



PUUC
RIO

SUELI FAIVICHENCO

O LAUDO DIAGNÓSTICO NO TRABALHO DO PSICÓLOGO CLÍNICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1977

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

SUELI FAIVICHENCO

O LAUDO DIAGNÓSTICO NO TRABALHO DO PSICÓLOGO CLÍNICO

Dissertação apresentada ao De
partamento de Psicologia da
PUC/RJ como parte dos requisi -
tos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica.
Orientadora: Monique R.A. Augras

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 1977

78002



BE 114298

150
F475
TESE UC
BT-3495-4

SC 1

BCC

A meus pais, Sheila e
Arnaldo

Meus agradecimentos

- à Profa. Monique Augras, que me orientou em todas as fases do trabalho, dando sugestões valiosas, e que muito me estimulou para a realização do mesmo.
- à Biblioteca do ISOP, na pessoa da Sra. Florípes Salzano, por ter facilitado o acesso aos dados para a execução desta dissertação.
- à CAPES, pela ajuda financeira recebida durante o curso.
- ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

RESUMO

Este trabalho destaca a utilidade do laudo diagnóstico na psicologia clínica. Delineamos nossos propósitos, a partir da suposição de que este laudo é uma das partes vitais do psicodiagnóstico. Sua elaboração depende da conjugação de fatores subjetivos e objetivos, que serão analisados.

Em primeiro lugar, há uma preocupação histórica com a finalidade de ressaltar a posição do psicodiagnóstico dentro da psicologia clínica: seu status passado e atual, o treinamento especializado para a formação de graduados em psicologia e o papel do psicólogo nestes contextos.

Em segundo lugar, através do exame do processo diagnóstico passa-se a estudar, detalhadamente, o laudo. Ele é destacado como um documento psicológico e como o meio de comunicação que a psicologia possui.

Esta dissertação preocupa-se em sistematizar os objetivos, os fundamentos e a importância do laudo no campo clínico. É uma tentativa de organizar um corpo de conhecimentos, que sirva de apoio para uma atuação diagnóstica adequada, que envolva a redação e o uso de um laudo.

ABSTRACTS

This study emphasizes the utility of the psychological report in clinical psychology. Our basic assumption is that the report is the most important part of psychodiagnosis. Its confection involves the combination of subjective and objective factors which will be analysed.

The first part consists of a historical review with the objective of place psychodiagnosis within clinical psychology: its past and present status, the specialized training in undergraduate programs, and the psychologist role in these contexts.

In the second part, a detailed study of the report, based on an analysis of the diagnostic process, is done. Its importance as a psychological document and as a means of communication in psychology is emphasized.

Our main objective is to sistematize the purposes, the applicability, the theoretical basis and the importance of the report in clinical activities. Its is an attempt to organize a body of knowledge which can be used as a frame of reference for diagnosis involving the writing and use of the psychological report.

S U M Á R I O

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA CLÍNICA....	4
1.1 - O Psicodiagnóstico.....	4
1.2 - A Psicologia Clínica e suas funções.	5
1.3 - Fontes e Influências da Psicologia Clínica.....	7
1.4 - Primórdios da Psicologia Clínica...	9
1.5 - O Movimento Dinâmico.....	20
1.6 - Primeiros Conflitos Profissionais..	23
1.7 - A Segunda Guerra Mundial.....	25
1.8 - Período Pós-Guerra.....	31
1.9 - A Psicologia Clínica no Brasil.....	34
CAPÍTULO 2 - HISTÓRIA DO PSICODIAGNÓSTICO.....	39
2.1 - Evolução Histórica.....	39
2.2 - Status atual do Psicodiagnóstico na Psicologia Clínica.....	44
CAPÍTULO 3 - O PROCESSO DIAGNÓSTICO.....	58
CAPÍTULO 4 - O LAUDO DIAGNÓSTICO.....	72
4.1 - Objetivos.....	75
4.2 - Estruturação do Conteúdo.....	82
4.3 - Estilo.....	90
4.4 - Linguagem.....	99
4.5 - Organização.....	107
4.6 - Revisão e Proposição de Novos Es - quemias de Organização.....	118
CONCLUSÃO.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133

INTRODUÇÃO

A meta principal do presente trabalho é realizar um estudo deontológico sobre o laudo diagnóstico na situação clínica. Constitui uma tentativa de sistematizar os princípios, fundamentos e normas, que participam da elaboração de um laudo.

O interesse por este tema surgiu, quando estagiávamos em psicodiagnóstico, em nível de pós-graduação. Notamos, naquela época, como era difícil a redação de um laudo psicológico, cujo conteúdo fosse bem estruturado e organizado, comunicando exatamente o que era preciso. Observamos que o laudo deveria ser o instrumento facilitador na troca de informações sobre o paciente em questão, visando o seu bem-estar. Mas, como escrever e apresentar um laudo, onde as idéias acerca do cliente estejam claramente formuladas, de modo que não-psicólogos possam entendê-las? Como evitar que este instrumento sirva de mero exercício intelectual para o psicólogo? Como utilizar uma linguagem, que não seja o jargão profissional? Para que, para quem e quando se redige um laudo diagnóstico?

Verificamos que desde a formação de graduados em Psicologia, na maioria das vezes, o ensino e o treinamento em psicodiagnóstico dilui-se, no exato momento de executar o laudo. É, como se após recolher os dados necessários, seja de que forma for, e integrar os resultados, não importasse a forma de transmiti-los. Por que será que esta ta-

refa é pouco destacada em relação às demais etapas do processo diagnóstico?

Assim, constatamos que, geralmente, a redação do laudo conta mais com a sorte e com a habilidade literária do estagiário e do profissional em psicologia, do que com conhecimentos consistentes a seu respeito. Algumas vezes, a prática constante auxilia-os a aprimorar seu uso e elaboração.

Há falta de informação sobre o tema, que por sua vez apresenta uma bibliografia bastante escassa. Talvez essa escassez bibliográfica e falta de estudos coincidam com o advento das psicoterapias e, conseqüentemente, com o aparecimento de incertezas quanto ao futuro do psicodiagnóstico.

Mas, por que o estudo do diagnóstico continua de ficiente, e em segundo plano dentro da psicologia clínica? Parece-nos que além de agrupar os conhecimentos acerca do laudo, precisaremos rever seus antecedentes históricos. Nes sa revisão será importante compreender como o psicodiagnós tico se insere no contexto da psicologia clínica e qual é o seu status atual no meio clínico.

Já que o laudo, como instrumento psicológico, e o psicólogo fazem parte do mesmo processo, avaliaremos quan to a formação clínica do segundo influencia a organização do primeiro. Pois sentimos que no psicodiagnóstico, mui tas vezes, o psicólogo não tem a pretensão de captar a rea

lidade do outro e sim, organizá-la a partir da sua. Nosso objetivo é fornecer uma contribuição para um melhor ensino da técnica diagnóstica, que acreditamos possível; mas, como desenvolver a capacidade de perceber o outro e de refletir sobre ele? Qual é a formação adequada para o psicólogo clínico nesta área? Talvez os estudos sobre os instrumentos, técnicas e métodos que utiliza sejam necessários, assim como estudos sobre os constituintes da personalidade humana.

Paralelamente, questionamos se o conhecimento técnico e teórico em excesso, mal elaborado, aqui particularmente do laudo, também não funcionará como um bloqueio para a atuação do psicólogo, assim como a sua ausência.

Esta dissertação propõe-se a uma visão panorâmica sobre o laudo diagnóstico, partindo da definição que "o laudo é uma peça escrita fundamentada, na qual os peritos expõem as observações e estudos que fizeram e registram as conclusões da perícia" (12,p.829). Destacar-se-ão os aspectos principais que envolvem o laudo e a formação do psicólogo para atuar em psicodiagnóstico. Tentar-se-á contribuir com estes dados, para a aparição de profissionais mais conscientes e versados em sua função; além de pleitear a organização de um corpo de conhecimentos comunicáveis, onde a prática clínica possa baseiar-se para a elaboração de um laudo.

CAPÍTULO 1

BREVE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

1.1 O Psicodiagnóstico

A Psicologia adotou o termo diagnóstico, oriundo da Medicina. Ele refere-se a uma descrição minuciosa do indivíduo, na qual se conhece ou se determina uma "doença" pelos sintomas dela. É o conjunto de dados em que se baseia essa determinação. O diagnóstico é a identificação de uma doença ou anormalidade de sintomas e um conseqüente estudo de sua origem e curso) (20). Nele há uma "indagação, determinação e comparação do estado corporal e psíquico, mediante anamnese, exploração e testes". (18, p.242)

Em 1921, surgiu o vocábulo Psicodiagnóstico (do alemão PSYCHODIAGNOSTIK), que inicialmente referia-se à exploração da personalidade pelo teste de Rorschach. Posteriormente, seu significado ampliou-se. Somente para a escola francesa o sentido da palavra permaneceu o mesmo.

O psicodiagnóstico passou a descrever atividades que são únicas do psicólogo clínico, incluindo o uso de testes psicológicos. Para Friedrich Dorsch, em seu "Dicionário de Psicologia", o psicodiagnóstico "é o estudo teórico e prático dos diversos procedimentos que servem para o diagnóstico ou conhecimento das características psíquicas de um indivíduo ou de grupos de indivíduos. Tanto o diagnóstico psicológico como o médico utilizam-se de: uma anamnese (que implica numa história anterior objetiva), uma história anterior subjetiva e dados objetivos da investigação

praticada". (18,p.746) Enfim, consiste em "qualquer procedimento designado para descobrir os fatores importantes de um comportamento, especialmente para comportamentos desorganizados". (20,p.418)

1.2 A Psicologia Clínica e Suas Funções

Para atingir o estágio atual dentro da Psicologia Clínica, a avaliação diagnóstica sofreu várias modificações em seu desenvolvimento sob o ponto de vista histórico.

Segundo Wolman(47), a Psicologia Clínica é sob muitos aspectos um campo único, dentro do amplo domínio da Psicologia. Derivando-se dela, necessariamente foi influenciada por seus progressos. Ao mesmo tempo, atuou em conjunto com outras disciplinas envolvidas com o tratamento e compreensão dos indivíduos com "distúrbios emocionais" (sic), nas quais inspirou-se. Pode-se dizer que a Psicologia Clínica faz parte de dois mundos - o acadêmico e o clínico.

Sempre houve interesse na definição de Psicologia Clínica. Algumas referências centraram-se no seu uso e outras, no significado da palavra "clínica". Originariamente, este vocábulo pertence e é associado à prática médica.

Para muitos psicólogos como Witmer (1907) e os que o seguiram como Louttit (1939), Wallin (1919) e Woodworth (1937), a denominação clínica não era agradável. Entretanto, um termo melhor não foi descoberto e o nome Psicologia Clínica mantém-se.

Muito do que se refere a sua definição relaciona-se com o que o psicólogo faz e como difere de outras disciplinas afins. Amplamente falando, "a Psicologia Clínica pode ser definida como o ramo da psicologia, que lida com os problemas de ajustamento e de modificação da personalidade". (47,p.125) O psicólogo clínico é antes de tudo um psicólogo, que deve sua realidade básica a Psicologia. Recebe seu treinamento em departamentos acadêmicos de psicologia dentro de uma universidade de graduação. E, em outros países, que não o nosso, é acrescentado um período de internato no campo clínico.

O psicólogo clínico é, primeiramente, orientado no que se refere ao campo básico psicológico e a pesquisa metodológica. Posteriormente, o estudante se especializa nos aspectos da área clínica propriamente dita.

((Atualmente, o psicólogo clínico envolve-se em duas funções primárias: diagnóstico e psicoterapia. Essas atribuições são divididas com outras profissões, não sendo exclusivas da psicologia. Na área do diagnóstico, a contribuição do psicólogo centrou-se no uso dos testes psicológicos. Em termos de tratamento, limita-se a psicoterapia individual ou de grupo. Terapias somáticas e utilização de drogas são campos do médico, embora o psicólogo possa ter um importante papel nas pesquisas relativas a estes tratamentos.

1.3 Fontes e Influências da Psicologia Clínica

É difícil especificar uma data ou o lugar preciso, que marque o desenvolvimento inicial da Psicologia Clínica. Ela possui origens e influências de diferentes campos.

Em primeiro lugar, há o campo da Psicologia Acadêmica. Seu início se dá com o estabelecimento do primeiro laboratório de Psicologia, em 1879, por Wilhem Wundt. Enfatizou-se a psicologia de tradição experimental.

Os psicólogos adotaram posições acadêmicas, tentando modelar sua ciência conforme as mais desenvolvidas. O destaque neste período foi dado aos procedimentos de laboratório e ao progresso de uma ciência da psicologia. Apesar desta atmosfera não ter sido particularmente útil para os pontos de vista clínicos, houve tentativas de aplicar procedimentos psicológicos a problemas práticos.

A tradição acadêmica contribuiu indiretamente para o desenvolvimento atual, através do crescimento de departamentos acadêmicos de psicologia. Estes, por sua vez, estimularam estudos sobre Psicologia Aplicada e sobre o comportamento anormal, dando condições para o aparecimento de perspectivas teóricas. Por conseguinte, a Psicologia Acadêmica proporcionou uma base sólida, como um sistema de valor e tradição.

A partir daí, surgiram movimentos mais amplos e contemporâneos, que influenciaram diretamente a Psicologia Clínica. Boring(47) destacou o movimento Funcionalista na

psicologia americana. De modo comparável, Hunt (47) acen-
tuou a importância do Behaviorismo e da Psicologia da Gestalt
em promover fundamentos para crescimentos posteriores. Po-
demos mencionar por exemplo, o trabalho de Watson sobre o
"condicionamento de medos", estreitamente ligado a Psicolo-
gia Clínica e do Anormal e a Terapia behaviorista, histori-
camente uma de suas primeiras obras.

Em 1883, Stanley Hall fundou o laboratório de Psi-
cologia em John Hopkins; em 1887, "The American Journal of
Psychology" e em 1915, "The Journal of Applied Psychology".
Por outro lado, Hall trazia Freud e Jung para serem lidos
na América em 1909. Além disso, colaborou para o desenvol-
vimento da Psicologia da Criança e da Adolescência e para a
fundação do laboratório de Psicologia no Hospital McLean. Co-
mo seus discípulos temos Goddard e Terman.

Em 1889, realizou-se em Paris, o primeiro Congres-
so Internacional de Psicologia Fisiológica. A iniciativa
deste acontecimento partiu da sociedade do mesmo nome, da
qual Charcot era presidente. Ela agrupava psiquiatras, fi-
lósofos e psicólogos como Ribot, Janet e Binet. Todos fre-
quentavam a "prestigiada Clínica de Salpêtrière". Na sole-
nidade de abertura do congresso, Ribot destacou que este em-
preendimento introduziu a Psicologia no campo das ciências
humanas, que o encontro dos profissionais fortaleceria as
discussões sobre as investigações científicas e renovaria os
relacionamentos pessoais. Deste participaram também Wundt,
Helmholtz, Jackson, Lombroso, entre outros (21).

Cattell destacou-se como figura acadêmica que, por volta de 1890, tentou estabelecer uma Psicologia Clínica. Foi uma das primeiras pessoas a receber o título de psicólogo.

1.4 Primórdios da Psicologia Clínica

§ alguém tem a reclamar o título de "fundador da Psicologia Clínica" é, sem dúvida, Lightner Witmer, segundo Wolman (47,p.127). Witmer recebeu seu Ph.D. na Universidade de Leipzig, em 1892. Retornando aos Estados Unidos, tornou-se diretor da Universidade da Pensilvânia, sucedendo Cattell, que se mudou para Columbia.

Em 1896, na reunião anual da American Psychological Association, Witmer apresentou um novo método de pesquisa e instrução. Referiu-se a ele, como "o método clínico em psicologia e o método de ensinar diagnóstico". Para sua elaboração baseou-se num caso que lhe foi enviado ao laboratório de psicologia da Universidade da Pensilvânia (caso de um "bad speller"). "Com este caso, em março de 1896, o trabalho de Psicologia Clínica começou" (47,p.127). Assim, fundamentou-se a primeira clínica psicológica e o começo formal da psicologia clínica.

Dirigindo-se, neste mesmo ano, a esta mesma associação, Witmer delineou "um esquema de trabalho prático em psicologia", que logo colocou em ação. Foram quatro, os pontos esboçados por ele:

- 1- "A investigação de fenômenos do desenvolvimen-

to mental em crianças em idade escolar, por meio de métodos estatísticos e clínicos, quando elas manifestassem, particularmente, um retardo mental e moral;

2- A psicologia clínica, suplementada por um treinamento do tipo hospital-escola, para o tratamento de todas as classes de crianças sofrendo de retardo ou defeitos físicos que interfiram no progresso escolar;

3- O oferecimento de trabalho prático para aqueles engajados na profissão de ensino e medicina, e para aqueles interessados em trabalho social, na observação e treinamento de crianças normais e retardadas;

4- O treinamento de estudantes para uma nova profissão - a de hábil psicólogo - que deve encontrar sua carreira em conexão com o sistema escolar, através do exame e tratamento das crianças retardadas mental e moralmente ou em conexão com a prática da medicina". (47, p.127)

De acordo com o que planejou, além dos cursos usuais, outros foram ministrados. Por exemplo, de Psicologia Experimental e Fisiológica, "um sobre Psicologia da Criança demonstrando vários métodos, mas especialmente os clínicos" (47, p.127). A psicologia clínica foi conduzida, enfatizando a criança em vários ângulos.

Para estabelecer uma psicologia clínica e denominar, assim a atividade que exercia, Witmer contribuiu promovendo cursos de Psicologia do Infantil e do Anormal e o seu curso de "Psicologia Clínica", provavelmente o primeiro na área. A descrição de como ocorreu, publicada em 1907, era

a seguinte:

"A Psicologia Clínica - Crianças serão examinadas na presença dos estudantes deste curso. O objetivo é ilustrar os vários defeitos mentais e físicos encontrados em escolares, discutir as causas, apontar a natureza do consequente retardo e propor o tratamento adequado. O curso servirá também para familiarizar o estudante com os métodos de exame. Uma clínica diária será conduzida pelo prof. Witmer e seus assistentes ou por médicos especialistas para os olhos, nariz e garganta, para o sistema nervoso, ortopedia e medicina interna.

Uma escola de treinamento para crianças com retardo e deficiências funcionará diariamente. Uma ou mais aulas serão ministradas por competentes instrutores. O estudo clínico se dará também através de visitas a instituições da vizinhança para treinamento de classes especiais de crianças - "The Pennsylvania Training School for Feeble-minded Children at Elwyn. The House of Refuge and The Pennsylvania Institutions for the Instructions of Blind and Deaf" (47,p.128)

Witmer fundou, editou e colaborou com artigos para o jornal "The Psychological Clinic". Este foi publicado pela primeira vez em 1907 e continuou até 1935. O material nele inserido reflete a energia e o comprometimento de Witmer com a psicologia clínica, tal como ela é atualmente.

Além disso, instalou um hospital, pois acreditava que muitas crianças não podiam ser compreendidas adequadamente sem um período de observação. Neste espaço de tem-

po, também se faziam tentativas para modificar ou aperfeiçoar seus comportamentos. Saliou especialmente os esforços educativos e de cura. Interessava-se pelas condições físicas da criança e, aparentemente, conduzia alguns exames físicos de que era capaz. Quando não, requisitava um especialista.

Witmer contava com a colaboração de um médico e de educadores. Wolman (47) cita que, examinando os dois primeiros volumes do "The Psychological Clinic", não se encontram referências a problemas interdisciplinares, seja rivalidade ou conflito. Witmer obteve sucesso ao trabalhar com profissionais de outros campos. É interessante observar que Meyer, o psiquiatra líder desta época, publicou, em 1908, um artigo no jornal acima citado.

No trabalho clínico de Witmer, a ênfase era claramente sobre as crianças. Principalmente aquelas em que havia suspeita de anormalidade intelectual, dificuldades sensoriais, retardo educacional e problemas de fala. Ainda em sua obra, ressaltou o aconselhamento pessoal com estudante e ampliou a área de orientação vocacional. Embora haja referências a desordens da conduta e da "moral" e a distúrbios sérios da personalidade, não são fatos frequentes. Contudo, Sarason e Gladwin (47) assinalaram que Witmer estava ciente dos problemas diagnósticos da deficiência mental e da psicose, e que trabalhou terapêuticamente com as crianças que pareciam psicóticas.

É interessante, segundo Wolman (47), comparar a ênfase e a prática atuais com a da época de Witmer. Exis

tem atualmente mais profissionais devotando seu maior tempo com pacientes adultos do que com crianças. O destaque especial é em psicopatologia e em psicoterapia, mais do que com incapacidades específicas, que pode ser chamado de "enfoque preventivo". É importante notar que muito do que foi acentuado por Witmer, foi negligenciado pelos psicólogos clínicos atuais. O resultado é que estas atividades foram incorporadas por outras especialidades.

Embora esteja claro que Witmer fundou a Psicologia Clínica e é o pioneiro do desenvolvimento neste campo, sua influência no crescimento subsequente foi surpreendentemente pequena. Joseph Collins, seu colaborador e amigo pessoal, comentou a falta de reconhecimento de suas contribuições na biografia existente no volume comemorativo do 35º aniversário da primeira psicologia clínica.

Há especulações porque a influência de Witmer foi tão limitada. Watson e Shalov apontaram que como ele se interessava mais pelo retardo intelectual, pelas suspeitas de deficiência mental e pelos aspectos neurológicos e físicos das crianças, entrou em contraste com o movimento que surgiu posteriormente. A nova tendência de orientação da criança deu mais atenção às dificuldades comportamentais. Era mais inspirada no pensamento de Freud, focalizando os aspectos não-cognitivos da personalidade. Apesar de Witmer ter influenciado consideravelmente seus alunos e a comunidade universitária, não passou deste âmbito. Ele é lembrado como uma figura de importância histórica (47).

Ao lado de Witmer, encontram-se outros psicólogos clínicos que atuaram durante este período inicial. De acordo com Wolman (47), Wallin publicou uma lista dos psicólogos com Ph.D., que exerceram atividades clínicas entre 1896 e 1910. Alguns desempenharam papéis importantes no desenvolvimento da psicologia clínica, enquanto que outros são desconhecidos atualmente.

Provavelmente, o primeiro psicólogo a trabalhar num hospital estadual foi William O. Krohn, em Illinois, de 1897 a 1899. Daniel P. Macmillan, de Chicago, foi o primeiro psicólogo escolar a realizar investigações pedagógicas em escolas públicas desta cidade em 1900.

Desse grupo, um dos que mereceram atenção foi Henry H. Goddard. Sua colaboração dirigiu-se tanto para o trabalho com retardados mentais como para o uso dos testes de inteligência em psicologia clínica. Introduziu, em 1908, a escala de Binet - Simon e padronizou-a para as crianças americanas. De 1906 a 1918, coordenou pesquisas na "Vineland Training School" em Nova Jersey. Para lá, encaminharam-se todos os interessados na nova psicologia clínica.

Frederick Kuhlmann tornou-se conhecido pela sua revisão da escala de Binet-Simon e de outros testes. Executou trabalhos clínicos como diretor de pesquisas psicológicas do "Minnesota School for the Feeble-minded" em 1910. Junto com ele, já havia dezesseis psicólogos clínicos com Ph.D. atuando nesta época.

Na Universidade de Iowa, em 1910, surgiu a segunda clínica psicológica no meio universitário americano. Era conduzida por Sylvester, que foi influenciado por Witmer.

Conforme Wolman (47), Watson aponta que é provável que nem todas estas clínicas tenham-se desenvolvido entre 1910 e 1914. Muitas delas estavam distantes do que Witmer preconizou. A de orientação mais próxima foi a clínica de Jacob D. Heilman, num colégio estadual no Colorado. Pois, como recebeu seu Ph.D. em 1908 na Universidade da Pensilvânia, trazia influências marcantes de seu aprendizado.

Durante este período, o crescimento em áreas afins também estava limitado. Seashore menciona que não havia psiquiatras em Iowa, no começo deste século. "A idéia dos manicômios era primeiramente de um negócio a administrar; as instituições eram para detenção e manutenção dos doentes em segurança" (47, p.129). Menciona que, até o ano de 1920, não havia uma formação adequada para os psicólogos clínicos e aqueles, que eram tecnicamente treinados, eram poucos.

Um dos progressos mais relevantes, segundo Wolman (47), nos primórdios da psicologia, desde que a clínica foi concebida, foi o advento dos testes psicológicos.

Partiu de Cattell uma das primeiras tentativas feitas nesta área em 1890. Aparentemente, foi o primeiro a usar o termo "testes mentais", ao publicar um artigo intitulado "Mental Tests and Measurements". Seus testes eram, na maioria, de resposta sensorial e perceptual e de reação de tempo. Foram aplicados em estudantes sem sucesso no prognós

ticos de suas vidas acadêmicas. Contudo, este trabalho teve um enfoque prático e lidou com as diferenças individuais.

Sobre a utilização dos testes anterior a 1900, podemos mencionar Kraepelin, que estudou com Wundt e ensinou psiquiatria em Heidelberg. Em torno de 1895, ele criou testes para medir o que considerava como traços básicos no indivíduo. Incluiu, por exemplo, memória, fadiga e habilidade de aprendizagem. Os testes propostos lidavam, principalmente com processos aritméticos e sua aplicação era longa demais. Eles significam a incursão inicial do uso dos procedimentos psicológicos no estudo da psicopatologia.

O impacto mais direto na psicologia clínica foi ocasionado por Alfred Binet, que com Simon, desenvolveu o primeiro teste usável de inteligência. Desde que ambos revelaram a escala de idade mental, ela é bem conhecida. É comumente representada pela revisão de Stanford-Binet. Publicaram uma escala viável em 1905, que foi revisada em 1908. Como mencionou-se anteriormente, Goddard traduziu-as em 1910. Seguiram-se a estas, traduções e versões das mais diversas. Entretanto, foi a revisão de Terman da escala de Binet em 1916, que inspirou maior crédito na testagem psicológica e no trabalho clínico. Antes da criação deste procedimento, é interessante saber que Binet detinha-se no estudo de casos individuais, que para muitos personifica a aproximação clínica. Como Peterson (47) assinala: "O meio em que Binet cresceu, favorecia a uma ênfase ao estudo psicológico do indivíduo como um todo. Itard, Seguin e outros conduziram-no tam

bem para a visão do subnormal; o que combinou com sua tendência ao estudar a personalidade dissociada. Assim, neste período, a nova tendência a destacar a psicologia individual é fortemente expressa por Binet". (47,p.130)

Com o aparecimento de várias revisões da escala de Binet, particularmente a de Stanford em 1916, o movimento dos testes cresceu rapidamente. O seu emprego na Primeira Guerra Mundial, atuou como um estímulo adicional.

Nos anos de 1920 a 1930, divulgou-se intensamente a utilidade dos testes psicológicos. O exame de crianças com um possível retardo mental e com dificuldades escolares passou a ser uma atividade do psicólogo clínico. A avaliação psicológica das habilidades intelectuais era encarada como uma contribuição importante para o estudo clínico dos indivíduos. Mas, como Louttit (47) assinalou a aplicação da escala de Binet era sinônimo de psicologia clínica. Durante esta época, um psicólogo clínico era identificado de acordo com a sua habilidade de lidar com o Stanford-Binet.

Conseqüentemente, houve um aumento considerável da metodologia quantitativa e da objetividade em psicologia. Considerou-se a testagem psicológica como a aplicação desta orientação na situação clínica. Portanto, o espírito de investigação objetiva e científica associou-se ao psicólogo clínico. Surgiram lugares disponíveis em clínicas e em outras instituições para os psicometristas e examinadores psicológicos. Em relação a este fato, alguns líderes dos psicólogos clínicos reagiram energicamente, pois equacionaram,

deste modo, a psicologia clínica com a avaliação psicométrica. Wolman (47) cita Louttit quando diz que "alguns médicos lamentaram o fato de que permitiram profissionais não-médicos usurparem o campo da testagem mental". (47,p.130)

Enfim, a testagem psicológica impulsionou a psicologia clínica. O psicólogo clínico caracterizou-se pelo emprego dos testes. Embora nos vinte anos seguintes ocorressem mudanças em suas funções, esta ficou como sua única atividade na situação clínica.

Depois do aparecimento do trabalho de Witmer e da escala de idade mental de Binet, surgiu o movimento da Higiene Mental. Foi iniciado por Clifford Beers em 1908. No ano seguinte, foi criada a primeira clínica de Orientação Infantil.

Sem se deter em maiores detalhes, pode-se constatar a influência de Pinel, no cuidado e tratamento dos indivíduos portadores de sérios distúrbios, "os doentes mentais", no fim do século XVIII. Em 1793, Pinel nomeado médico do manicômio de Bicêtre, reagiu contra o estado deplorável em que viviam os pacientes. Sua presença, tanto melhorou a situação dos internos em hospitais, como também incutiu uma atitude mais humana no trato dos doentes mentais, no século XIX.

Decorrente da nova diretriz trazida por Pinel e, devido a sua própria internação, C. Beers publicou o livro "A Mind that found Itself" em 1908. Nele, retratava a sua vivência hospitalar e crítica

va o tratamento recebido. Sua obra foi decisiva para a formação do "The National Committee for Mental Hygiene". Este comitê tinha como objetivo, divulgar a necessidade do aperfeiçoamento do cuidado com os pacientes e estimular a prevenção contra a doença mental. Como pessoa relevante nesta época temos William James. (47)

Realizava-se em Paris (1900), o IVº Congresso Internacional de Psicologia, presidido por Ribot e auxiliado por Richet e Janet. Entre seus participantes encontramos, por exemplo, William James, S. Hall, Ebbinghaus e Brentano. Nele, Ribot mencionou o aumento do número de trabalhos em psicologia, a partir da criação do primeiro congresso em 1889. Ebbinghaus, fazendo um balanço do século, declara que a psicologia científica lhe parecia se tornar, realmente, um domínio comum internacionalmente inspirado pelo espírito característico da ciência. (21)

Paralelamente, surgia nos Estados Unidos, o movimento de orientação de crianças. Fundaram, em 1909, "The Juvenile Psychopathic Institute" transformado posteriormente, no "Institute for Juvenile Research" para o atendimento de crianças delinquentes. O diretor foi William Healy, psiquiatra discípulo de James. Em sua equipe havia um psicólogo. Em 1910, Healy introduziu a escala de Binet-Simon na clínica, aproveitando as experiências obtidas por Witmer e pelo laboratório de Goddard. Por exemplo, a testagem psicológica era feita concomitantemente a um exame físico.

Depois da Primeira Guerra Mundial, o movimento de orientação de crianças difundiu-se, com a criação de inúmeras clínicas e unidades especiais para elas nos hospitais. Inicialmente, dedicaram-se aos casos de delinquência, ampliando posteriormente seu âmbito.

Nesse momento do desenvolvimento, emergiu o padrão de uma equipe clínica: o psiquiatra, o psicólogo clínico e o psiquiatra social. A função principal do psicólogo continuava sendo a testagem, mas dependendo da situação, Healy propunha outras. Pode-se dizer que sob sua influência começavam a aparecer novas perspectivas.

1.5 O Movimento Dinâmico

Na última metade do século XIX e durante os pri-mórdios deste, há um grande interesse pelo homem como uma dinâmica, que foi denominado de "Psicologia Dinâmica". Contudo este mesmo nome já tinha sido aplicado a inúmeros movimentos dentro da psicologia e da psiquiatria. Aqui, a Psi-canálise foi quem exerceu maior influência, cuja história Freud determinou.

Há referências históricas dentro da psicologia a atuação de James, a escola Funcionalista, a G. Stanley Hall e a R.S. Woodworth, entre outros. Foi Hall, quem divulgou as idéias de Freud e Jung, publicando seus artigos no "American Journal of Psychology". (47)

Dentro da psiquiatria e da neurologia referem-se a Charcot e Bernheim. Ambos foram mestres de Freud. Divi-

diram seus interesses em histeria e hipnose. Embora seja basicamente um neurologista, Charcot auxiliou a focalizar os distúrbios neuróticos, admitiu a importância da sugestão na hipnose e mostrou que o fenômeno hipnótico não é necessariamente relacionado com a histeria. Assim, ampliou o uso terapêutico da hipnose.

Outra figura significativa para a psicologia dinâmica foi Pierre Janet. Tendo sido aluno de Charcot, doutorou-se em 1889, e se tornou diretor do laboratório psicológico de Salpêtrière. Contribuiu para a compreensão da histeria e foi um líder na psicologia e na psiquiatria. O impacto de seu trabalho foi diminuto, talvez por ter sido contemporâneo de Freud. (47, p.132)

O destaque da psicanálise no pensamento contemporâneo e na psicologia prática é bem conhecido. Essencial foi o relevo dado por ela às causas psicológicas de vários distúrbios da personalidade. Não somente na neurose, mas em erros e enganos diários.

Freud lidou com uma variedade de dificuldades de ajustamento das pessoas, para as quais não havia explicações adequadas. Ele criou uma teoria dinâmica e compreensiva para o entendimento da personalidade, um método de investigação de processos psicológicos e um método de psicoterapia. Wolman cita Boring afirmando que "foi Freud que colocou a concepção dinâmica na psicologia, onde os psicólogos podem vê-la e usá-la". (47, p.132).

Esta evolução no conhecimento dos fatores psicológicos, influenciou a maneira de abordar os distúrbios da personalidade e destacou o tratamento psicológico. A psicanálise, como um acesso ao tratamento das neuroses, era claramente um tratamento psicológico. Freud, embora neurologista, considerou este movimento como psicológico. (47)

Alguns psicólogos corresponderiam às idéias de Freud, mas a maioria dos que participavam do círculo acadêmico não eram favoráveis. Contudo isso, a teoria psicanalítica tornou-se uma das orientações teóricas mais dominantes dentro da psicologia clínica. É interessante notar que, apesar de Freud não ter sido bem recebido por seus colegas médicos, a psicanálise tomou também a proporção de um movimento médico. Tornou-se até, um pré-requisito para ser aceite num instituto psicanalítico para médicos. Watson justifica este critério, porque os psicólogos foram os primeiros defensores da psicanálise nos Estados Unidos. (47)

Existem outros dois colaboradores ativos no movimento da psicologia dinâmica. O primeiro, é Morton Prince, contemporâneo de Janet. Ele deu continuidade a tentativa de Janet, de aproximar a psicologia acadêmica e a clínica. Além disso, editou o "Journal of Abnormal and Social Psychology" e fundou a clínica psicológica de Harvard em 1927.

O segundo, é Henry Murray, ainda contemporâneo e figura influente na psicologia clínica. Substituiu Prince, como diretor em Harvard. Trouxe contribuições ao estudo da personalidade e adotou o "Thematic Aperception Test" em 1935.

Foi um dos membros titulares da Sociedade Psicanalítica de Boston.

1.6 Primeiros Conflitos Profissionais

Apesar do crescimento da psicologia clínica ter sido modesto durante as três primeiras décadas deste século, apareceram certos conflitos com grupos médicos.

Antes de 1920, já se referiam aos problemas com a profissão médica, relacionados com o papel e a responsabilidade do psicólogo clínico. Por exemplo, em 1916, a Sociedade Psiquiátrica de Nova Iorque elegeu um comitê "para indagar sobre as atividades dos psicólogos e particularmente, daqueles que se denominam psicólogos clínicos em relação ao diagnóstico e tratamento em condições anormais". (47,p.133) Este comitê admitiu a utilidade do conhecimento psicológico para a educação, problemas vocacionais, orientação e ocupações industriais; mas, expressou interesse sobre "a crescente tendência de certos psicólogos...de lidar com problemas de diagnóstico, assuntos sociais e com instituições de pessoas sofrendo de condições anormais". (47,p.133) Em geral, desagradávas-lhes ver psicólogos participando com responsabilidade no trabalho clínico, exceto quando isso se dava sob a supervisão de um médico qualificado.

Franz (1917) comentou sobre a desconfiança mútua existente entre as duas profissões e a necessidade de cooperação entre elas. "O psiquiatra vê o psicólogo sem condições para lidar com pessoas anormais e o psicólogo insiste

que o psiquiatra não é competente para aplicar e interpretar testes mentais". (47,p.133) Apontou ainda como limitação da prática psiquiátrica, a inexistência de conhecimentos psicológicos entre os médicos. Ressalta que, nesta época, dentre noventa membros do Comitê Nacional de Higiene Mental, só havia um psicólogo.

Wallin (1919) sugeriu que o melhor campo de trabalho para o psicólogo "era o campo dos desvios mentais (sic) mais do que da desordem mental (sic)" (47,p.133). Era da opinião que esta última área pertencia mais claramente ao neuropsiquiatra. Por outro lado, assinalou que os médicos tentavam parar o papel responsável desempenhado pelos psicólogos no campo da deficiência mental.

Posteriormente, Seachore (1942) menciona que em torno de 1920, "a psicologia e a psiquiatria organizadas estavam em luta, e que surgiu um tempo para trêguas..." (47, p.134). Havia ambiguidade e conflito em relação aos papéis e responsabilidades dos profissionais.

Como resultado desta situação houve em 1920, uma conferência, na qual compareceram representantes de psicólogos, psiquiatras e áreas afins, para discutir esta problemática. Nesta, ficou claro que havia uma superposição de teoria e prática difícil de definir. Todos comprometeram-se em melhorar suas qualificações. O ponto de vista discutido era que "para atuar competentemente com a situação... as pessoas devem ser treinadas como psicólogos e como psiquiatras, sendo o ideal uma combinação dos dois". (47,p.134)

É desnecessário dizer que as últimas providências nunca receberam grande participação. Muitos desses mesmos conflitos voltaram a ocorrer, em outras épocas.

1.7 A Segunda Guerra Mundial

Decorrente da aceitação e desenvolvimento dos testes psicológicos, os psicólogos começaram a atuar em clínicas nas universidades, nas de orientação infantil, nas instituições para retardados e nos hospitais estaduais.

Não obstante, a psicologia clínica teve um papel relativamente modesto no estudo e tratamento dos indivíduos com dificuldades de personalidade. As clínicas das universidades funcionavam somente durante o ano letivo. Nas instituições, os psicólogos clínicos dispendiam muito tempo em testagem psicológica. Em torno de 1930, diminuiu o número de profissionais qualificados. As atividades terapêuticas estavam limitadas. A pesquisa era realizada em alguns locais.

Apesar do reconhecimento da psicologia clínica, aqueles que a exerciam não tinham o mesmo status ou o mérito, que seus colegas da área acadêmica. Havia indicações de insatisfação com a situação reinante. Isto manifestou-se em tentativas de criar organizações especiais para defender seus interesses.

Em 1917, um grupo de quarenta e cinco psicólogos com doutorado reuniu-se em Pittsburg, para estabelecer "The American Association of Clinical Psychology". Dois anos de-

pois, essa associação tornou-se uma seção dentro do âmbito nacional.

Em 1921, "The New York State Association of Consulting Psychologists" estava formada. Eventualmente, gerou em 1932 a "Association of Consulting Psychologists", na qual fundou-se o "Journal of Consulting Psychology". O objetivo do jornal era proporcionar um meio de expressão dos interesses dos psicólogos clínicos e aplicados. Seu primeiro diretor foi J.P. Symonds. (47)

No ano de 1937, criou-se um comitê intitulado "The National Committee for the Affiliation and Association of Applied and Professional Psychology", de caráter nacional para reunir os psicólogos profissionais e aplicados. Sua finalidade era, junto com os grupos já existentes de psicologia clínica, auxiliar o crescimento. Somando-se às associações anteriores surgiu "The American Association for Applied Psychology" (AAAP), com quatro departamentos, sendo um da clínica. Até 1945, quando emergiu uma nova estrutura organizacional, a "American Psychological Association" (APA), a AAAP era a entidade representativa dos psicólogos aplicados.

A seção clínica da AAAP fez a sua primeira reunião em Minneapolis, nesse mesmo ano. Nela, formaram um grupo de estudos para definição da Psicologia Clínica e comitês distintos para orientar os diferentes serviços psicológicos existentes. (47)

Ainda em 1937, realizou-se o IXº Congresso Internacional de Psicologia em Paris. O tema geral abordado foi "Do Movimento ao Comportamento". Dele participaram, entre outros, P. Janet, H. Piéron, Wallon, Fraisse, Carmichael, Gesell. (21)

Apesar da psicologia clínica ter conseguido uma melhor organização nos anos 30, ainda é difícil caracterizar seu status como profissão. O grupo mais influente continua sendo o da vida acadêmica. Wolman relata uma pesquisa efetuada por Louttit, que envolveu cento e onze (111) psicólogos de clínicas de orientação infantil, sobre o padrão típico de trabalho utilizado. Obviamente, a psicometria foi a atividade mais frequente, seguindo-se pela orientação educacional e vocacional. A psicoterapia situava-se em sexto lugar. (47)

Durante este tempo, o Stanford-Binet foi, sem dúvida, o instrumento mais usado clinicamente. O interesse pelas técnicas projetivas desenvolvia-se lentamente. O método de Rorschach foi introduzido por David Levy, em torno de 1924. Ele influenciou Samuel Beck, o primeiro psicólogo americano a usá-lo um pouco antes de 1930. Hertz e Klopfer foram líderes neste período. O impacto das técnicas projetivas foi pequeno, pois pouco era ensinado sobre elas nas universidades. O "Thematic Aperception Test" (TAT) surgiu em 1935, mas era encarado sem muita credibilidade.

Não se repetiu o mesmo fenômeno, como quando do advento do Binet-Simon. Não apareceram mais empregos dispo

níveis. Ridenour concluiu, através de um trabalho realizado, que haviam mais psicólogos executando serviços não-psicológicos em agências sociais, do que propriamente psicológicos.

Portanto, nos anos 30, a psicologia estava longe de se estabelecer como uma profissão forte. Alguns psiquiatras protestavam que a psicologia não era uma "ciência curativa". Chamaram de "charlatanismo", os esforços dos psicólogos nos tratamentos.

De acordo com Louttit, as mudanças no campo psicológico foram pouco significativas. Apontou dificuldades ao tentar traçar os limites entre a psicologia e a medicina. Criticou o treinamento fornecido aos estudantes. Concluiu que: "Para uma profissão real lidando com problemas de comportamento, o futuro deve produzir um novo especialista. Este especialista do comportamento deverá ser o produto de um currículo inteiramente novo, que incluirá material pertinente a psicologia, educação, sociologia e trabalho social. Pode ser até que seja necessário estabelecer uma nova classificação, como símbolo do currículo". (47,p.136)

A opinião era quase unânime, de que a psicologia americana acadêmica foi dominada pelo laboratório e não, pela clínica. Segundo Wolman (47), a psicologia clínica começou precocemente e seu progresso foi vagaroso. Diversas vezes, os psicólogos clínicos desejaram encontrar uma identidade profissional, obter um treinamento especializado e definir seu campo. Organizacionalmente, o desenvolvimento cul

minou como uma seção para a psicologia clínica na AAAP. Entretanto, a psicologia defrontou-se com a Segunda Guerra Mundial, que influenciou o progresso subsequente.

Com o início da Segunda Guerra em 1941, houve uma demanda de vários serviços característicos do esforço nacional de guerra. Durante a Primeira Guerra, os psicólogos receberam um importante papel na seleção e atribuição de pessoal militar. Utilizaram pela primeira vez, os testes de grupo em larga escala. O mesmo ocorrendo em 1940. A importância da psicologia clínica foi constatar alta incidência de rejeição de pessoas devido a distúrbios emocionais e a alta ocorrência de causalidades psiquiátricas, à medida que a guerra progrediu. Psicólogos ajudaram, em estações de indução, a detectar e a defender candidatos, que eram potencialmente inconvenientes para o serviço militar.

Este evento foi significativo, porque a partir dele a psicologia clínica foi reconhecida oficialmente. Proporcionou oportunidades de treinamento e de participação no trabalho clínico com pacientes.

Durante este período outros fatos também ocorreram. Um deles foi a introdução por Rapaport e seus colegas, de uma bateria de testes psicológicos na avaliação diagnóstica de pacientes. Sua contribuição consiste numa estrutura teórica para a interpretação de padrões de testes, como um meio de compreensão mais completo da dinâmica da personalidade e da psicopatologia do paciente.

Wechsler produziu a primeira escala de inteligência, acentuando suas possibilidades diagnósticas. Rapaport estendeu essa noção dentro da orientação teórica, incluindo uma variedade de testes psicológicos, inclusive técnicas projetivas.

O uso de uma bateria de testes envolve maior complexidade. É orientada clinicamente mais do que um único teste. Requer, portanto, um alto nível de habilidade e de conhecimentos clínicos. Este tipo de análise diagnóstica relaciona-se com a psicologia dinâmica e com a estrutura diagnóstica da psiquiatria. Por isso, parece ser bem recebida por psiquiatras e outros profissionais de disciplinas afins. Ainda é o modelo vigente atualmente. (47)

Por causa das necessidades momentâneas e urgentes da Segunda Guerra Mundial, os psicólogos clínicos foram utilizados como psicoterapeutas. Embora alguns já exercessem esta função e houvesse, em 1942, a influência de Carl Rogers com seu livro "Counseling and Psychotherapy", muitos limitaram seu contato com a psicoterapia. Eram ainda frequentes a testagem diagnóstica e o trabalho preventivo. Entretanto, como os tratamentos eram inevitáveis e poucos possuíam aprendizado adequado, os psicólogos tiveram a oportunidade de participar de atividades psicoterapêuticas. Por exemplo, durante a guerra é que a psicoterapia de grupo foi estimulada, com a atuação ativa dos psicólogos.

Conseqüentemente, devido à guerra, é que inúmeros profissionais obtiveram a experiência psicoterapêutica. Lo-

go depois, esta atividade foi reconhecida oficialmente, em bora dentro de uma estrutura médica e sob certa supervisão ou colaboração de um médico.

1.8 Período Pós-Guerra

No fim da Segunda Guerra, a psicologia expandiu-se rapidamente. Um dos maiores estímulos partiu da "Veterans Administration" (VA). Os VA de frontaram-se com grande número de veteranos com distúrbios emocionais, que necessitavam de hospitalização e cuidados posteriores. Os serviços que possuíam antes da guerra, não estavam adequados às novas demandas. Assim, os VA se reorganizaram e se posicionaram quanto ao problema. A primeira decisão foi a criação de empregos para psicólogos clinicamente treinados. Inicialmente, não exigiam o Ph.D.. Mas, devido ao seu crescimento, em 1951, tornaram-se os maiores empregadores de psicólogos clínicos, exigindo-o então. As funções dos psicólogos eram de diagnóstico, psicoterapia e pesquisa.

Outra inovação, que merece consideração e que foi promovida pelos VA, foi o programa de treinamento. Isto se deu devido à escassez de profissionais qualificados. Este treinamento desenvolveu-se em cooperação com universidades escolhidas (cerca de 700 estudantes). Proporcionavam aos universitários o equivalente a dois anos de treinamento clínico em suas instalações, remunerando-os pelo trabalho executado. (47)

O Serviço de Saúde Pública Americano, entusiasmado com a iniciativa do VA, passou a financiar o treina -

mento para os graduados nas universidades em outros centros.

Estas atitudes foram de grande alcance. Com a ampliação do treino, a psicologia clínica aumentava seu campo de ação qualificado. Portanto, as tentativas do passado não foram em vão, pois algo pôde ser conseguido após a Segunda Guerra Mundial.

Em 1947, um comitê de treinamento em psicologia clínica da "American Psychology Association", sob a direção de Shakow, recomendou um programa para a graduação. Este enfatiza seis áreas principais: psicologia geral, psicodinâmica do comportamento, métodos de diagnóstico, métodos de pesquisa, disciplinas relacionadas e terapia. Incluía ainda um ano de internato numa clínica apropriada, após quatro anos no mínimo de curso de graduação. (47, p.137)

O comitê salientou que o psicólogo clínico era em primeiro lugar um psicólogo. Deste modo, precisava estar informado do corpo básico da teoria, dos métodos e das pesquisas da psicologia.

Todas estas recomendações obtiveram aceitação oficial. A definição do aprendizado do psicólogo clínico emergiu destas colocações. Posteriormente, a APA criou uma junta educacional e de treinamento, cuja responsabilidade era avaliar os programas das universidades e internatos. Até 1962, havia sessenta universidades com programas de cursos aprovados, desde a graduação ao Ph.D. em psicologia clínica.

Após ser reorganizada, a APA tornou-se o órgão representativo dos psicólogos (1945). Como consequência, a

AAAP dissolveu-se e o "Journal of Consulting Psychology" ficou sob o seu encargo. Ela dividiu-se em seções relacionadas com as áreas de maior especialização. A Divisão de Psicologia Clínica é a maior dentro da organização. É responsável pelo planejamento do encontro anual, conduz um instituto de pós-doutorado e publica as novidades para seus membros.

O crescimento da psicologia clínica deu-se paralelamente a mudanças do padrão profissional, de papéis e de atividades. Os psicólogos diminuíram o destaque dado às crianças para uma concentração maior nos adultos com distúrbios. Participaram do aumento das atividades terapêuticas e iniciaram a prática privada (incrementada pelo última guerra).

No passado, a testagem diagnóstica era a atividade principal do psicólogo clínico. Entretanto, em 1961, esta posição foi alcançada pela psicoterapia. (47)

A seriedade dada à profissionalização da psicologia levou os psicólogos a se preocuparem com sua responsabilidade social e profissional. Uma dessas manifestações foi a publicação do código de ética pela APA em 1953, que já foi revisto e avaliado. Providências na área legal também foram tomadas: certificados, legislação e definição legal da psicologia. Sem elas, ninguém pode denominar-se psicólogo. As tentativas de assegurar uma legislação adequada sempre encontraram oposição dos grupos médicos, segundo Garfield. (47)

Atualmente, a psicologia clínica encontra-se relativamente bem estabelecida, como uma das profissões da chamada "área de saúde mental". As funções de diagnóstico e de psicoterapia com indivíduos com distúrbios emocionais são razoavelmente aceitas. A competência dos psicólogos clínicos já é reconhecida. Os conflitos com a medicina e com outras áreas afins continuam a existir, mas menos intensos. Talvez, reflitam as diversas fontes de influência da psicologia. Também podem ser encaradas como manifestações para alcançar a maturidade de uma profissão.

1.9 A Psicologia Clínica no Brasil

Segundo Wolman (47), o progresso da psicologia clínica na América Latina foi estimulado pela Sociedade Interamericana de Psicologia. Ela foi fundada em dezembro de 1951, durante o Congresso de Saúde Mental no México. O primeiro Congresso Interamericano de Psicologia foi dois anos depois na República Dominicana, onde havia a mais antiga universidade das Américas.

No Brasil, a psicologia surgiu pela necessidade de treinamento de professores primários e secundários (1º e 2º graus). A partir de 1945, os estudos desta disciplina transitaram da fase inicial de organização, em que se acusava estrita dependência a especialistas de outros países, para um estágio de crescente afirmação. Muitos de nossos profissionais de diversas áreas de nível universitário, interessados em psicologia, foram estudar no exterior, após a guerra.

Em 1946, criaram-se cursos de especialização em psicologia aplicada. Também, é criado no Departamento Nacional da Criança, do Ministério da Saúde, o Centro de Orientação Juvenil (COJ), com serviços psicológicos abertos ao público. Mas, somente em 1962 é que passamos a possuir três cursos de formação em psicologia. O mais longo deles tinha a duração de cinco anos, habilitando ao exercício da profissão de psicólogo regulada por lei. (32)

A profissão foi oficialmente reconhecida pela lei nº 4119, de agosto de 1962. Ela dispõe dos requisitos necessários para a formação de psicólogos e a regulamentação de sua profissão. Este fato é de importância especial por seu significado técnico-científico e seu alcance social. A prática é agora restrita aos graduados em psicologia numa universidade, porque até a vigoração desta lei, estudantes de áreas afins, como educação e filosofia, praticavam também psicologia. (47, 32)

Só recentemente, em 1971, pela lei 5.766, é que passaram a existir os Conselhos de Psicologia em nosso país. São órgãos representantes legítimos dos profissionais. Foram encarregados de revisar o Código de Ética e fazer valer os direitos nele incluídos e vigentes por legislação adequada.

As atividades de aplicação dos conhecimentos psicológicos desenvolveram-se mediante a criação de clínicas, laboratórios, além de maiores institutos. Isto é, a psicologia ampliou-se no Brasil, antes de sua organização como

uma especialidade regida por determinados parâmetros.

Para alcançar resultados, que respondessem às solicitações sociais da vida do país, concorreram os próprios psicólogos através de suas associações e entidades com fins culturais. Em 1947, no Rio de Janeiro, a Fundação Getúlio Vargas cria o Instituto de Seleção e Orientação Profissional (ISOP), com serviços abertos ao público na época. Seu diretor técnico foi o Professor Mira y López. A presidência era, e ainda é, do Dr. João Carlos Vital. Essa entidade permanece até hoje, sem o atendimento ao público, a não ser através de sua biblioteca. Dedicase, atualmente, às mais diversas pesquisas e projetos em que a psicologia precise participar, especialmente em convênios com instituições governamentais.

Em 1949, a mesma instituição inicia a publicação de um periódico trimestral, que em nossos dias tem o título de "Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada". Em decorrência, é fundada a atual Associação Brasileira de Psicologia Aplicada, filiada à associação internacional do mesmo nome.

No ano de 1952, surge o Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), organização similar a outras do mesmo gênero nos Estados Unidos. Sua finalidade é produzir material adequado a exames psicológicos. A proliferação de interesse e estudos sobre testes no Brasil começou em 1925. Por exemplo, o Binet-Simon passou a ser usado em 1926. Já o teste de Rorschach começou a ser ensaiado como prova em 1932, pelo psiquiatra J. Leme Lopes, no Rio de Janeiro, segundo o

trabalho de Cícero Cristiano de Sousa "O método de Rorschach" (32). Muitos estrangeiros aqui estiveram como Henri Piéron, para a realização de cursos práticos de técnicas psicológicas.

Pela primeira vez é publicado um livro com vinte capítulos sobre psicologia, dos quais a maioria foi escrita por especialistas brasileiros. Este denomina-se "Psicologia Moderna", e foi dirigido por Otto Klineberg, que esteve no Brasil durante dois anos. No mesmo ano desta iniciativa, 1953, reúne-se em Curitiba o 1º Congresso Brasileiro de Psicologia.

Seguindo-se a este congresso muitas atividades semelhantes começaram a desenvolver-se por todo o país, assim como várias associações foram constituídas entre os psicólogos. Trabalhos e pesquisas clínicas tem sido elaborados. Quanto às funções do psicólogo clínico, o diagnóstico e a psicoterapia adquirem características bem semelhantes às descritas anteriormente para os Estados Unidos. Os conflitos interprofissionais ainda são constatados, bem como algumas vezes também, os intraprofissionais.

A competência do psicólogo clínico vem sendo reconhecida gradativamente. Consiste numa das especialidades da área de saúde mental, mas sem muito se expandir no campo da comunidade e da prevenção, com nítida preferência dos estudantes a tudo que se refira a clínica.

Na área de graduação em psicologia, são previstas três modalidades de cursos: de bacharel, de licenciado em psicologia e de psicólogo. As duas primeiras terão função no

ensino. Ao portador do diploma de psicólogo é permitido utilizar os métodos e técnicas psicológicas, com o objetivo de: diagnóstico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica, solução de problemas de ajustamento. Ainda é de sua competência a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências. É previsto a duração de cinco anos para o cumprimento do currículo e do estágio supervisionado.

É interessante comparar o quadro histórico esboçado anteriormente com o que ocorre em nosso país. A Psicologia desenvolveu-se seguindo caminhos bastante semelhantes aos dos Estados Unidos e de alguns países da Europa, em menor proporção. É nítido o reflexo das atitudes e do crescimento descrito, só que acontecendo quase que vinte anos depois. A definição da profissão, de suas funções, a conformação dos cursos universitários, o embasamento teórico e prático foram obtidos desta forma. Mas, parece que pouco a pouco conseguiremos adquirir características próprias, à medida que a Psicologia e os psicólogos encontrem seu lugar dentro das atividades de saúde mental.

CAPÍTULO 2A HISTÓRIA DO PSICODIAGNÓSTICO2.1 Evolução Histórica

O psicodiagnóstico desempenha na vida dos indivíduos um papel preponderante, na medida que lhes assegura uma análise adequada de suas "doenças e distúrbios". Seu propósito é orientar e auxiliar o psicólogo na pesquisa da dinâmica da personalidade do paciente em questão, realizando um diagnóstico diferencial.

O progresso do psicodiagnóstico envolveu problemas de natureza histórica, nos quais a psicologia clínica está presente como o campo mais amplo onde ele se insere. Wolman (47) destaca este desenvolvimento em três estágios, tentando expor cronologicamente os fatos.

O primeiro estágio ocorre nos anos 30 e 40, em que uma nova entidade profissional está em evolução, a psicologia clínica. A medicina já ocupava um lugar de destaque. Assim, o psicólogo clínico era um intruso no campo médico, ocasionando problemas de status e de rivalidade dentro da equipe multidisciplinar. Como sua posição era de inferioridade nesta ocasião, aceitou os marcos de referência e os métodos de formulação de problemas já existentes. Tentou aprender a linguagem e o padrão em que deveria fornecer as informações de seu próprio material. Ambos variavam de acordo com a entidade científica a qual o profissional estava filiado.

A nosologia psiquiátrica foi aceita sem qualquer questionamento e utilizada no diagnóstico diferencial. Havia uma passividade aparente, pois pesquisas vinham sendo realizadas. Por exemplo, estudos sobre respostas características do teste de Rorschach eram efetuadas por Klopfer, Kelley, Piotrowski, Miale, Harrower e outros.

O segundo estágio é um período de transição. Faz-se em que se luta para expandir o conceito de diagnóstico diferencial, para estabelecer o uso de uma avaliação psicológica detalhada e organizar o autêntico psicodiagnóstico.

No início do emprego da testagem psicológica ocorria o denominado "diagnóstico cego" (47, p. 386). Isto é, a análise baseava-se somente no protocolo dos testes, sem qualquer outra informação clínica ou contato com o paciente. Os médicos preocupavam-se em receber informações satisfatórias da nova metodologia, para fornecer aos seus clientes. Os psicólogos, por sua vez, estavam ansiosos para provar a validade de seu material. Mas, aos poucos esta euforia foi contida, dando lugar para a discussão séria dos problemas que envolviam o processo de diagnosticar.

Os psicólogos descobriram a importância de fornecer laudos diagnósticos escritos, onde incluía-se as fraquezas e os méritos do paciente. Este tornou-se um instrumento mais equilibrado, porque as conclusões nele contidas eram fidedignas. Apontaram, também, a necessidade de um debate preliminar entre a pessoa que o requer e o profissio

nal que faz a avaliação, sobre as áreas acessíveis a penetração clínica onde a problemática pode estar situada.

Neste período, passou a se considerar imprescindível o pedido de requisição do psicodiagnóstico, com a especificação dos motivos. Pois assim, podia-se precisar a relevância do laudo nas diferentes situações.

A educação interdisciplinar contribuiu com esta fase, tentando mostrar aos médicos e aos outros profissionais, qual era o material de saúde que podia ser obtido através do diagnóstico e como poderia ser melhor utilizado.

Toda a sofisticação no laudo surgiu, inicialmente, para equacionar o grau de penetração possível nos funcionamentos inadequados dos pacientes. Parecia que com o seu advento, os psicólogos animados com o novo material à sua disposição, não sabiam dosar quais eram as informações a transmitir e quando. Posteriormente, aceitou-se dar atenção à personalidade em potencial, desde que houvesse evidências nos testes, mesmo que estivesse obscuro clinicamente, durante um contato pessoal aprofundado. (47)

Mesmo assim, surgiram outros problemas. Havia dificuldade em adequar os pacientes, antes e depois dos tratamentos, dentro de padrões de referência, para posterior comparação de suas performances. Não se sabia como relacionar o campo diagnóstico com os procedimentos de avaliação, que se possuía.

Passou-se, então, a aceitar como prática padrão de um psicólogo, o embasamento de suas descobertas numa bateria de testes. A aplicação de vários instrumentos diagnósticos enriqueciam o material obtido. As técnicas projetivas já existiam em larga escala.

Outra dimensão foi anexada ao psicodiagnóstico: a compreensão dos princípios psicanalíticos para a interpretação das técnicas projetivas. Schafer (1954) enfatizou num artigo que "quem atua em psicodiagnóstico deve sentir-se à vontade com os conceitos psicanalíticos"(47,p.387).

O terceiro estágio deu-se nos anos 50 e 60. Caracterizou-se pela insatisfação crescente com os rótulos usados correntemente no diagnóstico e pela tentativa de psiquiatras, sociólogos e psicólogos de explorar novas maneiras de classificação e procurar padrões referenciais mais significativos.

Segundo Wolman, Opler (1963), um psiquiatra social, propôs novas categorias diagnósticas incluindo fatores culturais e sociais. Ele acredita que estes influenciam a etiologia, a dinâmica e a epidemiologia das doenças mentais no mundo. Acrescenta que a psiquiatria social, além de auxiliar no processo de redefinição de entidades doentes, pode aumentar os limites dos objetivos da terapia para a comunidade (47,p.390).

Wolman também propõe uma nova classificação das desordens mentais. Ela deriva-se de observações e estu -

dos experimentais do comportamento social e de estudos clínicos de base psicanalítica. Ele supõe que todas as relações sociais dependem da motivação e da percepção. Assim, os indivíduos percebem-se uns aos outros em termos de poder e aceitabilidade. Poder significando habilidade de satisfazer necessidades ou impedir sua satisfação. Aceitabilidade como desejo ou falta de vontade de satisfação (47, p. 391).

Apesar de lutar por seu esquema de classificação, Wolman conclui que ela é válida para predizer o curso de uma determinada desordem. Mas, adiciona que estes fenômenos não são universais e que outros elementos devem ser levados em conta.

Diversos trabalhos foram feitos com certa importância para o diagnóstico diferencial. Eles permitiram pela primeira vez, a introdução de evidências empíricas para comprovar se um dado protocolo projetivo indica ou não a receptividade do paciente ao tratamento psicoterápico.

Enfim, este período é decorrente do acúmulo de material de pesquisas psicológicas e da insatisfação reinante entre psiquiatras e psicólogos com as categorias diagnósticas estabelecidas. A psicologia clínica contribuiu na reformulação do marco referencial, para o qual os indivíduos são lançados.

2.1 Status Atual do Psicodiagnóstico na Psicologia Clínica

A partir do histórico, tanto da psicologia clínica como do psicodiagnóstico, analisado anteriormente, ta-se a luta constante para expandir-se o conceito de diagnóstico diferencial. São tentativas de estabelecer normas para a execução de uma avaliação psicológica detalhada e mais precisa. Eliminar os diagnósticos realizados somente com base no protocolo dos testes, sem levar em conta qualquer informação clínica ou contato com o paciente. Tentando proporcionar um status adequado ao psicodiagnóstico dentro do trabalho clínico.

Para Lagache (28), "o diagnóstico clínico é um ato cognitivo do método clínico, no qual encontramos uma ressonância médica. É o ato de reconhecer e identificar um certo estado de coisas". Como parte da psicologia clínica, ele aplica o mesmo método que ela, estendendo-o a todas as formas de conduta e de experiência humanas, sejam adaptadas ou não.

O objetivo científico do diagnóstico, para esse mesmo autor, é um estudo aprofundado do caso individual. Podendo dispor dele, como uma amostra para outros casos individuais, levando em conta suas semelhanças e diferenças. A finalidade prática consiste em fornecer uma base racional para a ação terapêutica, para o aconselhamento ou para a educação. O psicodiagnóstico é, também, a base do prognóstico, da discussão do caso com o cliente ou com seus

familiares.

O diagnóstico é a determinação das relações do sujeito com a situação e com suas causas. Consequentemente, ele jamais é definitivo. É orientado para um momento da evolução da conduta do sujeito. Daí, a necessidade de um saber teórico organizado e do conhecimento das técnicas empregadas no método clínico (28).

A função do diagnóstico é identificar a problemática apresentada pelo paciente, de forma que possibilite ao psicólogo recorrer ao tratamento apropriado ou a qualquer método para ajudá-lo a se restabelecer (20). Portanto, o diagnóstico diferencial nunca deve se dar no vácuo. A investigação clínica tende sempre a um fim, que envolve a identificação e a explicação do modo de existir do indivíduo, no seu relacionamento com o meio, num dado momento de sua vida. Possui então, um papel relevante, pois muitas vezes de seus resultados, depende o destino do paciente em questão.

Por isso, o diagnóstico diferencial requer um treinamento especializado do psicólogo para realizar um trabalho competente. Isto é, para que seja capaz de manejar problemas complexos com uma preparação adequada.

Reconstituindo uma situação diagnóstica, observamos que ela envolve: o indivíduo testado, os instrumentos com os quais se avalia (bateria diagnóstica), o psicólogo em si e o laudo, como recipiente de todas as informa

ções e experiências vividas e transmissor das mensagens.

Wolman (47) ressalta a importância do treinamento de psicólogo para lidar com o psicodiagnóstico ou com qualquer outro setor clínico. Enfatiza que para ser bem sucedido no treino, o psicólogo deve ter como ponto de referência sua própria experiência. Questionamos junto com o autor, se talvez este, não deva ser um dos pré-requisitos básicos.

É preciso vivenciar uma situação de testagem, conhecer seu rendimento nos testes que usa e ter a oportunidade de fazer um laudo de seus próprios resultados. Em outras palavras, poder sentir-se como um paciente testado.

Além disso, é importante aplicar testes, fazer laudos e avaliações comparativas, lidando com pessoas de diferentes níveis sócio-culturais. Pois, obter dados pertinentes a indivíduos de nossa cultura é relativamente fãcil; mas, de lugares distantes, exige algum conhecimento antropológico para um enfoque adequado.

Os resultados obtidos nos diversos testes devem ser sempre questionados. Há o risco de resultados "anormais" surgirem numa população "normal". Por isso, é imprescindível o estudo da psicopatologia e a oportunidade de lidar com pessoas com diferentes distúrbios (físicos e/ou psíquicos). Em relação aos testes, é essencial o aprofundamento no estudo de alguns, de modo que se tenha os instrumentos para a avaliação da personalidade do pacien-

te sob vários aspectos. O propósito desta aprendizagem é tornar o psicólogo apto no seu trabalho, diminuindo a incidência de rótulos inadequados atribuídos aos pacientes.

Existem fatos isolados, que comprometem o resultado de um psicodiagnóstico, se não forem tomados os devidos cuidados. Por exemplo, um mesmo teste aplicado num grupo de indivíduos de mesma idade, mas de status sócio-econômico diferentes. Seus protocolos devem ser avaliados levando em conta as diferenças individuais, apesar da padronização do manual de aplicação ter sido seguida. Portanto, ao aplicar-se uma bateria de testes a um grupo de sujeitos, tem-se como vantagem uma visão panorâmica desse grupo. Mas, na análise dos resultados é essencial não esquecer o paciente testado como pessoa e a sua posição em relação ao todo.

Com o adestramento específico, espera-se que o psicólogo administre os testes com facilidade, sem ansiedade excessiva, seja em situações de rotina ou não. Assim, terá oportunidade de descobrir seu nível ótimo de atuação na avaliação diagnóstica. A experiência de se expor a um certo número de pessoas com uma variedade de testes e em diversas ocasiões é fundamental para o profissional como pessoa.

Wolman (47) assinala que o psicólogo clínico que atua em diagnóstico, deve conhecer intrinsecamente os testes que manipula. Depois, capacitar-se a digerir bem pa-

ra si as informações, antes de transmiti-las sob a forma de laudo escrito. Por fim, tentar se assegurar que o processo de compreensão caminha paralelamente a um processo de maturação individual, tanto quanto possível. Isto é, que não hajam somente deduções corretas devidas a um crescimento profissional, mas também pessoal.

Para os psicanalistas, a análise ou terapia pessoal do profissional em psicodiagnóstico é um quesito relevante. Partem do pressuposto que é importante sua experiência como paciente. Além do que, se não lidar com seu próprio inconsciente torna-se mais difícil revelar ao cliente níveis mais profundos de seu comportamento. Admitem que a familiaridade com conceitos analíticos e a psicodinâmica do inconsciente influem. Pois, muitas informações obtidas no diagnóstico se relacionam com motivações inconscientes do indivíduo. Advertem que um laudo psicodiagnóstico é superficial, se só lida com a atividade controlada e consciente.

Não se quer dizer com isto que a única terminologia para um laudo seja a psicanalítica. É bom conhecê-la para usar quando for preciso, pois muitos profissionais (médicos e outros) esperam receber os informes nesta direção.

Deste treinamento em diagnóstico, faz parte a redação do laudo. Não somente escrevê-lo, mas torná-lo compreensível para quem é dirigido. Ao praticar, teria chances de redigir laudos de diversos tipos para diferentes requisitantes; de ver como são recebidos por profissionais de

outras especialidades e de saber como o que escreveu se adapta a outros padrões de referência.

Muitos elementos, aqui citados, podem, até certo ponto, ser aprendidos. Mas, não há dúvida que estão intimamente ligados com a vivência de quem se propõe a atuar na área clínica. O psicólogo precisa, por um lado de uma formação técnica e teórica, e por outro, de desenvolver-se paralelamente como pessoa.

Sintetizando, podemos enumerar algumas das experiências, consideradas essenciais para um funcionamento adequado do psicólogo no diagnóstico (47,p.1455):

- Deve ser capaz de estabelecer um relacionamento apropriado com o indivíduo que está sendo testado. Seu parceiro na situação diagnóstica. Deve sentir-se à vontade com pessoas de características diversas (ricas, pobres, velhos, estrangeiros, etc.) e com diferentes contatos com a realidade. Portanto, sua maneira de agir deve ser flexível para se adaptar às dificuldades da doença ou da incapacidade do paciente.

- Deve dispor de uma variedade de instrumentos para testagem, com os quais tenha familiaridade. Isto é, que ao usá-los não precise fazer adaptações para situações particulares. Inclui então, o desenvolvimento de uma bateria básica de testes para seu uso;

- Deve conhecer a si mesmo tanto quanto possível. O auto-conhecimento implica em estar ciente de suas tendên

cias e preferências, de suas fontes de ansiedade e de sua própria performance nos testes que usa. Se houver oportunidade redigir um laudo sobre si mesmo e discuti-lo com um profissional experimentado;

- Deve desenvolver um método de quantificar, qualificar, manipular e reportar os casos, descrevendo-os segundo sua maneira de se expressar. Ao escrever o laudo, deve estar ciente do significado exato das palavras que empregará e se sentir à vontade para atingir o objetivo de comunicar informações.

Constata-se que no ensino universitário de graduação de Psicologia, este tipo de aprendizagem é pouco reforçado ou é inexistente. Fato que ocorre tanto em nosso país como nos demais atualmente. O decréscimo do interesse iniciou a alguns anos atrás, a partir do estímulo crescente para a prática terapêutica. Não se quer dizer que a terapia não tenha valor. Mas, que não é certo fazê-la crescer em detrimento de outra função do campo clínico, que a auxilia e a completa. Um psicólogo versado, dentro do possível, nos conhecimentos aqui descritos, melhor pode discernir as implicações clínicas e a adequação da terapia para seus clientes.

Questionando o futuro do psicodiagnóstico, Wei - ner (46) assinala algumas conclusões de pesquisas feitas sobre este tema. Elas refletem o resultado do ensino inadequado do diagnóstico na psicologia contemporânea. Cons-

tataram que a testagem psicodiagnóstica não está fora de moda como muitos alegam. A sua percentagem de uso é 10% mais alta que a dez anos atrás. Também, não há comprovação que os centros clínicos estejam eliminando o psicodiagnóstico de seus procedimentos de avaliação. Na verdade, o que ocorre é que ele não tem mais o papel dominante e de relevo dos últimos vinte anos.

É curioso observar que, ao mesmo tempo, que encontramos objeções e impecilhos para o desenvolvimento do psicodiagnóstico, a maioria dos autores consultados acreditam ser sumamente importante para o psicólogo clínico aprendê-lo e estudá-lo.

Weiner (46) aponta que há dois tipos de funcionamento para o psicólogo em diagnóstico. Essa distinção confere uma nova dimensão a atuação tradicional, que tende ao desuso pela não renovação.

No primeiro, o psicólogo é um simples aplicador de testes ("tester"): é aquele que recebe os testes com as devidas designações, vê o paciente e administra a bateria necessária; depois, redige um resumo descrevendo o comportamento do paciente na testagem, suas habilidades e o funcionamento da personalidade, enviando a quem requisitou. Aqui, o exame psicológico tem o mesmo sentido que um exame de laboratório pedido por um médico.

Na segunda, exerce a atividade de um consultor diagnóstico. É um psicólogo experimentado em psicopatolo-

gia e em suas implicações no planejamento de tratamentos. Sabe que muitos pacientes podem ser diagnosticados sem testagem. Reconhece que esta é uma avaliação dispendiosa, que consome muito tempo. Portanto, é um procedimento especializado para ser usado quando há questões que não são respondidas de outra forma. Assim, não se envolve com qualquer testagem, a não ser para pesquisa ou para rever algum dado na história do paciente. Assume responsabilidades, sabendo que seu laudo é para decisões suas e/ou de outros, em questões importantes da vida do paciente.

O estudo e o treinamento inadequado do psicodiagnóstico deram margem a críticas por parte de algumas correntes de pensamento dentro da psicologia. Apesar de serem refutáveis, parecem importantes para uma reflexão sobre o diagnóstico, como um instrumento do trabalho clínico.

Os behavioristas e humanistas, segundo Weiner (46), alegam que o psicodiagnóstico serve para poucos propósitos, pois vincula-se a um modelo anacrônico. Assim sendo, não é mais usado ou ensinado. Os primeiros dizem que a testagem diagnóstica é uma predição pobre do comportamento. Os segundos, a acusam de ser um procedimento discriminatório.

Estas objeções podem ser contestadas por uma clarificação do papel da avaliação psicodiagnóstica. O psicodiagnóstico não tem sucesso ao predizer o comportamento, por que seu objetivo é focalizar a personalidade do indivíduo

sobre a qual a predição será feita. Pouco se detém na situação em que se espera que o desempenho ocorra. O intuito é avaliar processos participantes do funcionamento complexo de uma pessoa no seu meio. Só é capaz de fazer uma predição do comportamento, se a influência mais importante estiver ligada às variáveis da personalidade, alcançadas pelos meios utilizados.

Portanto, a crítica sobre a pobreza preditiva do diagnóstico é irrelevante, pois esta não é a sua pretensão. Em primeiro lugar, ele auxilia na compreensão do comportamento dos indivíduos.

Os humanistas apontam que o psicodiagnóstico se utiliza de classificações discriminatórias da personalidade. Tornando o processo desumanizante, pois designa pessoas com valoração e acha-se no direito de divulgar este julgamento para outros. Defendem que cada pessoa deve ser considerada de acordo com sua própria unidade e individualidade. Não podendo ser colocada de lado por categorizações (Buhler e Allen, 1971; Maslow, 1962). *Allenista*

No diagnóstico deve inexistir a preocupação de rotular os pacientes, mas sim de determinar qual o método ou terapia ou outro tipo de ajuda que os beneficiará (46).

Esta apreciação é decorrente dos abusos existentes no psicodiagnóstico. Fatos que constatamos com certa frequência. Por exemplo, no diagnóstico de adolescentes, quando a preocupação de se encontrar uma patologia para ro

tulá-los é grande, incide-se muitas vezes no erro de confundir processos normais de seus comportamentos.

Não é o caso de condenar o diagnóstico e sim, de sancionar e eliminar seu mau uso. Acreditamos que isso possa ser alcançado, com o fornecimento do ensino e do treinamento apropriado aos profissionais.

Atendendo a este fim, precisam ser esclarecidas as perspectivas nomotéticas e idiográficas na prática clínica. Entendendo-as bem, notamos que não são mutuamente exclusivas e sim, complementares (46).

Allport (23) destaca a negligência com o enfoque idiográfico para explicar o comportamento individual. A ênfase é sobre uma pessoa específica, cuja organização de personalidade e traços é única. Portanto, para compreender a conduta de um indivíduo, predizer sua responsividade ao tratamento ou dar um prognóstico, muitas facetas únicas desse complexo organismo devem ser consideradas.

O enfoque nomotético em psicologia indica um interesse por leis e princípios gerais do comportamento. Generalizações e variáveis universais são procuradas para reduzir as complexidades do comportamento, tanto quanto possível.

Por isso, Lagache (28) enfatiza que a estrutura do diagnóstico deve atender a duas características:

"1 - reduzir o caso individual às relações gerais como tipos caracteriológicos ou leis da psicologia. Isto é,

deve procurar um sistema de referências;

2 - ajustar-se às particularidades do caso, ao domínio individual e concreto. É como se procurasse um equilíbrio entre a assimilação do caso individual e a acomodação das leis a este caso. Assim, o diagnóstico é uma interpretação dos dados de fato em relação às leis gerais, oriundos de nosso conhecimento e de nossa experiência".

O psicodiagnóstico em si não está ligado a categorias diagnósticas tradicionais, chamadas pelos behavioristas e humanistas como "um modelo médico anacrônico". Os psicólogos, que ao usá-lo, tendem a traduzir os dados obtidos em sistemas de classificação da personalidade. A causa da ocorrência deste fato pode ser atribuída, algumas vezes, à insegurança profissional existente; outras, a impressão de que o emprego de uma terminologia mais complexa, possa lhe conferir um status mais conceituado. Talvez se não dessem tanta atenção aos rótulos, se lembrassem que seu uso nos julgamentos clínicos é suscetível de efeitos tendenciosos.

Para Rotter (38) há necessidade de se rever o status da psicologia clínica. Precisamos analisar as razões de sua falência, ao providenciar suportes para serem usados no diagnóstico e nas técnicas terapêuticas. Investigar, também, o declínio do interesse em testagem diagnóstica e a proliferação de novos métodos de intervenção. Concorda que é essencial se propor uma nova concepção na prática clínica, na pesquisa e no treinamento de graduados.

Apesar da psicologia clínica apresentar sérios problemas de identidade, ele crê que somente assim poderá ser encarada como uma ciência aplicada.

Albee e Loeffler (38) afirmam que devido ao conflito dos papéis em psicologia, seria bom desenvolver cada vez mais o treinamento, seja de orientação científica ou prática, evitando os conflitos causados por diferentes atitudes.

O futuro do psicodiagnóstico é incerto, pois constata-se a crescente resistência dos alunos e dos professores, em se deter nos programas tradicionais de treinamento. E, nos centros universitários onde a preocupação a este respeito deveria ser uma constante, é inexistente. Portanto, persistem lacunas para as críticas surgirem, porque a formação do psicólogo está falha.

Uma das consequências marcantes desta situação foi a diminuição da testagem diagnóstica na prática clínica. Segundo Rotter (38), estão faltando novos métodos de diagnóstico, porque:

- houve um acúmulo de dados de validade negativa, não analisados adequadamente, desencorajando os alunos a acreditarem no valor desses métodos;

- o diagnóstico ligou-se com entidades doentes e mal-ajustadas, que não utilizaram o laudo para os objetivos a que ele se propõe, levando seu conteúdo (parte provindo da testagem) ao descrédito.

Assim, a avaliação diagnóstica tornou-se meramente descritiva, não diferencial. Surgindo daí, a preferência e a maior aceitação dos pacientes pelas técnicas terapêuticas. Apareceram novos métodos de tratamento, em que os valores mudam de acordo com a pessoa envolvida e com os valores éticos ou pessoais do terapeuta. Mas, ressentindo-se de consistência e de eficácia. Pois, como Goldstein (38) afirma, possuímos pouco conhecimento de como combinar o paciente, o terapeuta e o método; embora, existam alguns dados para a combinação paciente-terapeuta.

Há falta de novas técnicas diagnósticas. Não porque haja proliferação de novas técnicas terapêuticas, mas porque durante muitos anos, o modelo prático-científico não obteve uma boa teoria para auxiliá-lo; porque houve um fracasso no ensino das habilidades básicas para um psicólogo atuar em diagnóstico; porque faltavam normas para o funcionamento do psicólogo e ele mesmo mostrou pouco interesse na avaliação em geral.

Enquanto, o próprio psicólogo não se decide, se deve ou não desenvolver um corpo de conhecimentos apropriados e comunicáveis, a prática clínica continuará deficiente. É uma atitude que depende exclusivamente dos profissionais desta área.

CAPÍTULO 3O PROCESSO DIAGNÓSTICO

"O diagnóstico, segundo Gough (25), é a ponte que pretende suprir o relacionamento do novo com o velho". A reconstrução racional das experiências passadas de cada paciente com as vivências atuais é a pretensão deste método. Não serve primariamente aos objetivos de predição do com - portamento. Empenha-se em avaliar processos de personali - dade, de modo total ou parcial, que interatuam para deter - minar o desempenho de cada indivíduo. Lida com problemas desde a classificação mais objetiva até a descrição dos fatores ideológicos possíveis causadores da desordem (47). Tem funções importantes como o planejamento do tratamento adequado para pessoas com dificuldades psicológicas, iden - tificação de grupos de sujeitos para pesquisas em psicopa - tologia e simplesmente, diagnosticar.

Para realizar a exploração psicológica segue-se determinadas etapas. Estas vão desde o primeiro contato com o paciente até a comunicação dos resultados. É um processo de compilar, analisar e integrar dados significantes da personalidade do indivíduo em questão.

Conforme A. Macedo Queiroz (36,p.25), esta tare - fa é facilitada se um procedimento sistemático, como o que se segue for levado a efeito:

1. A Anamnese

Nela são agrupados os dados relativos a origem, desenvolvimento e estado atual dos transtornos que o sujeito apresenta. Estes devem ser relacionados com as referênçias sobre seu crescimento e as circunstâncias familiares e ambientais de sua vida.

Para H.S. Sullivan (42,p.26), "a entrevista é uma situação vocal, num grupo de dois, mais ou menos voluntariamente integrada, que se desenvolve progressivamente. Seu propósito é elucidar os traços característicos do sujeito entrevistado: traços e/ou normas que experimenta como produtoras de dificuldades ou especialmente valiosas. Através de sua revelação, ele espera obter algum benefício. O psicólogo deve estar atento para essa situação, que é mais do que uma simples comunicação verbal. Ela revela a existência de outras indicações cheias de significado como a entonação da voz, ritmo da conversação, dificuldades de enunciar..."

A entrevista é um processo de interação interpessoal, de comunicação verbal e não-verbal, onde um dos interatantes visa receber alguma forma de ajuda e o outro, se propõe a prestá-la. Procura-se colocar a entrevista de diagnóstico no plano da relação humana, da interação humana, na qual reconhece-se o plano da realidade e do simbolismo (39,p.5).

Portanto, para o entrevistado e entrevistador orientarem-se em suas reações, é que existem os elementos verbais e não-verbais. É justamente pelo modo que foi estabelecida a inter-relação, que se compreende a realidade vivida pelo indivíduo. Nesta interação também será ressaltada a influência do meio.

Como Sullivan assinala a entrevista é um processo que traz e sofre crescimento com a finalidade de "elucidar pautas de viver" (42). Na hora em que ela se desenvolve para um certo grau de ansiedade, que dinamiza seu estado emocional. E, é este que possibilitará uma maior penetração em relação aos problemas e conseqüentemente, uma maior abertura em relação às emoções (39).

Existem diferentes classificações para a entrevista, de acordo com a sua orientação metodológica. Charles Nahoum (39, p.9) chama de "entrevista clínica", a uma técnica que consiste em seguir livremente a expressão, opiniões e atitudes em relação ao objeto da entrevista. Segundo Maria Luiza Seminério (39, p.10), este autor só se preocupa com a estruturação do ponto de vista da temática, a nível de informação sistematizada. O mais importante para o diagnóstico não é o arrolamento de dados objetivos (datas, nomes, acontecimentos...), mas sim as relações em que eles aparecem no discurso.

Piaget e Rogers (39, p.10) enfatizam que "a arte do clínico não consiste em fazer responder, mas em fazer fa-

lar livremente e em descobrir as tendências espontâneas, em lugar de canalizá-las e por-lhes comportas. Procura-se criar uma atmosfera de segurança e objetividade, que tranquilize o sujeito".

Sullivan (42) atribui ao entrevistador a capacidade de equilibrar a situação. Podendo estabelecer uma relação básica entre sua presença como entrevistador, tal como é captado pelo entrevistado. Mas, na medida em que ele próprio não seja insensível a reações e percepções do entrevistado.

Há uma diferença essencial entre a situação de testes e a entrevista, aqui analisada, em função da "presença da outra pessoa". Nesta última, há "uma pessoa expressando algo a outra pessoa". Na situação de teste ainda que o outro esteja presente, o indivíduo está concentrado na sua realização, e não percebe a mesma abertura significativa em relação a ele.

2. Observação Exploratória

A observação psicológica exploratória tem como objeto a investigação inicial da conduta do sujeito. Sua finalidade é confirmar os aspectos significativos surgidos na anamnese. Trata-se de um exame inicial, realizado pelo psicólogo, do comportamento do sujeito em estudo, em condições naturais.

Ela pode ser efetuada através de duas técnicas principais:

a) observação participante - em que se estabelece um contato direto com o indivíduo através de jogos, desenhos, tarefas escolares...

b) a observação não participante - o indivíduo é observado sem ser advertido (36).

3. Sistematização dos Dados Obtidos

Decorrente das fases anteriores, elabora-se um quadro dos dados de significação causal e sintomática da conduta do indivíduo.

4. Formulação das Hipóteses Diagnósticas

A partir do confronto dos dados sintomáticos com os causais, tem-se as condições necessárias para a formulação das hipóteses diagnósticas. Consiste em relacionar os sintomas com as causas, tendo como finalidade a integração dos resultados num quadro clínico psicológico.

A utilização de categorias diagnósticas ou melhor, o uso de rótulos clínicos é um dos cuidados a se ter desta etapa em diante do processo de avaliação. A aplicação inadequada das classificações diagnósticas é motivo de crescente insatisfação e polêmica entre os psicólogos. Para Wolman (47), é preciso construir uma nova classificação resultante de observações, estudos experimentais e clínicos do comportamento dos indivíduos.

De acordo com Weiner (46), o psicólogo tende a traduzir seus dados dentro dos moldes tradicionais, porque

o psicodiagnóstico em si não está ligado a nenhum sistema de classificação de personalidade. É um meio que ele possui para, algumas vezes, encobrir sua insegurança ou para adquirir certo status profissional.

5. Plano para a Comprovação das Hipóteses

Aqui são selecionadas as técnicas mais adequadas para o exame propriamente dito do cliente. Deve-se levar em conta as hipóteses formuladas e as características individuais do caso (idade, grau de instrução, nível sócio-econômico, limitações sensoriais, motoras, verbais, etc.).

No planejamento prevê-se a ordem de aplicação das técnicas a serem empregadas. A ordenação é feita em função do seu grau de dificuldade e das especificidades existentes. Dentre as técnicas temos as seguintes:

- entrevistas adicionais;
- exames médicos complementares;
- observações clínicas complementares;
- material escolar, produções livres, fotografias;
- visitas domiciliares;
- testes psicológicos em geral.

O psicólogo ao planificar seu trabalho clínico, não deve esquecer de atender aos questionamentos de quem requereu o psicodiagnóstico. A tendência comum é pesquisar quais os fatores psicológicos que explicam o comportamento e que indicações conduzem ao tratamento.

Das técnicas acima discriminadas, a dos testes é a que mais exige cautela. Mas, tanto o uso de uma bateria de testes e/ou uma variedade de técnicas contribuem para uma avaliação diagnóstica minuciosa.

No caso da bateria de testes encontra-se diferenças no nível de atuação entre dois testes, pois o material que um único pode fornecer é limitado. Há níveis e performances diferentes, que às vezes, são a chave de certos problemas diagnósticos. Além disso, nem todos os instrumentos descrevem ou medem as mesmas características da pessoa. Uns medem aspectos estáveis, outros flutuantes e terceiros medem adaptações bem sucedidas ou não (47).

Nesta fase da avaliação, o psicólogo está em condições de mostrar a aplicabilidade de suas técnicas aos problemas clínicos apresentados. Ele possui o melhor equipamento e conhecimentos apropriados para analisar certos aspectos do comportamento dos indivíduos. Em outras palavras, evidenciar a "aplicabilidade de sua ciência", e demonstrar como ele é "um cientista aplicado e puro" (23, p.24).

6. Realização do Plano Estabelecido

Consiste na aplicação das técnicas selecionadas da forma prevista, tendo em mente as diferenças individuais e as exigências específicas do que vai utilizar.

Cada passo realizado é apreciado parceladamente, observando-se: a conduta do sujeito quando submetido aos

testes, a quantificação e qualificação dos resultados e a síntese interpretativa dos dados obtidos pelas diversas áreas do comportamento (intelectual, emocional, social, motora) (36).

Ao executar-se o planejado, é difícil a obtenção da objetividade na testagem psicológica. Apesar disso, o seu uso é um esforço de aumentá-la na avaliação, o próprio psicólogo estando mais ciente desta objetividade e da medida na descrição e explicação do comportamento, proporciona melhores decisões diagnósticas.

Mayer-Gross, Slater e Roth (23,p.22) enfatizaram a importância da mensuração em psiquiatria como auxílio à objetividade. Mas, assinalaram os perigos de se aplicares cores erroneamente a comportamentos, porque as informações que são difíceis de se manipular estatisticamente são passíveis de descarte. Podendo isto resultar na perda de dados significativos.

Allport (23,p.24) adverte para que se tome cuidado com o campo da personalidade, para que ela não se torne "um playground de méritos matemáticos".

Para atuar clinicamente, e no caso particularmente em psicodiagnóstico, o psicólogo deve desenvolver a capacidade de tolerar a incerteza. Pois, nesta área, na maioria das vezes, precisa-se conviver com ela. Uma das razões desta hesitação e imprecisão são os aspectos técnicos dos testes (estandardização, normas, confiabilidade e validade), que raramente adaptam-se como se espera (23,p.25).

Payne (23) diz que o uso de testes psicológicos pouco contribui para a prática psiquiátrica, quando um psicólogo é solicitado para ajudar no diagnóstico diferencial. Para ele são várias as implicações:

- a descrição do resultado do teste não é significativa, porque não adiciona nada a informação descritiva do psiquiatra;

- poucos testes psicológicos são válidos para prognosticar o curso de uma doença;

- poucos testes fornecem correlações com o tratamento indicado, cujas implicações futuras ficarão desconhecidas;

- os escores dos testes pouco acrescentam a etiologia apresentada pelo cliente;

- não se pode dizer no diagnóstico, quais os sintomas presentes, somente o grau de seriedade das condições apresentadas pelo cliente.

7. Integração dos Resultados

Resume-se em reunir e inter-relacionar os elementos significativos obtidos através da entrevista, da observação exploratória e das outras técnicas utilizadas no planejamento, para comprovação das hipóteses formuladas.

O psicólogo, ao deter-se nesta etapa, fornece algumas contribuições aos profissionais de áreas afins ou de sua própria. Uma delas, provém da mensuração mais objeti -

va e dentro dos limites de confiabilidade e validade dos testes. Pode traçar uma imagem estática e/ou dinâmica da personalidade do sujeito, levando em conta que é um ser que evolui sob a ação modeladora do meio ambiente e de certas tensões internas. Pode diagnosticar as potencialidades atuais e quais poderão ser desenvolvidas, devido a análise das aptidões e da personalidade do cliente. Portanto, o psicólogo clínico mede ou detecta qualitativamente aquelas forças, que levam o paciente a um estado de ajustamento satisfatório (45).

O problema aqui é combinar e integrar as informações provenientes da personalidade do indivíduo com a finalidade de tomar decisões e dar recomendações a seu respeito. Na elaboração das conclusões, a utilização do método clínico auxilia a avaliação subjetiva do psicólogo e o método estatístico participa na apreciação dos resultados da testagem (23). Além disso, deve-se ter cuidado com a tendência existente de super-interpretar as evidências apresentadas nos testes.

Ao integrar os dados deve ter-se em mente a diferença que há entre um traço de personalidade e um sintoma. Por exemplo, lavar as mãos. Um neurótico obsessivo pode lavar suas mãos mais frequentemente que uma pessoa normal. É uma distinção quantitativa. Mas, uma pessoa normal, mesmo que tenha uma personalidade com traços obsessivos, sente-se livre para decidir se vai ou não lavar as mãos. Já o neurótico obsessivo não sente tal liberdade, cansando-se de

repetir tal ato pela compulsão. É uma distinção qualitativa, que implica num sintoma ou num traço subjetivo.

A transação ativa entre paciente e diagnosticador, apesar de curta, adiciona muitas dimensões à fase de integração dos resultados. Influenciará, também, a atitude e a orientação com a qual o paciente fará os contatos subsequentes.

Cronbach (citado em 45) afirma que a missão do psicodiagnóstico não só consiste em revelar as forças negativas que determinam o perfil anormal do sujeito, e sim, aqueles mecanismos de compensação, que dispostam nele como signos prometedores de uma melhora ou cura total.

8. A Síntese Diagnóstica

Comumente chamada de "juízo diagnóstico" ou "laudo diagnóstico". Refere-se a confirmação ou recusa das hipóteses diagnósticas formuladas e também, a introdução de novas se for necessário. Incluem-se os aspectos específicos do caso em estudo, para a obtenção de uma compreensão individualizada do mesmo (36).

Segundo Lagache (28), o psicodiagnóstico, como uma parte cognitiva do método clínico, utiliza técnicas e procedimentos para reunir os dados de que necessita. Existem dois tipos de dados a obter: os somáticos e os psicológicos. Os somáticos são muitas vezes indispensáveis para o entendimento dos psicológicos. Para obtê-lo recorre-se a

técnicas da fisiologia e da medicina, desde os exames clássicos até os de laboratório. Para atingir os psicológicos há inúmeras técnicas, já descritas anteriormente, como componentes do processo diagnóstico, por exemplo: Técnicas históricas (histórico do caso, através de entrevistas e documentos), a observação clínica do sujeito propriamente dito (comunicações verbais e não-verbais, atuação na situação de exame) e o emprego de testes (provas psicológicas padronizadas com o fim de traçar um perfil psicológico do paciente).

Mas, o diagnóstico não tem como finalidade recolher uma certa quantidade de dados. O trabalho clínico nos conduz a identificar e explicar o modo de existir de um indivíduo no seu meio, num certo momento de sua vida.

Jaspers (29) diz que o trabalho do pensamento é um oscilar entre o todo e o detalhe, até que se obtenha um equilíbrio entre os dois. É justamente isso que ocorre no psicodiagnóstico. No início da avaliação há uma preocupação excessiva com os detalhes, esperando que eles modifiquem a imagem global do sujeito. Até que num determinado momento da investigação, alcança-se o equilíbrio entre os dois polos. Isto acontece quando se redige o laudo, onde todos os questionamentos feitos, o estudo do caso e a elaboração do diagnóstico propriamente dito vão conjugar-se para atender ao fim proposto.

A elaboração diagnóstica, parte da investigação onde situa-se o laudo, apoia-se em operações lógicas raras

mente descritas. Estas possuem três princípios básicos:

1º. princípio de informação

"O grau de certeza do diagnóstico é função da riqueza e da precisão da compilação dos dados" (28).

2º. princípio da coerência

"Os dados obtidos devem ser concernentes à personalidade total do sujeito considerado, dando continuidade à sua história e às suas relações com o meio. Procura-se frequentemente, diante da multiplicidade de reações, os fatores comuns que as unam" (28).

3º. princípio da economia

"A interpretação mais provável é aquela proveniente do maior número de fatos com a menor quantidade de hipóteses. Deve recorrer-se com cuidado aos esquemas explicativos" (28).

O relato diagnóstico deve ajustar-se às particularidades do caso. Conduzi-lo a um só princípio de explicação é geralmente impossível, pois pouco corresponderá à história clínica e aos fatores comuns elaborados. É necessária uma fidelidade descritiva. As interpretações devem ser adequadas aos fatos, aos dados reais. Não se deve hesitar em relatar a linguagem, pela qual o sujeito verbalizou seus sintomas. Dados como este, devem ser resguardados de uma descrição excessivamente teórica.

A realização de um laudo psicológico tem um compromisso com a lógica do diagnóstico. Ela envolve uma relação entre duas exigências do pensamento: a necessidade de coerência e de unidade por um lado, e a necessidade de realidade por outro. Neste nível, conforme Lagache (28), encontra-se o caráter fundamental de todas as condutas: "a assimilação da realidade aos esquemas pré-existentes no pensamento e a acomodação desses esquemas de pensamento à realidade".

É importante que o laudo contenha o que de melhor o psicólogo possa oferecer. As tendenciosidades devem ser eliminadas e as características nele descritas devem pertencer muito mais às pessoas que são diagnosticadas do que aos testes ou ao contexto em que são obtidas. Deve conter a descrição do mundo do paciente tal como ele é, procurando organizar os dados compilados segundo os princípios básicos das operações lógicas propostos por Lagache.

O que se segue ressaltará a posição do laudo no processo diagnóstico. Neste contexto de avaliação enquadra-se, como elemento relevante, a personalidade humana a ser descrita.

CAPÍTULO 4

O LAUDO DIAGNÓSTICO

Etmologicamente, a palavra laudo provém do latim "laudo", que quer dizer "eu louvo". Este é um dos seus significados em língua portuguesa, mas o que será aqui utilizado é o seguinte: "Laudo é uma peça escrita fundamentada, na qual os peritos expõem as observações e estudos que fizeram e registram as conclusões da perícia" (12,p.829).

Nota-se, a partir desta definição, que ele não é um instrumento exclusivo do meio psicológico. É usado por várias especialidades das ciências humanas, exatas e biológicas. Por exemplo, para a Medicina Legal, o laudo é um dos seus documentos. Inclui-se dentro da categoria dos relatórios médico-legais. Este relatório é a narração escrita e minuciosa de todas as operações de uma perícia médica, determinada por autoridades policial ou judiciária, a um ou mais profissionais anteriormente nomeados e compromissados na forma das leis. Se for ditado ao escrivão, logo depois do exame, terá o nome de auto. Caso seja redigido posteriormente por um dos peritos, chamar-se-á laudo.

Um laudo médico-legal constará de um preâmbulo, de quesitos, identificação, comemorativos, descrição, discussão, conclusões e respostas aos quesitos. No preâmbulo, coloca-se a data e especifica-se que a pedido de quem, os peritos oficiais realizaram a perícia de tal e tal caso. Os quesitos variam de acordo com a lei penal (o que houve, qual

a causa, como, etc.). Na identificação constam os dados e as características pessoais do indivíduo envolvido. Na parte referente aos comemorativos, se o paciente estiver vivo, são os informes dados pelo próprio; caso não, o relato do fato ocorrido por outras pessoas que presenciaram as circunstâncias em que se deu. A descrição deve ser feita com precisão e fidelidade, pois dela depende a perícia médica (que tipo de lesão, quais os seus detalhes quanto à dimensão, coloração, etc.). A discussão do caso aconselham a evitá-la, sempre que possível. Na conclusão deve ser feita uma síntese das deduções alcançadas.

Neste trabalho deter-nos-emos especificamente no laudo em Psicologia. Mas, algumas comparações podem ser feitas com o que foi acima descrito. Nota-se no uso atual desse instrumento no meio psicológico, a falta de organização formal que existe na Medicina Legal. Também, uma negligência em definir quem o requisitou e com qual finalidade, para ater-se aos limites do questionamento feito e atingir o propósito visado com o diagnóstico. Há uma diferença fundamental entre a postura de ambos os laudos sobre seus conteúdos. O laudo médico-legal aceita suas conclusões como verdades absolutas e imutáveis, não aberto às discussões. Enquanto que o laudo psicológico encara-as como verdades para aquele momento da evolução da conduta do sujeito, sendo passível de discussões e alterações.

Para L. Bellak (27), o laudo psicológico constitui uma destilação de tudo que podemos aprender sobre uma

pessoa, usando os instrumentos psicológicos, como uma afirmação de nossas teorias e hipóteses de trabalho. O laudo é um documento primário da psicologia, como ciência dos seus métodos de estudo. É um documento pessoal do psicólogo que o escreve.

O laudo dos testes revela uma mudança na comunicação entre disciplinas afins como psicologia, psiquiatria, antropologia e serviço social. Assim, o psicólogo precisa aperfeiçoar suas ferramentas de trabalho (no caso, o laudo), para fazer os demais profissionais apreenderem o que é psicológico. Mas, a remessa dessas informações deve ser na proporção da problemática que o psiquiatra ou quem as requereu, esteja capacitado a analisar.

W. Klopfer, em seu livro "The Psychological Report, use and communication of psychological findings", afirma que as descobertas dos procedimentos de avaliação psicológica são significativas, consistentes e comunicáveis. Parte do pressuposto de que as hipóteses escolhidas nos testes, mesmo que especulativas, podem ser avaliadas por demonstração lógica e empírica.

Segundo esse seu enfoque e, depois de observar que a maioria dos laudos eram escritos contando mais com a sorte do que com qualquer treino, estudo ou padrão de referência, é que Klopfer estimulou-se a rever sistematicamente o assunto.

4.1 Objetivos

Uma situação diagnóstica envolve o paciente a ser testado, os instrumentos com os quais se avalia, o psicólogo em si, o laudo e o receptor do laudo. Partindo dessa colocação, pode-se discriminar os objetivos do laudo diagnóstico. Eles dizem respeito a três diferentes pessoas que participam do processo:

- a - aquela pessoa que requereu a avaliação;
- b - o psicólogo que a providencia;
- c - o cliente, cujo futuro pode estar contido nesta avaliação.

a - Objetivos segundo o requisitante da avaliação:

O pedido de avaliação pode partir de qualquer indivíduo, que queira tecer algumas considerações sobre o outro. É importante a discriminação da razão específica da requisição para obter-se um laudo mais preciso. As informações são fornecidas sob a forma de um documento, geralmente escrito, para que possa ser útil aos propósitos relacionados com o cliente.

Hammond e Allen (em 27) afirmam que o laudo existe com a finalidade primeira de atender as necessidades do paciente. Assinaiam que o usual "laudo psicométrico" é estereotipado e, de natureza "quantitativa", fazendo-o decair em sua utilidade. São laudos em que o profissional preocupa-se muito mais em especificar os escores obtidos nos testes, do que relacioná-los com os demais dados. Parecem sem

lógica qualquer para aqueles que não lidam diretamente com a análise quantitativa dos testes.

De acordo com o ponto de vista desses autores, o laudo deve ser adaptado ao leitor. Por isso, sugerem que ele seja conhecido, para que se assegure o atendimento de suas exigências e também, sua compreensão. Advertem se possível descrever comportamentos específicos e prever outros, fazer recomendações a longo e a curto prazo, não se esquecendo de fazer-se compreendido.

Há diferentes tipos de laudo, dependendo do relacionamento da psicologia com o requisitante. Isto nos faz ressaltar a importância que tem o nível de educação e treinamento do leitor. O laudo torna-se progressivamente mais simples ou não, respeitando o grau de conhecimento daquele que o lerá. Muitos conceitos usados rotineiramente no trabalho clínico, por exemplo, "Complexo de Édipo", são complicados para certos leitores. Portanto, devem ser traduzidos numa linguagem que comunique a qualquer um o que ocorre. Cada colocação complexa pode ser traduzida numa terminologia compreensível.

Além disso, Holzberg, Alessi e Wexler (1951) acrescentam que o laudo deve corresponder ao questionamento feito, incluindo evidências encontradas nos testes. Sugerem ainda, que o psicólogo clínico não se restrinja às comunicações formais do laudo, participando livremente de qualquer discussão, independente das limitações das descobertas psicológicas (em 27).

Para eles, o debate aberto com o requisitante de ve ser levado em consideração, porque este sente-se, muitas vezes, frustrado por achar que o laudo escrito é a úni ca via de relação entre ele e o psicólogo. A comunicação oral suplementar traz vantagens como: clarificação de fatos não entendidos, discussão de discrepâncias e novas revelações. Além do mais, o relacionamento pessoal e profissional entre o requerente e o psicólogo clínico aumenta e melhora, pela possibilidade do contato frequente.

Para Klopfer (27), o objetivo do laudo é definido por certos tipos de requisitantes, por exemplo:

- Os psiquiatras frequentemente enviam casos para o psicólogo clínico. Alguns restringem, de antemão, o seu papel na avaliação e não aceitam suas opiniões, como se estas fossem lhe roubar o destaque no diagnóstico. Apesar disso, querem sua ajuda no avaliar e no planejar os tratamentos, respeitando o psicólogo com o qual se associa.

Adams (2) pesquisou sobre a contribuição do diagnóstico psicológico no psiquiátrico, através do uso dos lau dos. Os resultados indicam que estes têm significância em não mais de 16% dos casos. Os demais tornam-se sem efeito devido ao status psiquiátrico.

Moore, Boblitt e Wildman (2) citam que os próprios psiquiatras reclamam do pouco uso que fazem dos lau dos psicológicos, mesmo que sejam de ótima qualidade. Afir mam que se lhes dessem a oportunidade de escolher a forma

de laudo que empregariam, eles não aumentariam sua atenção para este instrumento.

Hartlage (2) diz que os psiquiatras consideram o conteúdo típico do laudo psicológico, como tendo pouco valor no planejamento do tratamento.

- Se o requisitante for um clínico geral, que não lida com psiquiatria, mas acha essencial conhecer determinados dados psicológicos para lidar com seus pacientes, ele confia excessivamente no laudo para tomar suas decisões médicas. Atribui ao psicólogo muita responsabilidade. Por isso, este deve lhe fornecer as informações de modo acessível e relacionadas com os problemas que geraram a avaliação.

- Quando o requisitante é um indivíduo cada vez mais distante em interesses e em linguagem comuns à psicologia, é importante que o psicólogo clínico faça o laudo apropriado, não esquecendo os cuidados com a terminologia.

- Os professores também utilizam os laudos psicológicos. O psicólogo deve mostrar ao professor as limitações preditivas de seus instrumentos. Deve enfatizar, a necessidade que ele, professor, tem de informações específicas sobre as quais precisa apoiar suas decisões administrativas. As discussões orais facilitam a comunicação escrita, pois os laudos também são válidos para leigos. Muitos os utilizam como formalidades em suas rotinas de trabalho.

Sabe-se que existem vários tipos de requerentes de laudos. Todos seguem o mesmo objetivo: pedir informes psicológicos que os auxiliem de modo prático a tomar decisões sobre determinada pessoa. Conseqüentemente, esperam que o psicólogo clínico esteja equipado para fornecê-los.

b - Objetivos segundo o psicólogo clínico

Presume-se que um psicólogo clínico maduro profissionalmente, consiga determinar a natureza de suas motivações ao escrever um laudo. Certamente, está motivado pela vontade de ajudar ao requisitante e ao cliente. Por conseguinte, comunicará seus achados, tornando clara a problemática e qual a melhor maneira de resolvê-la.

Constata-se que sua motivação para redigir a síntese diagnóstica pode também ser impulsionada pelos seus desejos de status, prestígio ou de impressionar o leitor com suas habilidades. Pode usar, ocasionalmente, sua hostilidade e agressividade, dirigidas a alguma pessoa envolvida, por meio do laudo. Pode envolver-se com o paciente, não mantendo a neutralidade adequada, ressaltando assim uns aspectos em detrimento de outros (27).

Apesar de citadas, espera-se que estas distorções não estejam presentes como objetivos do psicólogo ao elaborar um laudo. Talvez, o treinamento recebido em psicodiagnóstico influencie em parte a maneira do profissional atuar; pois, por outro lado, conta com a participação ativa de suas características pessoais.

O psicólogo precisa desenvolver-se como pessoa e paralelamente adquirir seu crescimento profissional através de um aprendizado disciplinado. Isto é, ter a oportunidade de escrever laudos diversos, observar sua aceitação pelos diferentes campos que o requisitaram e saber adaptá-los a vários padrões de referência. Portanto, deve estar atento a todos estes fatores para proporcionar laudos mais equilibrados, onde incluirão as fraquezas e sucessos do paciente.

O escrever e o apresentar um laudo é um trabalho de troca. Ele requer que o psicólogo formule claramente suas idéias acerca do cliente, de modo que não-psicólogos possam entendê-las e haja o mínimo de interferências subjetivas.

c - Objetivos segundo o cliente

Para um cliente, o objetivo de um laudo psicológico é explicado conforme sua situação momentânea. Se ele estiver ciente de suas dificuldades emocionais, o laudo é encarado como um meio de ser melhor compreendido e de receber o tratamento apropriado. Por outro lado, justamente por estar mais cômico de suas carências, pode considerar o procedimento psicológico como supérfluo e ressentir-se do tempo perdido em sua execução.

À medida que o sujeito não pediu uma ajuda diagnóstica para suas dificuldades, o exame psicológico é vivenciado como uma invasão em sua privacidade. O laudo atua

como um documento persecutório, designado para "sujar" seu nome e seu caráter.

É necessário frisar que dentro da ética, nenhum psicólogo clínico dará cópias de seu laudo ao paciente ou comunicar-lhe-á seu conteúdo exato. A interpretação das descobertas psicológicas é parte integrante do aconselhamento ou da terapia. Portanto, deve ser lida neste contexto (27).

Comumente encontra-se adolescentes sendo encaminhados para uma avaliação psicológica, para a qual não foram consultados. Para eles, suas dificuldades não são tão acentuadas como para seus responsáveis. Há então, sentimentos de invasão por um processo em que a ansiedade é crescente, cujos resultados são ameaçadores e que poderão denegrir sua imagem, dependendo do uso feito pelo laudo. Por estas razões, é essencial contar com o apoio do paciente, na resolução de participar ou não, de um psicodiagnóstico.

Deve-se esclarecer ao cliente, que o laudo psicológico realiza-se em seu benefício. Nem quem o requisitou ou o próprio psicólogo não o usarão em seu detrimento. Pois nele está descrito seu quadro de personalidade, que deve ficar resguardado de todos os tipos de problemas pessoais.

Klopfer (27) sugere que antes que seja apresentado em sua forma final, um laudo possa ser apreciado pelo menos por duas pessoas. A finalidade é eliminar, o quanto possível, os efeitos de objetivos pessoais, preconceitos ou

projeções existentes.

Resumindo, observa-se que: o requerente do laudo solicita informações que possam auxiliá-lo e espera que o psicólogo clínico esteja capacitado para fornecê-las. O cliente tem como meta a compreensão e o sucesso do tratamento de suas dificuldades, mas sentindo-se como parte influente do trabalho clínico. É importante que ele perceba se atuante na situação diagnóstica.

Quanto mais claro e discernido esteja o papel do cliente, tanto para o psicólogo como para o requisitante, menos ambos tenderão a usar a testagem como um exercício intelectual. Estarão mais conscientes, que estão lidando com uma pessoa que os procurou em busca de ajuda. Se o objetivo de auxiliar o paciente não puder ser alcançado com o laudo psicológico, sua utilidade básica é duvidosa. Portanto, sua função precisa ser repensada.

O psicodiagnóstico pretende avaliar processos da personalidade, que interagem para determinar a conduta dos indivíduos. A partir daí, ter-se-á a confirmação ou não das hipóteses formuladas e aspectos específicos do caso em estudo, que serão redigidos no laudo. Pressupõe-se que assim, ele acompanhará a pretensão básica do diagnóstico e atenderá ao cliente.

4.2 Estruturação do Conteúdo

O problema mais comum encontrado ao tentar-se em pregar habitualmente o laudo psicológico para fins práticos -

cos é a falta de uma linha diretriz e de estruturação de seu conteúdo. Devido a inexperiência e ao pouco treino, este instrumento torna-se um amontoado de informações. Há o acúmulo de um certo número de observações indigestas e uma lista de sinais e indicadores referindo-se à problemática do indivíduo. Qualquer tentativa de aplicá-los adequadamente é inútil, pois não há coerência e unidade nos comportamentos descritos.

Garfield, Heine e Leventhal (1954) após examinar alguns laudos, criticaram a ausência de clareza e nitidez em relação aos problemas a serem mencionados. Apontaram que a organização presente era pobre e não havia referências comportamentais; somente as evidências encontradas na testagem. Concluíram que o uso dos dados dos testes psicológicos nos laudos é um assunto bastante delicado (27).

É importante a centralização adequada do conteúdo do laudo psicológico para as situações clínicas em que é utilizado. Há necessidade de traçar-se um perfil nítido do paciente, coerente com a sua maneira de interagir com o meio e focalizando o núcleo da problemática apresentada.

Existem situações em que o diagnóstico é inevitável e outras, em que não. Por exemplo, em situações médicas como em hospitais neuro-psiquiátricos ou em clínicas de saúde mental, com equipe interprofissional, geralmente preocupam-se em classificar o paciente. Classificação essa, que baseia-se parcialmente nos resultados do exame psicoló

gico. Entretanto, o essencial da nosologia pode ser distorcido pelas verbalizações e pensamentos do psicólogo. Ele pode estar tão envolvido com a patologia e com a anormalidade, que falha no reconhecimento das capacidades e potencialidades individuais. Há uma preocupação exagerada com o patológico, que pode conduzi-lo a um uso excessivo dos sintomas diagnósticos. A maioria dos quais, surge da comparação de pacientes diagnosticados como possuidores de uma certa "condição psiquiátrica" com um "grupo de controle normal". Esse procedimento é perigoso e desaconselhável, principalmente quando não há um estudo de validação e uma definição do que é "normal ou patológico" para aquele(s) profissional(ais). Muitos desses sintomas não são discriminatórios. Identificam os quadros psiquiátricos, sem os distinguir entre si.

Neste caso, o diagnóstico pode contar com a colaboração dos testes psicológicos, porque eles salientam os fenômenos sob o nível da comunicação privada. E, estes, por sua vez, integram-se com os dados conscientes e da comunicação pública obtidos por psiquiatras, assistentes sociais, etc., como parte da avaliação compreensiva do indivíduo. Há, então, uma preocupação com a captação dos motivos que impulsionam tais comportamentos do paciente, além da apreensão dos modos de vivenciar as experiências e de certos elementos constitutivos de sua vivência.

Portanto, o diagnóstico não se reduz exclusivamente a classificações nosológicas. Há ocasiões em que a

categorização do paciente não é o fim. Por exemplo, quando o cliente apresenta condições psicossomáticas claramente definidas. Torna-se difícil para o psicólogo requisitar estereotípias comumente usadas. A classificação aqui é subjetiva, dependendo mais da capacidade de compreender do que de explicar.

Observa-se que a testagem distingue os "sinais de agressividade, de homossexualidade ou esquizofrênicos" com a mesma facilidade. Os psicólogos utilizam essas indicações sem qualquer reflexão sobre o que realmente indicam. Este é o risco existente, quando a confiabilidade é grande em dados sem estudos de validação, que Hooker (1958) demonstra em seu trabalho sobre homossexualidade (27). Ela compara dois grupos: um grupo de controle de homens que jamais apresentaram desvios sexuais e um grupo de homossexuais bem ajustados. Foram aplicados o Rorschach, o TAT e o MAPS. Entre suas conclusões temos que o homossexualismo como entidade clínica não existe e suas formas são tão variadas como da heterossexualidade. Acha que o homossexual possa ser um desvio do esquema sexual dentro da normalidade e que, talvez haja uma desadaptação social que se expressa através da área sexual. Por fim, ela afirma que os sinais descobertos por diversos autores como identificadores de homossexuais emocionalmente desestruturados, não são úteis quando aplicados aos bens ajustados na sua homossexualidade ou na heterossexualidade. Seu estudo adverte da ameaça que há, quando confia-se somente num enfoque dado a deter-

minados sinais.

De qualquer modo, é importante a contribuição do psicólogo clínico para o diagnóstico, seja empírica ou logicamente. Deve citar em seu laudo, os resultados dos testes que apontem para uma desordem de personalidade ou outro dado confiável. Mas, deve cuidar para que o conteúdo estruturado no laudo, não esteja cheio de racionalizações. Não é obrigado a formular proposições diagnósticas, caso não esteja compreensível a dinâmica do paciente (27).

Há outras situações em que as sugestões podem diminuir as dificuldades do paciente, através de manipulações ambientais. Por exemplo, planejando diferentes tipos de tratamentos no caso de hospitalização da pessoa ou, conjugando tratamentos médicos e psicológicos. São interferências no meio do indivíduo, que não dependem de sua participação direta. As informações contidas no laudo psicológico são úteis para orientar os profissionais no planejar do tratamento, que é uma das funções do psicodiagnóstico.

Klopfer e Suczek (27) em contato com um grupo de profissionais de uma seção de um hospital neuropsiquiátrico realizaram o seguinte trabalho: perguntaram a todo o staff, qual era a categoria nosológica do paciente, em relação ao número de variáveis de personalidade, após a discussão e apresentação detalhada do caso. Encontraram alta confiabilidade de julgamento para os itens enfocados mais especificamente e com detalhes. Para os demais, não se manifestaram.

Analogamente, dá-se a contribuição do psicólogo para o planejamento dos tratamentos. Ela será mínima, se os leitores escolhem, de antemão, os elementos nos laudos, que fazem uma alusão indireta das implicações que conduzem à indicação do tratamento. Um laudo constitui a fonte de apoio, quando focaliza a natureza e a extensão dos meios da personalidade do paciente, os níveis em que existem as dificuldades e a possibilidade de impedir uma crise. A colaboração do psicodiagnóstico é preditiva neste caso, porque tenta antecipar como o paciente responderá a intervenção terapêutica. As suas medidas armam o psicólogo clínico com informações sobre o processo de personalidade, que facilitarão decidir qual o tratamento apropriado. Por isso, terapeutas experimentados encontram valor no laudo diagnóstico (27,46).

Affleck e Strider (3) constataram que um laudo bem nítido e estruturado surte efeito no manejo do paciente. Entre os vários profissionais consultados 24% consideram-no útil e 52% admitem ter mudado o rumo do tratamento ou das decisões sobre o paciente após lê-lo.

Sabe-se que os resultados dos testes psicológicos têm utilidade para qualquer ocasião em que há intera-ção de pessoas, com fins diagnósticos ou terapêuticos. Daí a necessidade de constar do laudo os dados comportamentais encontrados sem ambiguidade, traduzidos adequadamente para quem os requisitou, conforme seu nível de conhecimento. O objetivo principal é beneficiar o próprio cliente.

Não se deve esquecer a ressalva feita por Hammond e Allen (27) que, às vezes, são vários tipos de leitores para um mesmo laudo psicológico. Geralmente, não é possível personalizar a estruturação do seu conteúdo, atendendo às características individuais de cada requisitante. Portanto, sugerem a adição de um "laudo verbal", no qual os pontos de vista de cada profissional podem ser debatidos.

O laudo psicológico torna-se cada vez mais importante, à medida que o psicólogo sente-se livre e aberto para receber contribuições de fontes não tradicionais, como: assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. Assim, estes terão abertura para a requisição direta de laudos, quando necessário, sem a interferência dos médicos.

No caso de pesquisas ou para apreciações clínicas, solicitam ao psicólogo a predição de determinados aspectos do comportamento. Ullman, Berkman e Hamister (1958) aconselham que nestas situações, o melhor é usar uma bateria de testes, contendo medidas operacionais das variáveis consideradas, e que tenham mostrado previamente sua eficiência (27).

É essencial que o núcleo de um laudo psicológico, contenha a avaliação do indivíduo justificada pelos instrumentos empregados. No seu conteúdo, devem haver proposições de solução para o problema em questão. Mas, para isso, elas precisam conter um certo grau de certeza. Graue, que o psicólogo conseguirá transmitir desde que aperfei

çoe-se como clínico mais do que como psicometrista.

Por exemplo: o caso de um adolescente encaminhado para o exame psicológico pelo Serviço de Psiquiatria de um hospital, porque "esquecia muito". Os instrumentos utilizados forma entrevistas com o responsável (uma senhora i dosa que o adotou), com o rapaz e o WISC. Nos contatos man tidos com ambos diversas vezes, constatou-se; a existência de comprometimento na área intelectual (comprovado poste - riormente pelo teste), a capacidade de estabelecer conta - tos sociais adequados com o meio, a falta de condições eco nômicas para tratamentos prolongados ou escolas especiais e a consciência que tinham das limitações presentes. No conteúdo do laudo enviado pelo psicólogo ao psiquiatra havia a avaliação do rapaz, justificada pelas técnicas emp gadas e a proposição de solução para o problema em pauta: um rapaz de 14 anos, com déficit de inteligência, mostrando dificuldades de concluir parte do 1º grau referente ao antigo primário, sendo criado por uma pessoa de idade avan çada com poucos recursos financeiros. O aconselhamento foi feito no sentido vital, aproveitando as preferências pro - fissionais apresentadas pelo examinando (Senai ou Marinha), esclarecendo-o das oportunidades ao seu alcance e enfati - zando a continuidade do tratamento neurológico, que vinha realizando.

Para adquirir esta "atitude clínica" no psicodiag - nóstico, que refletirá na formulação do conteúdo dos lau - dos, o psicólogo depende do aprendizado especializado que

recebe. A preparação para reconhecer formas psicopatológicas e lidar com pessoas com diferentes distúrbios ou defeitos físicos, auxilia a interpretação dos resultados obtidos. Permitirá que faça uma adequação dos níveis de atuação dos indivíduos, digerindo bem para si as informações, antes de transmiti-las sob a forma de laudo escrito (47).

O psicodiagnóstico para ser útil, deve adaptar-se a esquemas estabelecidos e não utilizar termos do jargão psicológico no conteúdo do laudo. As conclusões obtidas devem ser explicadas objetivamente, distinguindo quais são as inferências subjetivas e quais são as opiniões baseadas firmemente nas evidências (23).

Ao elaborar um laudo, o psicólogo deve questionar-se, se está examinando dimensões da personalidade ou entidades das doenças. Sempre há confusões quando estas referências não estão distinguidas (23).

4.3 Estilo

Sente-se que o estilo do laudo psicológico é vital na facilitação ou na dificuldade do processo de comunicação (27). Processo este, que constitui o meio de acesso que o homem tem para qualquer situação vivencial, que venha a defrontar-se.

Conforme J. Weakland (44), "a comunicação é concebida como um conceito fundamentalmente interativo, interrelacional. Seu principal interesse não está dirigido para propriedades de mensagens ou para indivíduos isolados; e

sim, para os traços que caracterizam a interação de pares ou grupos de indivíduos". Portanto, a comunicação é um fenômeno intrinsecamente humano, através do qual a linguagem exerce sua função primária.

Toda comunicação humana tem uma fonte (pessoa ou grupo de pessoas) com um objetivo (razão para empenhar-se em comunicar), que é expresso sob a forma de mensagens (tradução de idéias, objetivos e intenções em código). Os objetivos da fonte são traduzidos numa linguagem pelo codificador. Este é responsável pela expressão das idéias sob a forma de mensagem, que é transportada através de um canal. Por meio de um decodificador (traduz a mensagem a ser usada), o canal a faz chegar ao seu destino (receptor da comunicação) (7).

Parece-nos que o laudo, como tem sido aqui descrito, participa de um processo de comunicação no trabalho clínico. Ele atua como o transmissor de uma mensagem codificada de um emissor para um receptor específico, que a compreende, atingindo um fim determinado.

A iniciativa da operação de transmissão e da maneira como executá-la pertence ao emissor. Ele conhece a mensagem a transmitir, que não é só o que quer dizer. Há o receptor, que a conhece também, e dá-se conta do que o primeiro quer expressar.

Tudo que um emissor deve fazer para transmitir uma mensagem é indicá-la ou denotá-la, a fim de que o re-

ceptor a conheça. O modo como é denotada constitui o estilo, no qual a operação é feita. Este estilo nos leva a uma indicação, que constitui o fenômeno da conotação. Para denotar uma mensagem ou para indicá-la ao receptor, o emissor produz um sinal em determinadas circunstâncias. O sinal é um indício, que indica a sua pertinência a classe constituída por seu significado. Assim, todo indício resulta de correspondências que há entre os significados e a classe de sinais chamada significantes. A pertinência do sinal a um significante implica a da mensagem ao significado correspondente.

O significado de um sinal é uma classe composta de mais de uma mensagem. É necessário que se saiba qual das mensagens deste significado é a que o emissor quer transmitir. Por isso, uma mensagem é denotada pelo sinal e pelas circunstâncias que acompanham a produção do sinal, que dão uma indicação adicional (44).

Para Prieto (44), a mensagem é um conceito que denota um elemento psicológico ou subjetivo, um conteúdo da consciência do emissor.

Daí, a importância do estilo do laudo, pois ele coopera para a denotação adequada das mensagens transmitidas por seu intermédio. O psicólogo ao redigir o laudo, traduz as vivências e os informes do cliente sob um aspecto formal, que muitas vezes é o reflexo do seu padrão profissional. A linguagem atua neste instrumento psicológico,

como mediadora. Isto é, através da interpretação dos significados, ela expressa a realidade do emissor (cliente) para a do receptor (requisitante). O conteúdo do laudo é compreendido ou não, em função do estilo linguístico empregado.

Hammond e Allen (27) recomendam a maneira de expressão direta, franca, que enfatize a exatidão, a integração e a legibilidade. O tom, de preferência, deve ser quase literário. Sustentam que modificações fora dos lugares, verbos passivos e referências indefinidas devem ser evitadas, porque conduzem a ambiguidade.

Para promover a integração do estilo do laudo sugerem para o conteúdo: uma introdução sumária, colocação prudente de títulos, construção paralela, cadência e organização de parágrafos. Se o problema na comunicação for gramatical acrescentam sugestões como: eliminar palavras supérfluas, encurtar o pensamento, usar sentenças de tamanho razoável e construções lógicas, com pontuação adequada para auxiliar a legibilidade.

O laudo deve ser impessoal, não dirigido diretamente ao leitor. Gírias não devem ser empregadas tal como expressões coloquiais. Para alcançar a objetividade, o próprio processo cognitivo ou perceptual precisa ser salientado.

Esses autores afirmam que se o conjunto de regras for seguido, surgirá um estilo de laudo, que comunicará suas

descobertas mais efetivamente (27,p.13).

Austin Foster (1951) conduz o assunto noutra direção. Postula regras simples com o intuito de guiar o psicólogo clínico no estilo do laudo que redigir. Inclui a eliminação da linguagem profissional, a omissão de nomes de testes específicos e a vontade do psicólogo explicitar quando suas conclusões não fazem sentido.

Klopfer cita alguns estudos realizados para demonstrar que "o estilo do laudo pode influenciar a comunicação". Primeiro tem-se Forer (1950) que considera que a validação "empírica ou pessoal", como experiência subjetiva de um psicólogo clínico, é frequentemente devida a falsa segurança obtida pelo uso de traços de personalidade "universais" em seus laudos e em seu pensar. Este falso sentimento de segurança é semelhante ao ganho com a interpretação de certos testes projetivos, como o Szondi - suas interpretações são tão gerais e universais, que se aplicam a qualquer pessoa (27,p.14).

Forer aplicou um "teste" num grupo de estudantes. Apresentou a todos interpretações ou resultados que eram quase idênticos. Virtualmente, cada um deste grupo sentiu que a interpretação era unicamente aplicável a si. Eles avaliaram o teste como "muito bom". Assim, o autor considerou-o válido. A partir daí, formulou sugestões para os laudos psicológicos. Afirma que se as interpretações se apoiam em termos concretos, não há necessidade de truques

para impressionar as pessoas. Talvez, a aceitação dos laudos deva-se principalmente as técnicas verbais empregadas e não, a exatidão das interpretações ou a descobertas significativas. Muitos psicólogos impressionam-se com as qualidades literárias e racionalizações usadas num laudo, mesmo que não haja referências aos dados necessários.

Sundberg (1955) pareou interpretações verdadeiras do MMPI com interpretações estereotipadas e falsas. Os sujeitos testados receberam duas interpretações, uma sua e outra, estereotipada. Pediram-lhes para selecionar qual melhor adaptava-se a sua personalidade. A seleção não mostrou diferenças significantes entre as falsas e as verdadeiras. O que este estudo nos sugere é o questionamento do critério de validade pessoal, que é colocado em dúvida. Não há críticas ao MMPI, mas sim a habilidade do psicólogo de aplicar com exatidão e especificidade suas descobertas para um determinado sujeito numa situação particular e única (27,p.14).

Tallent (1958) colaborando com a hipótese de que o estilo do laudo pode influenciar a comunicação, distinguiu certos estilos típicos deste instrumento psicológico:

- a) O estilo "Barnum" (Poderia ser considerado como estilo "circense")

São laudos de pouca substância, que contêm universalidades e ambiguidades. Neles, os pacientes são inevitavelmente descritos como tendo características como "di

ficuldade de expressão de seus impulsos instintivos", "falta de integração completa ou de atualização", ou "potencial de inteligência alto para o atual funcionamento". Tais colocações são suavemente depreciativas ou sutilmente li-sonjeadoras. São aplicáveis à maioria das pessoas.

O uso deste tipo de laudo é uma tentação para os psicólogos clínicos atuando como consultores na indústria (27,p.16).

b) O estilo "Aunt Fanny" (estilo "consultório sentimental")

É o estilo de laudo que contém informações que são verdadeiras para qualquer pessoa. Embora, a maioria dos psicólogos clínicos negue que seus laudos se encaixem neste estereótipo, nenhum pode negar a presença de algumas colocações tipo "Aunt Fanny", em muitos deles.

Quantos não teriam, pelo menos uma vez, descrito um dado paciente como possuindo "homossexualidade latente", "ansiedade masturbatória", "um conflito entre dependência e independência", "alguma ansiedade", "algum enfraquecimento da eficiência intelectual", "imaturidade", ou "falta de habilidade para expressar seus impulsos agressivos e hostis" (27,p.16).

c) O laudo "Madison Avenue" (laudo "sofisticado")

Infelizmente, alguns psicólogos clínicos empregam habitualmente este tipo de laudo, como um meio de resolver suas dificuldades interpessoais.

O psicólogo insinua-se com outros profissionais, mais comumente com os médicos, através do uso do exame psicológico. Este atua como desculpa, para oferecer racionalizações, que justifiquem as colocações, ao invés de comunicar descobertas.

Muitos comportam-se desta forma por razões socialmente aceitas e justificáveis. Por exemplo, um iniciante em psicologia descobre que um paciente é homossexual. Cuidadosamente, procura nos testes aplicados dados que sirvam como "sinais de homossexualidade". Seu laudo, portanto, conterá uma descrição clássica da homossexualidade, que pode estar mais ou menos racionalizada, a partir dos elementos da testagem. Mas, a descrição realizada dependerá de sua habilidade como psicólogo clínico. Preocupado com a clareza, pode descuidar-se de fatos úteis para a avaliação do cliente. Destaca então, aspectos da patologia e da personalidade da pessoa em questão, que são irrelevantes.

Podem ocorrer também motivações negativas para a redação de um laudo. Por exemplo, um paciente é indicado para submeter-se a uma avaliação psicológica com suspeita de determinada patologia. O psicólogo clínico inclina-se a negar a sua existência. Por conseguinte, seu parecer tenderá a desaprovar a hipótese de quem o remeteu e argumentar que tal condição não existe.

O essencial para o paciente é justamente apontar o que ele tem, mais do que o que não possui. Isto é, for-

necer uma síntese diagnóstica com as características relevantes, que o auxilie posteriormente.

Entretanto, o laudo "Madison Avenue" tem pouca utilidade para os clientes, pois sua posição não é bem definida. Não se sabe se serve para conciliar alguém ou se é uma expressão de hostilidade (27,p.17).

d) O Laudo Científico (laudo "austero e sério")

O laudo científico tem um estilo que destaca a certeza, a integração e a legibilidade, tal como descrito por Hammond e Allen. Além de clareza e individualidade como afirmaram Forer, Tallent, Foster e outros.

As colocações tipo "Aunt Fanny" não precisam ser dispensadas totalmente. Mas, devem ser individualizadas para terem valor. Por exemplo, é útil discutir o conceito de homossexualidade em relação a determinado paciente: origem, dificuldades que causa, manifestações, reações interpessoais e intrapsíquicas, entre outras mais.

Do laudo "Madison Avenue" salva-se a descrição das razões para se chegar a uma conclusão diagnóstica final. Isto é, quando suspeita-se de determinada patologia, as características da personalidade devem ser diluídas a partir das bases teóricas e empíricas, que nos levam a este raciocínio.

As regras de educação e cortesia também estão presentes nos laudos psicológicos. Quando for dirigido a cole

gas profissionais, cuidado com as atitudes condescendentes ou defensivas, que devem ser evitadas. Explicações como "contrariando às recomendações do assistente social" ou "apesar das descobertas psiquiátricas", certamente não facilitam o processo de comunicação, nem aprimoram o estilo do laudo (27,p.18).

Dos tipos de estilos de laudo descritos por Tal lent, parece que o "laudo científico" é o mais adequado. Ele ressalta a acuidade, a individualidade, a objetividade e não apresenta ambiguidade. Em outras palavras, neste est ilo condensam-se as qualidades positivas dos demais aqui ci tados.

A partir do momento que observa-se que o uso correto da linguagem no laudo é importante, o aperfeiçoamento de sua maneira de escrever correta e aprimorada facilita a comunicação clínica e diminui, em parte a problemática daí decorrente.

Para alcançar este propósito, o psicólogo clínico atravessa etapas em seu aprendizado, nas quais emprega todos estes estilos de laudo. Pressupõe-se que possa em alguma época redigir um laudo científico, que é uma compilação técnica e formal aperfeiçoada dos demais.

4.4 Linguagem

Um laudo psicológico deve ser redigido num português compreensível e comunicável. Mas, para garantir sua invulnerabilidade e segurança, muitos psicólogos utilizam

o jargão profissional. Linguagem esta, quiça significativa para eles, mas de pouco valor para qualquer um que a leia. É como se ao usar este linguajar comum à psicologia, criassem uma mística em torno do laudo fornecido.

Em qualquer situação, o conceito de linguagem técnica varia conforme os leitores, que receberão o laudo. A não compreensão muitas vezes não reside na palavra em si, mas na conceituação implícita. Os psicólogos manipulam conceitos das teorias em que apóiam-se na redação dos laudos. Para aqueles que os desconhecem, sua presença naquele documento psicológico é totalmente injustificada. Por exemplo, nem todos podem alcançar a relação entre o "Complexo de Édipo e as atitudes para com uma mulher".

Foster (27) opõe-se explicitamente ao uso que o psicólogo faz da linguagem técnica dos testes como um meio de comunicação. Palmer concorda com esta opinião.

Holzberg, Alessi e Wexler (27) questionam se o uso do jargão técnico realmente contribui para o reconhecimento de uma pessoa cientificamente treinada. Acham que isto só pode ser demonstrado quando o psicólogo apresentar evidências lógicas e convincentes, como suporte de suas interpretações e generalizações. Perguntam-se também, se o uso desta terminologia, soando como uma erudição científica, não resultará no isolamento do psicólogo de seus colegas profissionais.

Uma das pesquisas mais importantes sobre o uso da linguagem nos laudos é de Grayson e Tolman (1950). Esses autores escolheram vinte e oito laudos psicológicos, nos quais selecionaram cinquenta termos relevantes. Cada um deles foi apresentado dentro de um contexto ilustrativo a vinte psicólogos e dezessete psiquiatras, que funcionaram como juizes. Seu trabalho consistia em definir estes termos com suas próprias palavras. Os resultados de maior interesse obtidos foram:

- Os psicólogos são geralmente mais eloquentes e prolixos que os psiquiatras nas definições que propõem. Talvez seja devido às suas características temperamentais, que os levam a uma pretensa intelectualidade, ou, porque sua formação acadêmica é longa, conduzindo-os a situações em que utilizam explicações em excesso, dando a impressão de um eterno explicador, inclusive em outros contextos.

- Os psicólogos, em geral, são mais intelectuallizados e fazem mais rodeios para chegar onde querem.

- Há diferenças marcantes entre psicólogos e psiquiatras, na atribuição de significados aos cinquenta termos.

- Há muitas diferenças individuais dentro de ambos os grupos, sendo que entre os psiquiatras, elas são maiores. O resultado sugere que embora, os psicólogos tenham a idiosincrasia como grupo, tornam-se mais compatíveis e confiantes quando opõem-se aos psiquiatras.

- A maioria dos termos foi definida vagamente e com negligência pelos dois grupos de juizes.

Os vocábulos empregados no estudo são comuns e rotineiros na vivência psicológica. Há distinção entre as explicações fornecidas a um mesmo conceito por psicólogos e psiquiatras, que são interessantes. Por exemplo, "agresão" foi definida como "uma atitude positiva" ou como "comportamentos hostis"; "ansiedade" foi definida fisiologicamente pelo grupo de psicólogos e mais dinamicamente pelos psiquiatras. Os psicólogos tentaram dar um tom científico às suas colocações, fazendo analogias com exemplos da química e da biologia. Os psiquiatras tenderam a explicar-se psicanaliticamente, embora muitas de suas definições estivessem mais de acordo com o uso corrente do termo (27,p.54).

Além da problemática relativa a conceituação dos termos técnicos da psicologia, nós lidamos também com o "jargão dos testes". Cada teste tem sua linguagem própria, sendo que algumas são prontamente reconhecidas. Por exemplo, se mencionarmos W%, contaminação ou confabulação, logo se associará a terminologia do Rorschach. O perigo existente é relativo aos novos significados, que estes termos adquirem na psiquiatria em geral ou na linguagem diária.

A maioria dos testes utiliza uma simbologia determinada, que varia de um para outro em significado. Isto é, o significado particular do símbolo não é mantido o mesmo para todos os testes. Por exemplo: o K no teste de Rorschach significa resposta "cinestésica" determinada pe-

la percepção de uma figura humana viva e em movimento, segundo a Codificação de Ombredane-Canive (6); no Szondi, o fator K, implica em narcisismo, egoísmo, autismo, um encerrar-se em si mesmo (43) e no MMPI, o K refere-se às atitudes exageradas de defesas egônicas ou a aparência de adequação (mentira).

Todo cuidado ao usar tal terminologia é pouco, pois corre-se o risco de não se fazer entender pelas pessoas que lerem o laudo. Principalmente se os seus sistemas de referência forem diferentes. Escrever um laudo repleto de palavras mirabolantes da psicologia, leva ao oposto, este linguajar conduz a redação de uma síntese diagnóstica pobre de organização e estilo.

Por isso, no psicodiagnóstico cada teste psicológico é encarado como um meio e não um fim. Assim, o psicólogo interpretará mais os seus resultados como expressão dos comportamentos, não se restringindo a classificações ou ordenações de dados.

A linguagem orientada por um teste apresenta vantagens no treinamento de estudantes de psicologia, porque ela proporciona um ponto de referência, de onde podem partir as hipóteses diagnósticas. Com a ajuda do supervisor, a necessidade de empregar essa linguagem diminui gradativamente. Apesar de justificado seu uso, tem-se que admitir que ela dificulta a comunicação. Parece que o mesmo ocorre quando o psicólogo ou o aluno de psicologia adere a uma

determinada posição teórica. Inicialmente, todos os vocábulos utilizados na redação do laudo são aqueles, cujos conceitos são implícitos. Posteriormente, com o treino e aprofundamento nos conhecimentos espera-se que se desprenda deles e comunique-se mais facilmente.

O trabalho de Grayson e Tolman, segundo Klopfer (27,p.56), demonstrou como é difícil obter uma comunicação adequada entre psicólogos e psiquiatras, mesmo empregando termos comuns a ambos. Presume-se que a diferença seja proveniente, em grande parte, da formação acadêmica e clínica desses profissionais. Talvez, o psicólogo como mais novo neste campo de atuação, sinta necessidade de exibir - se intelectualmente. Mas, por causa disso, não é preciso obrigar o leitor leigo em psicologia a entender expressões como "esquizofrenia crônica", "personalidade histérica", "labilidade emocional" ou "padrões de estímulo-resposta".

Tornando o linguajar menos preso a técnica profissional, simplesmente tentando explicar-se, provavelmente o psicólogo será compreendido pelos profissionais de outras áreas e até, por leigos. Basta que traduza alguns vocábulos para "potencial intelectual", "educável", ou "treinável".

Há certas circunstâncias em que admite-se o jargão profissional. Por exemplo, quando o psicólogo atua em situações psiquiátricas em que todos do grupo de trabalho são treinados nesta área. O único cuidado é verificar se

o termo usado, possui o significado correto no laudo, obedecendo os parâmetros dos testes ou da teoria em que se apoiou.

Portanto, ao escrever um laudo, o psicólogo deve sentir-se livre para empregar certas palavras, que façam parte das vivências do requisitante. Se for um médico clínico, fazer uso de termos médicos; se for um educador, vocábulos pertinentes à sua área.

Além de questionarmos na linguagem de um laudo toda a problemática do uso do jargão técnico e profissional, precisamos lembrar que conhecimentos do português básico são imprescindíveis. Pois, a finalidade desse instrumento é comunicar ao seu requisitante, de forma compreensível, a síntese dos informes obtidos em prol do bem-estar do paciente.

Esse português básico refere-se desde o emprego adequado de verbos, pronomes, substantivos, adjetivos, etc., até o vocabulário literário usado. Um laudo mal redigido, com erros gramaticais de sintaxe e de semântica, não consegue transmitir seu conteúdo com legibilidade.

Não se pode esquecer que a linguagem tem a função organizadora da mensagem (26). E, a realidade do laudo é a troca de mensagens, que precisa ser explícita, coerente e organizada. Daí, ser inevitável a preocupação com a estruturação da linguagem no seu conteúdo. Estruturação esta, que tem funções denotativa, referencial e cognitiva,

conativa e emotiva ou expressiva (26).

Por exemplo, ao invés de usar o termo "empatia", porque não dizer "o paciente compreende e se interessa pelos sentimentos de outros, desde que ele possa sentir a vivência desse outro como sua"?; ao invés de "impotência", dizer "o indivíduo sente-se constantemente inadequado ao lidar com situações complexas do dia a dia. Sente-se sem força quando defronta situações que requerem certo empenho de sua parte"? Tem-se que admitir que as sentenças ficam mais longas, mas muitas vezes precisa-se desta simplicidade para ser entendido sem distorções.

O laudo de um psicodiagnóstico, para ser útil, deve adaptar-se aos esquemas já estabelecidos para onde são enviados. Não se servir de termos ininteligíveis para o requisitante, pois não comunicará seu conteúdo a contento. Parece que estimular o psicólogo a desenvolver uma forma de comunicação mais espontânea, partindo de suas próprias fontes seria uma boa solução. Pois, estar-se-ia encorajando-o como pessoa a exprimir-se contando com suas potencialidades. O psicólogo disporia de suas habilidades comunicativas (escrita, palavra, leitura, pensamento...), de suas atitudes (para consigo, para com o assunto, quanto ao destino do laudo) e do seu nível de conhecimento, favorecendo as relações interpessoais em jogo. (7)

Ao incitar o psicólogo clínico a este tipo de colocações, não se deve esquecer que "qualquer comunicação seria impossível na ausência de um certo repertório de possibilidades pré-concebidas ou representações pré-fabricadas" (26).

4.5 Organização do Laudo Diagnóstico

A organização do laudo psicológico é um dos problemas relevantes, que existem no momento de redigi-lo. Tanto o profissional como o iniciante em psicologia clínica confundem-se. O laudo torna-se um labirinto de dados não relacionados, somente com um sumário no final mais organizado e conciso.

Na organização do laudo estão indiretamente envolvidos o objetivo de realizá-lo, a maneira de estruturar seu conteúdo e o estilo de expressão; além dos conhecimentos da própria psicologia. Por isso que aqueles que não conhecem a dinâmica da personalidade ou da patologia frequentemente estruturam-no, dando a impressão que os testes são o objeto da investigação. O cliente em si fica relegado ao segundo plano.

Para Klopfer, existem diversas formas de organizar um laudo. Entre elas temos:

a) Laudo orientado por uma Teoria:

Esta modalidade de organização merece consideração especial, embora seja rara, segundo este mesmo autor. Opinião esta que discordamos, pois desde que o psicólogo pos

sua um embasamento teórico consistente em conhecimentos e no qual acredite, a maioria dos laudos escritos por ele, refletirão sua posição. Por exemplo, um psicólogo que se - gue a psicanálise provavelmente usará em seu laudo refe - rências aos estágios do desenvolvimento psicosexual, ao Complexo de Édipo ou a liberdade da libido agir, quando for preciso. Pode concluir também, que muitas revelações são necessárias para se conhecer o material reprimido, antes do indivíduo ser propriamente avaliado e sua patologia discutida.

Há o psicólogo clínico que para atuar cientificamente, necessita apoiar seu laudo em termos da teoria da aprendizagem. Ao invés de psicoterapia refere-se ao con - dicionamento, ao invés de meio fala de estímulos externos, os vários tipos de comportamento do paciente tornam-se respostas, assim por diante.

Existem várias linhas teóricas para se seguir ao se escrever um laudo. Cada psicólogo o fará, organi - zando-se dentro dos parâmetros de sua teoria, seja beha - viorista, psicanalítica, ou qualquer outra. E, isto ocorre mais comumente do que Klopfer aponta.

A organização do laudo é estimada considerando se sua capacidade de se comunicar aos diferentes leitores, que lhe terão acesso. A inconsistência teórica faz com que o paciente seja descrito em linhas gerais, revelando pouco de seu conteúdo psíquico. Dá a impressão, que quem o redigiu abusa dos resultados dos testes para justificar

seus estereótipos (27,p.20).

b) Laudo orientado por Testes:

Esta forma de laudo é usualmente empregada para ressaltar fontes de informação e discutir detalhadamente de onde provêm as interpretações. Atribuem duas razões para os profissionais servirem-se deste procedimento. A primeira delas é a necessidade que o treinamento possui de avaliar o trabalho diagnóstico de um estagiário em psicologia. Para isso, o supervisor dispõe do laudo escrito, como a única forma de julgar o aproveitamento do aluno. Assim, a comunicação de conclusões diagnósticas é sacrificada pelo treinamento. A eficiência desse treino deve ser seriamente questionada, pois o laudo diagnóstico fica com a responsabilidade de comunicar ao supervisor como é a performance do estudante. Fato este que pode ser feito também por outras tarefas.

A segunda razão é a necessidade de citar "evidências", que não deve ser confundida com o uso dos dados dos testes para ilustração. Algumas suposições mostram o porquê da exigência do psicólogo clínico em substanciar suas conclusões citando "evidências dos testes". Uma delas é que as qualidades preditivas dos testes psicológicos são tão óbvias, que qualquer pessoa verá na descrição de um dado fenômeno o que a analogia comportamental sugere ou o que o diagnóstico clínico demonstra inevitavelmente. Outra suposição é que as interpretações psicológicas

levantam suspeitas, a não ser que sejam documentadas. Isto dá-se com frequência na psicologia. É preciso que ao caracterizar o paciente, o profissional confie no seu julgamento e na sua sensibilidade clínica. Esperando assim, que seus colegas aceitem suas colocações sem precisar especificar concretamente os fatos que o levaram a tais conclusões.

É difícil entender os motivos que levam o psicólogo a assumir que deve documentar suas interpretações. Sem dúvida, um deles, é o desejo de impressionar os outros profissionais e às vezes, os clientes. Também, a necessidade de superar os sentimentos de insegurança e inadequação, citando o que supõe ser "científico" para favorecer seu desempenho particular (27,p.22/23).

Hammond e Allen (27) afirmam que as descobertas psicológicas devem ser apresentadas como um todo coerente. O que é irrelevante e insignificante deve ser omitido. Para eles, reportar os dados dos testes psicológicos obedecendo a sequência do exame feito, é um insulto ao leitor, pois não é nada funcional. Foster concorda que a discussão dos testes, um por um, no laudo é desnecessária (27,p.24).

Palmer critica o laudo orientado por testes. Sustenta que o conceito de teste como uma amostra do comportamento de um indivíduo em particular, raramente é evidente. Frequentemente, as redundâncias são abundantes. A

integração só se dá no sumário. O argumento fica sem conclusão. Considera que este tipo de organização favorece a indução de interpretações de um teste para outro. Assinala que o laudo restringe-se a uma parte do teste, que encabeça o parágrafo. Lida então, com colocações muito concretas, falhando na generalização do seu significado para o paciente em questão. Aponta uma única vantagem deste enfoque, que é a obtenção de variadas contribuições dos diferentes testes e suas aparentes incongruências (27).

Na defesa das "evidências dos testes" há autores como Holzberg, Alessi, e Wexler (27), que acham que o conteúdo do laudo deve conter colocações concretas, interpretações e generalizações.

Por exemplo, observemos parte de um laudo organizado a partir dos testes aplicados:

"... No Binet, seu QI é 74. O rendimento desse teste classificou-se como marginal, evidenciando grande imaturidade em relação à figura humana; deu respostas precipitadas sem a mais elementar elaboração mental. No Teste de Madeleine Thomas: criança introvertida, profundamente desajustada em relação ao grupo infantil, cujo contato teme e desperta ansiedade, reprime seus impulsos de independência e autonomia como medida de segurança, a fim de adiar o mais possível seu compromisso com as obrigações escolares. A mãe surge como uma figura mais punitiva da família. Pela atitude que manteve durante a prova e pelo

receio em responder certos itens, vimos que se trata de criança profundamente insegura, coartada e com sentimento de solidão e abandono decorrente de frustração afetiva. No teste de Rorschach: personalidade introversiva com vida interior rica, afetividade reprimida, sinais de oposição que dirige contra si mesma. Os conteúdos de despersonalização nas pranchas relativos à figura materno e paterno, evidenciam a precariedade das relações com essas figuras, donde suas dificuldades de integração social..."

Um laudo desta qualidade torna difícil a compreensão de paciente descrito. Ressente-se da falta de prudência nas observações, que estão isentas de qualquer sequência etiológica ou abstração adequada dos traços de personalidade do sujeito. O material torna-se sem significado para os profissionais ou qualquer outro requisitante que não estão familiarizados com os instrumentos usados e seu linguajar próprio. Para aqueles que já os conhecem, não é necessária esta preocupação. Os dados dos testes são úteis para ilustrar o caso, não sendo substitutos da interpretação.

c) Laudo orientado pelo Problema:

Este laudo é redigido a partir da problemática proposta por quem envia o cliente.

A maneira de realizá-lo segue a linha de Hammond e Allen descrita anteriormente. Isto é, deve ser funcional, adaptado ao leitor e o material irrelevante omitido.

do.

Muitos o preferem em relação ao estereotipado "dinamicamente orientado". Pois, este último, discute todas as facetas da personalidade e da patologia do indivíduo; deixando ainda, o leitor em dúvida qual é a opinião do psicólogo sobre o assunto vital.

Holzberg e outros (27) assinalam que, na maioria das situações clínicas, não é possível ou não é desejável, estender-se em demasia na testagem. A avaliação deve limitar-se a explorar as áreas diretamente ligadas ao problema.

Palmer aponta duas tendências inerentes ao laudo orientado pelo problema. Primeira, a avaliação e a discussão restringem-se ao questionamento proposto e negligenciam os demais aspectos do funcionamento individual. Limitam a contribuição dos testes empregados, não utilizando a capacidade integral da bateria. Podendo conduzir ao descuido das hipóteses etiológicas e da interrelação entre as dificuldades individuais e outros aspectos do comportamento. A segunda tendência diz respeito a fundamentação do problema proposto pelo requisitante, que consequentemente pode refletir o modelo teórico deste, favorecendo determinadas nosologias.

Apesar disto, Palmer frisa que há uma obrigação ética no ensino da psicologia que reduz os efeitos acima explicitados: a promoção do conhecimento de todos os

pontos de vista possíveis.

Klopfer (27,p.28) opõe-se a esta orientação da investigação psicológica. Justifica-se dizendo que os profissionais fora do âmbito da psicologia clínica, que fre - quentemente requisitam os pareceres, não possuem familiaride suficiente com esta disciplina para lidar com determinadas recomendações. Portanto, não são capazes de proce - der com exatidão com as contribuições fornecidas.

Enfatiza que muitas vezes, um competente psicô - logo pode ser melhor aproveitado como um consultor clíni - co. O que se quer dele é o seu julgamento profissional ba seado, nos instrumentos que escolheu para empregar.

Espera-se que um psicólogo maduro profissional - mente encare seu trabalho de avaliação como global. Embo - ra, destacando o problema indicado por quem enviou o paci - ente, não se restrinja a ele, apontando outros que estejam presentes. O próprio código de ética do psicólogo afirma sua responsabilidade para com a sociedade e para com o bem estar do cliente.

d) Laudo orientado pela área de Personalidade:

Este tipo de organização de laudo focaliza mais o paciente do que as fontes de informação.

Hammond e Allen realçam que a organização geral do laudo deve acompanhar as limitações do leitor e suas habilidades para seguir as recomendações. Ela deve ir de en

contro com as necessidades particulares do requisitante para proporcionar informes funcionais. Assinalam que o objetivo e o sumário redigidos no início adquirem relevo especial. Mesmo assim, um laudo pode não preencher os propósitos visados.

Por exemplo, quando uma criança é avaliada: um laudo escrito sob a forma de um parecer breve contendo informações específicas, pode ter utilidade para a orientação educacional de sua escola; um laudo "oral" é transmitido à professora, focalizando qual poderá ser sua ajuda dentro da sala de aula para problemas particulares; também, com a mãe a comunicação pode ser oral, mostrando-lhe como cooperar para o bem-estar e ajustamento da criança. Não deve esquecer de valorizar o bom relacionamento necessário entre casa-escola.

Palmer refere-se a esta organização de laudo como "orientada para o paciente". Sugere que se comece com um sumário das características conhecidas e encobertas do cliente. Em seguida, uma descrição do seu comportamento manifesto. O mais importante é ter sempre o paciente como o centro das atenções, mais do que os testes, sua consistência teórica e compreensibilidade. A finalidade básica deste laudo é centralizar, o mais possível, a descrição e a explicação do comportamento no próprio cliente, sem sujeitar-se aos instrumentos empregados ou às limitações da situação. As teorias e as hipóteses não devem ser omitidas,

mas utilizadas sem a falsa conotação de certeza.

Comparando esta forma de organizar o laudo com a anterior, temos a impressão de que esta é uma redução do campo antecedente. Pois, a personalidade pode constituir um problema proposto, não sendo possível o inverso. Os problemas podem ser provenientes de áreas intelectuais, motoras, sociais, entre outras, que por mais que se limite a exploração sempre envolverão de algum modo dados da personalidade.

e) Laudos da Psicologia do Ego:

Os parâmetros teóricos da Psicologia do Ego são seguidos na elaboração deste laudo. Bellak (1954) foi quem mais o discutiu. Este, trata de focalizar essencialmente os sucessos e fracassos do indivíduo ao lidar com as situações de vida. Desvia-se da tendência tradicional, que destaca a patologia.

Na Psicologia do Ego, a fantasia tem propriedades adaptativas. Não é somente válvula de escape para os impulsos frustrados. Consequentemente, os dados obtidos através das técnicas projetivas podem ser analisados como tendo valor adaptativo ou como sendo áreas de conflito. Nesse sistema, o que é registrado pelos instrumentos projetivos traz conteúdos latentes e manifestos, que participarão dos objetivos do diagnóstico e do prognóstico.

O ego funciona regulando e permitindo ajustamentos, ao invés de envolver dificuldades. Atua como uma variável interveniente importante entre os dados dos testes e o comportamento inferido. As indicações patológicas são consideradas como defeitos do ego. As regressões egóicas podem ser diferenciadas claramente da falta de vontade de ajudar-se no manejo de situações difíceis.

Tal laudo analisa as defesas, presentes ou não, em termos de adequação ou inadequação nos relacionamentos interpessoais. Nenhuma interpretação é feita sem clarificar os estímulos e o organismo que produz a resposta final. Contém uma descrição das necessidades e da estrutura da personalidade do indivíduo, não esquecendo as concepções que ele tem de si mesmo e que o mundo tem sobre ele, em nível consciente e comportamental (27, p.30/31)

Logo que se inicia a exposição da parte referente aos esquemas organizacionais do laudo, cita-se o laudo orientado por uma Teoria. De acordo com nossa maneira de ver, ele abrange todo e qualquer modelo teórico da psicologia. Portanto, não entendemos porque Klopfer precisou destacar a Psicologia do Ego. Para nós, ela encaixa-se perfeitamente na primeira forma de organização de laudo, possuindo como qualquer outra teoria seu corpo de conhecimentos próprios, que o psicólogo que a segue recorrerá no momento de escrever a síntese diagnóstica.

Revedo esta classificação proposta por Klopfer, perguntamos se não é possível reduzi-las a três categorias mais abrangentes. Proporíamos a permanência do laudo orientado por uma Teoria, por Testes e pelo Problema; pois, achamos que o laudo orientado pela área de Personalidade inclui-se no último e o da Psicologia do Ego, no primeiro.

4.6 Revisão e Proposição de Novos Esquemas de Organização

De acordo com as sugestões de vários autores há esquemas específicos de organização dos laudos.

Para Palmer, a sequência é a seguinte: primeiro figuram as fontes de informação, seguida pelos testes de observação do comportamento, da análise dos resultados e o sumário. Os testes sem nenhum dado particular são considerados fontes de informação. As observações referem-se às atitudes da pessoa durante momentos diferentes do exame, suas reações frente aos diversos estímulos. A tentativa de comunicar como funciona dinamicamente o paciente e como originam-se seus padrões comportamentais, situa-se na análise dos resultados. No sumário, além dos dados já explicitados, deduz-se conclusões relativas ao comportamento do paciente, a partir das descrições precedentes. Este autor reforça a importância da discussão oral com o requerente, como um suplemento para o laudo escrito.

A sugestão formulada por Holzberg, Alessi e Wexler é similar a anterior. Subdividem o laudo em partes co

mo motivo da requisição, observações comportamentais, análise dos dados e conclusões. Entretanto, a diferença principal reside na atenção especial dada a inteligência. Analisam-na separadamente, apoiando-se na controvérsia de que a inteligência serve como ponto de referência, sem o qual não se pode interpretar o resultado dos outros testes. Esse argumento parece destacar a idéia de que os resultados do teste de inteligência refletem a patologia existente no paciente, mais do que proporcionam dados para a sua compreensão.

Hammond e Allen propõem começar um laudo com a exposição dos objetivos e um sumário "em aberto". Nele serão redigidas as informações conforme as necessidades da situação, a partir das linhas gerais traçadas anteriormente.

Uma exposição detalhada de como escrever um laudo psicológico é apresentada por Lodge. Suas proposições vão desde o tipo de lápis e papel a usar, passando por considerações sobre qual o limite de tempo a empregar na redação de cada etapa e qual o comprimento das sentenças até quando submetê-lo a uma supervisão (27,p.32/34).

Como vemos, todos apresentam inúmeros pontos em comum para organizar um laudo. Inclusive se nos reportamos ao capítulo sobre processo diagnóstico, no qual acatamos a formulação de A. Macedo Queiroz (36) encontramos pontos de contato com estes aqui.

Mas, para Klopfer havia ainda muitos problemas que não foram resolvidos por estes esquemas. Psicólogos e alunos de psicologia sentiam deficiência na redação e na organização de seus laudos, e isso influiu na situação de treinamento. Provocava muita hesitação no ato de confeccionar um laudo, tanto no ensino como no uso profissional. Necessitavam de alguns parâmetros concretos para apoiarem-se. Daí, partiu a estimulação de Klopfer para desenvolver um método novo de organização de laudos psicológicos.

Em linhas gerais, seu método é o seguinte:

Quando um estudante recebe um paciente para avaliação, acompanhado de seu supervisor, escolhe a bateria de testes que usará apoiado na utilidade das informações que busca. Sua escolha é ditada em parte, pelo que sabe da deficiência dos instrumentos e pela sua adequação ao paciente. Pede-se ao treinando que adapte as técnicas escolhidas, a partir das hipóteses sugeridas e discutidas. O supervisor deve enfatizar que os planos para a testagem diagnóstica estão sujeitos a mudanças, se a situação exigir. Pois, é difícil prever a reação do cliente diante de certos estímulos.

O resultado da testagem dependerá da relação interpessoal estabelecida entre paciente e examinador. Como também, da flexibilidade deste último ao lidar com situações transacionais. Após a aplicação da bateria de testes,

é feita a contagem dos escores da mesma. Posteriormente, o aluno realizará a análise dos dados (27,p.35).

Para registrar as hipóteses, Klopfer idealizou um quadro, como o abaixo, para que o supervisando encaixe, os dados colhidos, de acordo com a área que pertençam e com o teste que os indicou (27,p.36):

TESTES APLICADOS	TAT	BENDER	RORSCHACH	WAIS
Comportamento durante o teste				
Aspectos intelectuais da personalidade				
Aspectos afetivos da personalidade				
Áreas básicas de conflito				
Técnicas adaptativas e desadaptativas				
Indicadores diagnósticos				
Implicações prognósticas				

Para o autor, arrumando as hipóteses desta forma, facilitam-se as inferências. Além do que, a exploração de cada instrumento separadamente, nos permite observar as inconsistências e incongruências da personalidade do cliente. Ele define assim as áreas discriminadas no quadro de hipóteses:

- Comportamento durante o exame - contém a enumeração do desempenho do paciente durante a avaliação em cada situação estimuladora. É essencial anotá-los separada-

mente, pois há variação na estrutura de um teste para outro. Esses comportamentos podem modificar as interpretações das técnicas usadas ou o seu valor preditivo. Como reage a testes semi-estruturados (como os projetivos) e aos estruturados (WAIS, WISC)? Quais são as suas reações de sucesso e/ou fracasso? A relação interpessoal entre examinador e cliente é uma fonte rica de hipóteses interpretativa. As reações do paciente refletem suas preocupações e sua patologia, verbalmente expressas ou não.

In Forma

- Aspectos intelectuais da personalidade - A eficiência intelectual é importante para a escolha do tipo de tratamento mais eficaz para a reabilitação do cliente. É muito comum basearem-se somente neste resultado para essa análise. Esquecem-se que através de outros testes também pode-se estimar os aspectos intelectuais. Deve-se tomar cuidado ao apontar a diferença existente entre o potencial e a eficiência atual do sujeito. É imprescindível, ao levantar esta hipótese, buscar as causas presumíveis. Dentro desta categoria, deve ser explicitado o nível de aspiração do paciente e o modo como este nível se liga à realidade.

- Aspectos afetivos da personalidade - Algumas hipóteses desta área são inferidas dos comportamentos observáveis. A maneira e os meios que o indivíduo desenvolve para lidar com seus motivos e impulsos são determinados pelas suas atitudes em diferentes momentos. Pouco auxiliam os conteúdos dos testes projetivos. É uma tentativa de expli

car um modo de ser individual. Isto é, como o paciente responde às suas necessidades e como elas influenciam seu relacionamento social.

- Áreas básicas de conflito - São as hipóteses relacionadas com a etiologia subjacente ou com os fatores genéticos. Aqui, as especulações são amplas. Não se necessita de comportamento análogo para justificá-la. Se o conflito dá-se entre dois impulsos oponentes (dependência x independência; agressividade x passividade), a inferência pode ser extraída de um único teste ou de uma combinação deles. Além desse, pode ocorrer o conflito entre a expressão ou a inibição de um único impulso. Por exemplo, o desejo de expressar agressividade é inibido, por se opor ao desejo de agradar a pessoa. O psicólogo deve cuidar-se para não confundir hipóteses desta natureza, com aquelas que conduzem a predições do auto-conceito e do comportamento público.

- Técnicas adaptativas e desadaptativas - A suposição aqui é que a maioria dos traumas psicológicos envolvem a perda da auto-estima, produzindo conseqüentemente ansiedade. Supõe-se que as manobras do paciente adaptadas ou não, existem para reduzir esta ansiedade e restabelecer a condição homeostática, aumentando a auto-estima. Incluem-se entre estes mecanismos a compulsão, a projeção, o afastamento e a fantasia.

- Aspectos diagnósticos - Essa categoria contém o básico para o diagnóstico do paciente. Os dados inseri-

dos nesta classe, significam que dentro desta modalidade específica de técnica, o paciente comportou-se sugerindo um tipo particular de patologia. É a racionalização dos resultados para adequá-los às hipóteses. É preciso avaliar cada instrumento, dosando sua contribuição para a compreensão do paciente e destacando quais os aspectos participarão da conclusão final. O diagnóstico deve basear-se na integração das suposições feitas.

- Implicações prognósticas - A partir de cada colocação feita, o treinando faz uma lista separada de todas as implicações encontradas em cada teste, que dão indícios do ajustamento futuro do paciente. Se há ou não necessidade de tratamento, qual é o procedimento mais eficaz. Talvez seja importante o conhecimento das forças egônicas e o grau de desconforto que o paciente manipula; quais são os seus desejos de mudanças, e se houver, qual é o nível de ansiedade tolerada (27,p.37/49).

Klopfer menciona em seu plano a importância da atuação do supervisor em relação ao estudante em treinamento. Diz que este deve rever os testes, fazer suas próprias interpretações e examinar as elaboradas pelo supervisionando. Se algo não estiver claro, o supervisor pode pedir maiores explicações. Quando necessário, devem recorrer à literatura pertinente ao assunto. As discussões entre ambos são fontes de aprendizagem. Todas as implicações relacionadas com a personalidade e o comportamento do paciente

são verificadas e legitimadas por aluno e supervisor. Assim, a redação do laudo a ser feita pelo treinando é facilitada. O laudo é redigido a partir da integração dos dados e conforme proposto anteriormente: observações comportamentais, análise dos resultados, conclusões e recomendações. O propósito principal que é a comunicação, não deve ser esquecido.

Acreditamos que existem fatores relevantes da situação de supervisão que este autor não menciona. Sabe-se que eficiência profissional, no psicólogo, não significa necessariamente eficiência nas funções de supervisor. É apenas uma das qualificações importantes para essa função. O que caracteriza um bom supervisor é a satisfação em dividir, transmitir suas vivências profissionais, sua experiência, seus conhecimentos e sua técnica, sem contudo impor sua maneira de agir e trabalhar. Para isso, tem de identificar-se amplamente com a profissão, como também com os que iniciam, compreendendo suas ansiedades e dificuldades, mantendo, ao mesmo tempo, posição de crítica construtiva e de estímulo.

O supervisionando precisa também apresentar algumas qualificações para a especialidade clínica, no caso, o psicodiagnóstico. O relacionamento com seres humanos exige proximidade, profundidade, para compreensão e comunicação, sem perda da própria identidade e do controle da situação específica. Trata-se de poder aceitar o que vier

por parte do cliente, sem pânico ou censura, dentro dos limites da situação profissional.

A relação estabelecida por ambos é bastante complexa, pois nela entra uma terceira pessoa - o paciente - que é o foco de atenção do estudo realizado. Os dois devem trabalhar em conjunto desde o início do treinamento. A escolha dos primeiros clientes é tarefa delicada, porque precisa ser uma situação rica em oportunidades de aprendizagem, mas ao mesmo tempo, gradativa em dificuldades. Além disso, o supervisor tem de estar atento para proteger, de um lado, o cliente que, se apresentar um quadro de grande complexidade, precisa ser entregue a quem tenha maturidade profissional para lidar com ele; de outro, para proteger o próprio supervisionando que, se enfrentar situações de grande ansiedade, não terá tranquilidade para concentrar-se na técnica do psicodiagnóstico.

No encontro da supervisão, cabe ao supervisor empenhar-se para compreender o material do cliente, através da vivência de outra pessoa - o supervisionando. É o momento de revisão, de reflexão e descobrir suas falhas na sessão com o paciente. Quer dizer, o supervisor atua como um instrutor num campo aplicado da psicologia. A supervisão envolve o ensino de valores e atitudes, a aprendizagem prática e de conhecimentos teóricos.

CONCLUSÃO

Esta dissertação consiste no estudo do papel que o laudo diagnóstico desempenha no trabalho clínico. Pretende-se responder as seguintes perguntas: como se elabora um laudo diagnóstico? Qual é a sua utilidade na psicologia clínica? Que princípios e fundamentos podem regê-lo?

O trabalho inicia-se com a apresentação de duas revisões históricas: a da psicologia clínica e a do psicodiagnóstico. A primeira situa a evolução do campo clínico desde os seus primórdios com Witmer em 1892, fundamentando a primeira clínica psicológica e o começo formal da psicologia clínica; examina o advento dos testes psicológicos e sua repercussão no meio clínico, caracterizando a maneira de atuar do psicólogo nesta área; destaca o aparecimento do movimento dinâmico com Freud e Janet; aponta o aparecimento dos conflitos profissionais, principalmente com grupos médicos, aos quais é discutida a ambiguidade e o conflito em relação aos seus papéis e responsabilidades profissionais; destaca como a testagem, sendo função principal do psicólogo durante muitos anos, conseguiu, auxiliada pelas duas Grandes Guerras ampliar-se e conseqüentemente, como a psicologia organizou-se como uma profissão com entidades representativas de classe, surgindo novas oportunidades de aprendizado e de áreas de atuação como a psicoterapia. Enfim, sua importância reside na oportunidade de conhecer suas fontes, suas influências, seu progresso e como dentro de seu âmbito surgiram as funções primordiais de diagnóstico e te-

rapia.

A segunda perspectiva abrange especificamente o crescimento e as problemáticas do psicodiagnóstico, como um campo mais delimitado dentro da psicologia clínica. Sob o ponto de vista histórico, encontra-se o desenvolvimento do psicodiagnóstico desde quando o psicólogo, passivamente, aceitou os marcos referenciais existentes até alcançar gradativamente condições de reformulá-los, de acordo com estudos e pesquisas realizadas.

Por conseguinte, estas revisões conduzem-nos a questionar o status atual do psicodiagnóstico na psicologia clínica. Através deste questionamento, esclarece-se os objetivos do diagnóstico. Eles consistem no estudo aprofundado do caso individual, fornecendo parâmetros que possibilitem o psicólogo recorrer ao tratamento apropriado ou a qualquer método que ajude ao paciente a se restabelecer. O psicodiagnóstico é, também, a base do prognóstico, da discussão do caso com o cliente ou com seus familiares. Portanto, o diagnóstico diferencial tende a um fim, que abrange a explicação do modo de existir de um indivíduo, no seu relacionamento com o meio, num dado momento de sua vida.

A partir daí, é feita uma avaliação crítica da utilização e da maneira como é conduzido seu ensino dentro da área clínica. Ressalta-se a importância do treinamento do psicólogo para lidar com o psicodiagnóstico, tendo como ponto de referência sua própria existência, os conhecimentos adquiridos e sua capacidade de estabelecer relacionamentos apropriados com pessoas diversas e com diferentes

contatos com a realidade.

O interesse em examinar estes históricos e em apreciar todo o processo diagnóstico surge, a partir da constatação da falta de identidade apresentada por muitos psicólogos ao atuar em diagnóstico. Eles necessitam repetir o modelo médico, investir excessivamente nos testes ou preocupar-se em classificar as pessoas usando meios inadequados. Fatos que se agravaram, na medida que a terapia foi cada vez mais enfatizada. O próprio psicólogo cooperou para o descrédito ao assumir que o psicodiagnóstico era realmente uma função subordinada e auxiliar, principalmente da psiquiatria. Assim, o ensino, a aprendizagem e as pesquisas nesta área diminuíram bastante. Os conflitos interprofissionais intensificaram-se até a definição dos papéis ficar mais delineada.

Portanto, com a discussão de tal situação pretende-se contribuir com elementos para a reflexão sobre esta problemática. Entre outras conclusões, destaca-se que não há necessidade de apoiar o crescimento da prática terapêutica, em prejuízo do diagnóstico, que a auxilia e a completa inúmeras vezes. Pois, somente possuindo conhecimentos a respeito dos constituintes básicos da personalidade, dos métodos, técnicas e instrumentos da psicologia clínica, é que se pode aquilatar o autêntico valor do trabalho diagnóstico. Quanto mais versado nestes, o psicólogo pode discernir mais claramente as implicações clínicas e adequar melhor a terapia para seus clientes. Consequentemente, o psicodiagnóstico é um procedimento especializado, para ser usa

do quando há questões que não são respondidas de outra forma, envolvendo a testagem psicológica quando necessária.

O laudo, neste trabalho, é o instrumento destacado dentro do processo diagnóstico. Por seu intermédio é que tudo que se aprende sobre uma pessoa, usando os demais meios psicológicos, é destilado, confirmado ou recusado e comunicado, baseado nas teorias e nas hipóteses de trabalho. É um documento pessoal do psicólogo, que ao escrevê-lo assume responsabilidades sobre questões importantes da vida do paciente.

Seus objetivos são descritos a partir dos indivíduos envolvidos na situação diagnóstica. Isto é, o requerente solicita as informações que o auxiliarão no relacionamento com o paciente, esperando que o psicólogo esteja apto a fornecê-las. O cliente tem como finalidade a compreensão de suas dificuldades e o sucesso de seu tratamento.

Para atingí-los, necessita-se de uma linha direcional ao estruturar o conteúdo do laudo. É importante centralizá-lo adequadamente para cada situação clínica. Os problemas devem ser mencionados com clareza e nitidez, citando referências comportamentais e evidências dos testes, como elementos auxiliares. Nessa ocasião, deve-se ter o cuidado com o excesso de racionalizações e com as classificações nosológicas desnecessárias e indevidas.

Ao estruturar um laudo, o psicólogo propõe-se a traçar um perfil nítido do paciente, coerente com a sua maneira de interagir com o meio e focalizando o núcleo da

problemática apresentada. Transmitirá por seu intermédio, a avaliação do indivíduo justificada pelos instrumentos empregados, propondo sugestões para o problema em questão. Sua atitude clínica será, em parte, o reflexo do aprendizado especializado recebido.

A realização de um laudo psicológico tem um compromisso com a lógica do diagnóstico. Lógica esta, que envolve a riqueza e a precisão da compilação dos dados; a coerência destes dados com a personalidade total do paciente em questão, dando continuidade a sua história e ao seu relacionamento com o meio; e a interpretação do maior número de fatos com a menor quantidade de hipóteses. A sua posição é de ponto de equilíbrio do psicodiagnóstico. Nele são estabelecidas as relações entre as decisões e as conclusões, entre as características individuais do indivíduo e as leis gerais da psicologia.

O estilo do laudo é essencial no processo de comunicação clínica. Através de sua linguagem contribui para a compreensão adequada das mensagens que transmite, favorecendo interações humanas, as mais diversas. Pois, tem-se que admitir que uma das falhas na elaboração do laudo é o uso excessivo do jargão profissional, que o empobrece e envolve de "mistério" seu conteúdo.

Contudo, o mais importante é que o laudo diagnóstico contenha o que de melhor o psicólogo possa oferecer. As tendenciosidades sejam quais forem, devem ser eliminadas. As características nele descritas devem pertencer mu

to mais às pessoas que são diagnosticadas do que ao con -
texto ou aos testes em que são obtidas. A descrição do mun
do do paciente deve ser tal como ele é, atendendo às necess
sidades de coerência, de unidade e de realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

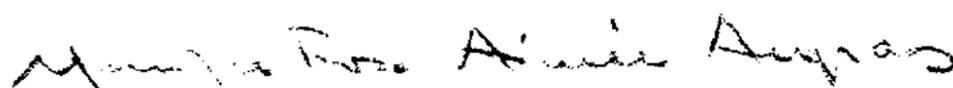
1. ABT, Lawrence E.. Progress in clinical psychology. New York, Grune & Stratton, 1958.
2. ADAMS, J.. The Contribution of the Psychological Evaluation to Psychiatric Diagnosis. Journal of Personality Assessment, 2, 561-566, (Dec.), 1972.
3. AFFLECK, D.C. and Strider, F.D.. Contribution of Psychological Reports to Patient Management. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37(2), 177-179, 1971.
4. ALLPORT, G.W.. Personalidade. S.Paulo, Ed. Herder, 1969.
5. APA Commitee on Test Standards, Technical Recommendations for psychological test and diagnostic techniques: preliminary proposal. The American Psychologist, 7(8), 461-475, (Aug.), 1952.
6. AUGRAS, Monique e outros. Teste de Rorschach: Atlas e Dicionário. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1969.
7. AZEVEDO, M.C. e outros. Comunicação, linguagem, automação. Porto Alegre, Comissão Central de Publicações, Universidade do Rio Grande do Sul, 1970.
8. BENTLER, L.E.. The therapy dyed: yet another look at diagnostic assessment. Journal of Projective Technique, 37(4), 303-309, (Aug.), 1973.
9. BERG, I.A.. An Introduction to clinic psychology. New York, The Ronald Press, 1960.
10. BEUTLER, L.E. et aliii.. Attitude Similarity and Therapist Credibility as Predictors of Attitude Change and Improvement in Psychoterapy. Journal of Cons. and Clinical Psychology, 45(1), 90-91, 1975.
11. BLATT, S.J.. The Validity of Projective Techniques and Their Research and Clinical Contribution. Journal of Personality Assessment, 39(4), 327-343, (Aug.), 1975.

12. BUARQUE DE HOLANDA, F.A. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.
13. CHEBABI, W.L. O problema da psicologia clínica. Alter-Jornal de Estudos Psicodinâmicos. Brasília, 1(4), 29-34, (jul/set), 1971.
14. CLUM, G.A. Diagnoses as moderators of the relationship between Biographical Variables and Psychiatric Decisions in a Combat Zone. Journal of Cons. and Clin. Psychol., 37(2), 209-215, 1971.
15. COCHRANE, C.T.. Effects of Diagnostic information on empathic understanding by the therapist in a psychotherapy analogue. Journal of Cons. and Clinical Psychology, 30(30), 359-366, (June), 1972.
16. DANA, R. and Leech, S.. Existencial Assessment. Journal of Personality Assessment, (5), 428-435 (Oct.), 1974.
17. _____ Teoria y Practica de la Psicologia Clínica. Version de Estela Kenigstein, Buenos Aires, Paidós, 1972.
18. DORSCH, F.. Diccionario de Psicología. Barcelona, Ed. Herder, 1976.
19. EDWARDS, D. et aliii. A consideration of the state of of the art of diagnosis in real clinical settings. Journal of Psychology, 87, 305-310, 1974.
20. ENGLISH, H.B. and English, A.C. A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. New York, Longsman, Green and Co., 1961.
21. FRAISSE, P.. Paris accueille le XXI^e Congrès International de Psychologie. Revue de Psychologie Appliquée, 26, 63-68, 1976.
22. FRANK, G.H.. Psychiatrie Diagnosis: a review of research. Journal of General Psychology, 81, 157-176, 1969.
23. GATHERCOLE, C.E.. Assessment in Clinical Psychology. England, Penguin Books Ltda., 1968.

24. GARFIELD, S.L.. Attitudes towards training in diagnostic testing: a survey of directors of intership training. Journal of Cons. and Clin. Psychology, 40 (3), 350-355, (Jun) 1973.
25. GOUGH, H.. Some reflections on the meaning of psychodiagnosis. The American Psychologist, 26, 160-167, 1971.
26. JAKOBSON, R.. Linguística e Comunicação. São Paulo, Ed. Cultrix, 1970.
27. KLOPFER, W.G.. The Psychological Report use and Communication of psychological findings. New York, Grune & Stratton, 1960.
28. LAGACHE, D.. Introduction à la Psychologie Pathologique. Bulletin de Psychologie, XI/4-5(141-142), 244-252, (Jan.) 1958.
29. LANGER, E.J. and Abelson, R.P.. A Patient by other name: Clinician group difference in labeling bias. Journal of Cons. and Clin. Psychology, 42(1), 4-9, 1974.
30. LEME LOPES, J.. O diagnóstico diferencial. Revista Brasileira de Saúde Mental. Rio de Janeiro, 1(2), 89-95, 1956.
31. LONGIN, H.E.. Perception and Symptomatic Behaviors. Journal of Cons. and Clin. Psychology, 42(6), 812-818, 1974.
32. LOURENÇO FILHO, M.B.. Visão Histórica de Lourenço Filho sobre a Psicologia do Brasil. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, 23(3), 113-153, (Set.) 1971.
33. OSBORNE, P.M.. The Medical Model Revisited: a humanistic reply. Journal of Personality Assessment, 39(4), 344, 1975.
34. PIÉRON, H.. Dicionário de Psicologia. Porto Alegre, Ed. Globo, 1966.
35. POTKAY, C.R.. The Role of Personal History Data in Clinical Judgment: a selective focus. Journal of Personality Assessment, 37(3), 203-212, 1973.

36. QUEIROZ Y PEREZ-RAMOS, A.M.. Psicologia Clínica - Técnica de Diagnóstico. Madrid, Ed. Mediterráneo, 1966.
37. REY, A.. L'examen clinique en Psychologie. Paris, PUF, 1958.
38. ROTTER, J.B.. The Future of Clinical Psychology. Journal of Cons. and Clin. Psychology, 40(2), 313-321, 1973.
39. SEMINÉRIO, M.L.T.A.L.P.. Análise e Síntese na Estrutura da Entrevista. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, PUC, Rio de Janeiro, 1972.
40. SHERBERG, K. and Keely, S.. Psychodiagnostic Training in the academic setting: past and present. Journal of Cons. and Clin. Psychology, 34(2), 205-211, 1970.
41. SNYDER, C.R. et aliii. Effects of Role Perspective and Client Psychiatric History on Locus of Problem. Journal of Cons. and Clin. Psychology, 44(3), 467-472, 1976.
42. SULLIVAN, H.S.. La Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires, Ed. Psiqué, 1974.
43. SZÉKELY, B.. Los Testes. Buenos Aires, Editorial Kapelusz, 1966.
44. VÉRON, E. et aliii. Lenguaje y comunicacion social. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1971.
45. VILLAR, A.A.. Psicodiagnostico Clínico. Madrid, Ed. Aguilar, 1967.
46. WEINER, J.B.. Does Psychodiagnosis have a Future? Journal of Personality Assessment, 2, 534-545, (dec) 1972.
47. WOLMAN, B.. Handbook of Clinical Psychology. New York, McGraw-Hill, 1965.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da banca examinadora os seguintes professores:



Monique Rose-Aimée Augras



Pedro Américo Corrêa Netto



Terezinha Fêres Carneiro

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 28/02/77



Vera Ferrão Candau
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de Teo-
logia e Ciências Humanas