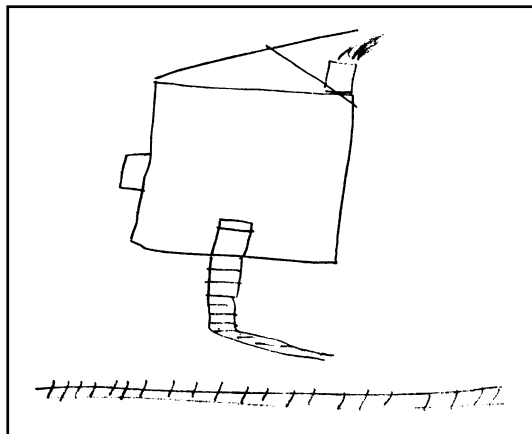


Figura 11.1 Desenho da casa de um paciente do sexo masculino, de 35 anos.

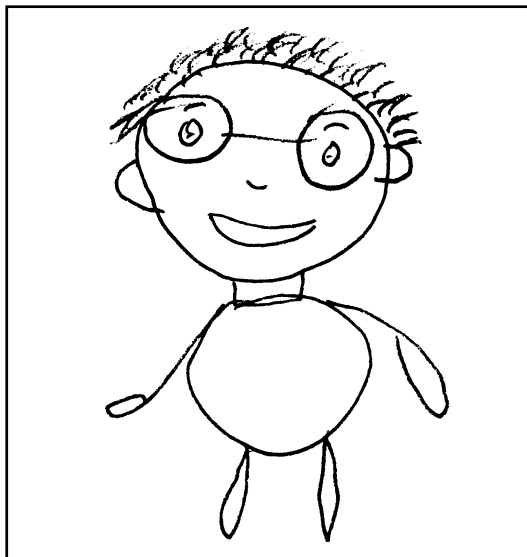


Figura 11.3 Desenho da pessoa de um paciente do sexo masculino, de 35 anos.

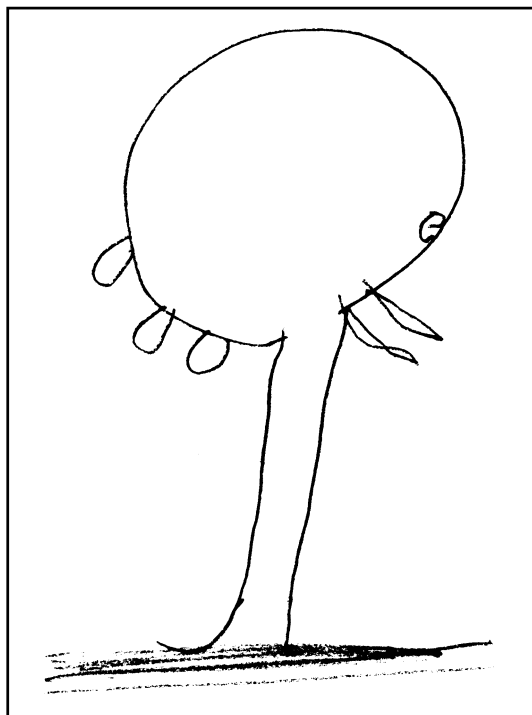


Figura 11.2 Desenho da árvore de um paciente do sexo masculino, de 35 anos.

O TAT foi utilizado mais para um entendimento dos vínculos afetivos e da regulação dos afetos. Caracterizou-se pela pobreza na produção e pela ênfase mais na ação do que na interpretação do estado interior dos personagens, o que

foi observado por Berg (1983), em protocolos de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. As figuras humanas são mal delineadas e dicotômicas, isto é, boas ou más, felizes ou infelizes, etc. A ênfase é na relação dependente.

O perfil do MMPI impressiona pela elevação global que apresenta (com a elevação média das escalas 82,67), sugerindo, pela forma como se delinea, um transtorno de personalidade (Código: 6!!!2!!!8!!!1!!!4!3!9x1:35:7). As elevações predominantes 628, à primeira vista, caracterizam um quadro psicótico, ainda que a elevação F torne importante a consideração da validade do perfil. Mas, de acordo com estudos recentes, o F-K de 27 corresponde exatamente ao ponto de corte estimado para pacientes psiquiátricos (Groth-Marnat, 1999) e, portanto, não invalida o perfil. Na época em que o paciente foi testado, com um ponto de corte admitido do F-K mais baixo, ficamos em dúvida quanto à questão da validade. Por outro lado, o fato de o sujeito ter levado mais de duas horas podia ser atribuído a alguns fatores – gravidade da sintomatologia, exagero no auto-relato da patologia (para passar uma determinada impressão e/ou como pedido de ajuda) ou por má compreensão verbal. Mas o índice TR+CLS é apenas igual a 1 (portanto,

menor do que 7), indicando que o paciente deve ter respondido com honestidade, demonstrando compreensão verbal suficiente para fornecer um protocolo válido (conforme Levitt & Gotts, 1995).

Analisando os sintomas principais do paciente, através dos indícios do perfil, como a elevação maior que T70, na escala D (T=90), e pelo uso de escalas especiais – a escala de Wiggins e a escala de Tryon, Stein e Chu (*apud* Levitt & Gotts, 1995) –, que ultrapassam um T70, pode-se afirmar que os dados apontam para uma depressão clinicamente grave, com indícios compatíveis com risco de suicídio. Também, utilizando a escala de tensão, vê-se que o paciente endossou itens que indicam que seu nível atual de ansiedade é elevado, o que, possivelmente, deve-se, em grande parte, à situação estressante que vem atravessando.

Usando a escala I-RD, de Distorção da Realidade (*apud* Levitt & Gotts, 1995), o escore do paciente ultrapassa um T69, com o que se pode dizer que o paciente admite apreciável número de sintomas usualmente considerados compatíveis com a existência de uma psicose, como alucinações e experiências peculiares e bizarras, como as seguintes:

“Às vezes, maus espíritos se apoderam de mim”;

“Tenho tido experiências muito peculiares e estranhas”;

“Quando estou com outras pessoas, aborreço-me ouvir coisas muito estranhas”;

“Minha alma algumas vezes deixa meu corpo”;

“Vejo pessoas, coisas, animais, ao meu redor, que os outros não vêem”;

“Creio que estão tramando alguma coisa contra mim”;

“Creio que estou sendo seguido”;

“Comumente, ouço vozes sem saber de onde vêm”;

“Alguém controla a minha mente”;

“Uma ou mais vezes, em minha vida, senti alguém hipnotizando-me, induzindo-me a fazer coisas”;

“Às vezes, sinto odores peculiares”;

“Freqüentemente, sinto como se as coisas não fossem reais”;

“Tenho pensamentos estranhos e peculiares”;

“Ouço coisas estranhas quando estou só”;

“Nunca tive visões” (E).

Levando em conta, ao mesmo tempo, a elevação maior que T70 da escala de Psicoticismo de Wiggins, aumenta a possibilidade da hipótese de psicose, embora, a partir de um inventário verbal, esta seja só uma probabilidade, viável, até certo ponto, em termos da história clínica do paciente, mas não integralmente corroborada pelos dados do Rorschach.

Por outro lado, usando escalas suplementares de transtornos de personalidade, observa-se que, para o transtorno de personalidade esquizotípica, o paciente preenche critérios (escore 16) que o classificariam num nível V, enquanto, tanto para o transtorno de personalidade *borderline* (escore 20) como dependentes, estaria no nível IV. Evidentemente, dada a natureza do instrumento e o fato de apresentar itens formulados no tempo presente e no passado, não é possível chegar a inferências sem considerar os demais dados da testagem e as informações da história clínica presente e passada.

O WAIS foi administrado para esclarecimento de aspectos cognitivos, que já foram amplamente discutidos no item sobre as funções do ego. Além dos indícios de comprometimento examinados, especialmente no que tange a pensamento conceitual, os recursos intelectuais, em geral, encontram-se bastante preservados.

Fundamentação das hipóteses diagnósticas

As hipóteses iniciais centravam-se num transtorno afetivo a partir das informações iniciais do próprio paciente e de seu irmão. Não obstante, nova entrevista com o paciente, a entrevista com sua esposa, bem como a observação do comportamento do paciente e os dados obtidos na testagem sugeriram um quadro psicopatológico bem mais complexo.

No momento, sem dúvida, o paciente apresenta e relata sintomas depressivos apreciáveis, bem como sinais residuais de natureza psicótica.

Em relação à hipótese da presença de transtorno de personalidade esquizotípica, observa-se que satisfaz os critérios diagnósticos do DSM-IV. Quanto ao transtorno de personalidade *borderline*, não preenche todos os critérios, e o mesmo se pode dizer quanto ao transtorno de personalidade dependente. Mas, sem dúvida, apresenta alguns traços. Em relação ao último, não só foram observados indícios característicos no MMPI, como a maneira como a esposa o descreveu, desde que começaram a se relacionar, corresponde pelo menos a um tipo de personalidade dependente, como uma pessoa dócil, imatura, passiva e submissa a uma figura mais forte. É ingênuo e facilmente persuadível. Evita competição e tensão social. Parece sentir-se fraco, frágil e, eventualmente, inadequado, em certas circunstâncias.

Entretanto, durante o processo do psicodiagnóstico, chamou especial atenção a ausência de uma modulação afetiva nítida, também observada pelo psiquiatra responsável por seu tratamento. Por outro lado, a esposa também observou diferenças em sua personalidade, descrevendo-o como “desligado”, “aéreo”, “alheio”, “parado”, parecendo que “não é mais o mesmo”, “que não está normal”, “que não está nem aí” (*sic*). Além disso, como há dados compatíveis com a presença de indícios de transtornos de pensamento, da existência de, pelo menos, lapsos no teste de realidade, de problemas no sentido de realidade, de conteúdos delirantes e de prováveis alucinações, estão satisfeitos alguns critérios para o diagnóstico de transtorno esquizofrênico, em que os traços de transtorno de personalidade esquizotípica e *borderline* poderiam ter uma significação pré-mórbida. Observa-se, porém, que os episódios depressivos não podem ser considerados curtos. Por outro lado, na história, pelo relato do paciente, parece ter havido períodos em que se apresentaram sintomas psicóticos, sem alterações realmente importantes de humor. Ainda, pelos dados da testagem, logo após a hospitalização, em que foram observados sintomas psicóticos, parece haver coincidência de ambos os quadros. Esses dados sugerem a presença de 297.70, transtorno esqui-

zoafetivo, em remissão. Todavia, como os sintomas de natureza esquizofrênica podem ser emergentes, sendo difícil distinguir formas severas de transtorno de personalidade esquizotípica de sinais prodromáticos de esquizofrenia, só um acompanhamento do caso poderá permitir um diagnóstico mais seguro.

Laudo psicológico

Identificação: B.S.

Idade: 35 anos

Época do exame: –

Motivo do encaminhamento: diagnóstico diferencial.

Técnicas utilizadas: Entrevistas com o paciente, com o irmão e com a esposa; Teste de Rorschach, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), *Thematic Aperception Test* (TAT), *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) e técnicas gráficas.

Sumário dos resultados: O paciente apresenta um quadro depressivo, com sinais residuais e/ou incipientes de natureza psicótica. Ao mesmo tempo, os resultados são compatíveis com a presença de transtorno de personalidade esquizotípica, com traços de transtorno *borderline*, ainda com características de personalidade de tipo dependente.

Confrontando os resultados do exame com a história clínica, as características de personalidade de tipo dependente já podiam ser observadas na fase pré-mórbida, quando apresentou um episódio que, pela descrição dos familiares, poderia ter preenchido os critérios de episódio de depressão maior, tendo como fator precipitador a ocorrência do falecimento paterno, com repercussões importantes em suas relações sociais. Todavia, não houve um atendimento especializado, e, assim, as informações não são totalmente confiáveis para se estabelecer um diagnóstico. Considerando que apresenta um transtorno de personalidade esquizotípica com traços de personalidade *borderline*, era muito possível a ocorrência de um transtorno de humor concomitante, com a profunda alteração que se verificou após a morte súbita do pai.

Apesar de seus antecedentes como pessoa de vida muito regrada e honesta, passou a envolver-se fanaticamente em atividades ritualísticas de religião afro-brasileira e, em razão de sua subserviência absoluta a uma mãe-de-santo, chegou a realizar um desfalque importante na agência bancária em que era funcionário para pagamento de “trabalhos”, que visavam a livrá-lo de seus problemas depressivos e prevenir a ocorrência de desgraças imaginárias. Nessa época, não se pode descartar a hipótese da coexistência, no paciente, de aspectos delirantes e, provavelmente, de sintomas alucinatórios (?). Ao ser descoberto o desfalque e instaurado processo administrativo, o paciente apresentou outro episódio depressivo, sendo hospitalizado com sintomas psicóticos.

No momento, em fase de remissão do episódio depressivo, está apresentando traços não congruentes, como falta de modulação afetiva nítida, alheamento, além da ocorrência, nos testes, de respostas isoladas compatíveis com a presença de transtorno de pensamento, observando-se, também, pobreza da fala e pobreza do conteúdo da linguagem, isolamento

social marcante e comprometimento de seu papel como esposo e pai de família.

Considerando-se alguns prováveis sintomas anteriores, mais os sintomas emergentes e a dificuldade de distinguir formas severas de transtorno de personalidade esquizotípica de sinais prodrômicos de esquizofrenia, as hipóteses diagnósticas que podem ser atualmente levantadas, com base no DSM-IV, são colocadas a seguir, embora só o acompanhamento do caso poderá permitir chegar a um diagnóstico mais seguro.

Hipóteses diagnósticas

- Eixo 1 – 297.70. Transtorno Esquizoafetivo. Tipo depressivo. Em remissão.
- Eixo 2 – 301.22. Transtorno de Personalidade Esquizotípica, com traços de 301.83. Transtorno de Personalidade *Borderline* e 301.6. Transtorno de Personalidade Dependente
- Eixo 3 – Nenhum
- Eixo 4 – Problema ocupacional (demissão do emprego), administrativo (processo) e financeiro
- Eixo 5 – 40