

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

RODRIGO JORGE SALLES

**O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO
COM IDOSOS DEPRIMIDOS NA CLÍNICA SOCIAL**

São Paulo

2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RODRIGO JORGE SALLES

O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO
COM IDOSOS DEPRIMIDOS NA CLÍNICA SOCIAL

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

VERSÃO CORRIGIDA

São Paulo

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Salles, Rodrigo Jorge.

O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico com idosos deprimidos na clínica social / Rodrigo Jorge Salles; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2014.

172f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Envelhecimento 2. Depressão 3. Psicodiagnóstico 4. Técnicas projetivas 5. Psicanálise clínica I. Título.

QP86

O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO COM IDOSOS DEPRIMIDOS NA CLÍNICA SOCIAL

Candidato: Rodrigo Jorge Salles

Orientadora: Profa. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicologia Clínica.

COMISSÃO JULGADORA:

Dissertação Defendida e aprovada em: 25/04/2014

*Aos meus pais, Sandra e Lúcio,
Ao meu avô Raimundo Jorge.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de utilizar este espaço para agradecer a todas as pessoas que estiveram direta ou indiretamente envolvidas neste trabalho, me apoiando e incentivando em todas suas etapas.

Primeiramente, gostaria de agradecer à professora Leila Tardivo, minha amiga e orientadora, sem a qual este trabalho não seria possível. Agradeço enormemente pelas orientações, sugestões e todo o apoio oferecido durante esta caminhada.

Agradeço ao programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e seus funcionários, pela ajuda e orientações aos inevitáveis imprevistos que sempre estão presentes em qualquer trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste Mestrado.

Aos meus amigos e colegas de Pós-Graduação com quem dividi momentos de alegria, angústia e descontrações nestes últimos dois anos. Agradeço a Aline, Christiane, Demétrius, Fábio, Fernando, Loraine, Luiz Tadeu, Marcelo, Paula, Priscila, Raquel, Robson, dentre os diversos outros companheiros que tive o prazer de conhecer em São Paulo.

A todos os integrantes e colaboradores do projeto APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social pela amizade e contribuições.

À professora Vilma Couto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela amizade e apoio dado desde o início de minha trajetória profissional como Psicólogo Residente.

Aos meus pacientes, pelas experiências compartilhadas e pela confiança em mim depositada.

Às professoras Cláudia Aranha Gil e Maria Salete de Paulo pelas contribuições e pela disponibilidade em participar como membros da banca deste trabalho.

Aos meus pais Sandra e Lúcio, pelo constante apoio, amor e carinho oferecidos em todos os momentos da minha vida.

Aos meus avós Raimundo, Zilma, João e Gema, meus maiores exemplos de velhice e sabedoria.

O comandante olhou Fermina Daza e viu em suas pestanas os primeiros lampejos de um orvalho de inverno. Depois olhou Florentino Ariza, seu domínio invencível, seu amor impávido, e se assustou com a suspeita tardia de que é a vida, mais que a morte, a que não tem limites.

E até quando acredita o senhor que podemos continuar neste ir e vir do caralho? – perguntou

Florentino Ariza tinha a resposta preparada havia cinquenta e três anos, sete meses e onze dias com as respectivas noites.

Toda a vida – disse.

O amor nos tempos do cólera – Gabriel Garcia Márquez

Sumário

RESUMO.....	10
ABSTRACT	11
APRESENTAÇÃO.....	12
A - A DEPRESSÃO	16
A.1 – A Depressão na Psicopatologia Psicanalítica Contemporânea	16
A.2 – Depressão e Envelhecimento	24
A.2.1 - Depressão e Velhice: aspectos clínico-descritivos e epidemiológicos	24
A.2.2 - Depressão e Velhice: Um enfoque psicanalítico	28
B - PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO	36
B.1 – O processo diagnóstico em Psicologia Clínica: aspectos teóricos e epistemológicos	36
B.2 – As definições de Processo Psicodiagnóstico, suas etapas, objetivos e problemáticas atuais.	44
B.3 – Psicodiagnóstico Interventivo	49
B.4 – Consultas Terapêuticas: Contribuições ao Psicodiagnóstico Interventivo	59
CAPITULO II – JUSTIFICATIVAS E OBJETIVO DO ESTUDO	69
CAPITULO III – ASPECTOS METODOLÓGICOS	71
A – TIPO DE MÉTODO	71
B – PARTICIPANTES	73
C – INSTRUMENTOS	73
C.1 – Teste de Apercepção Temática para Idosos	73
C.2 – Escala de Depressão Geriátrica	74
D – PROCEDIMENTOS	75
CAPITULO IV – RESULTADOS E APRESENTAÇÃO DOS CASOS: PERSPECTIVA VERTICAL.....	77
A. – MARTA	77
A.1 – Reflexões sobre o caso Marta	77

B.1 – Reflexões sobre o Caso Antônio.....	81
CAPITULO V – DISCUSSÃO ANÁLISE HORIZONTAL E INTEGRADORA DOS CASOS ATENDIDOS	85
A – CONTRIBUIÇÕES DO CASO CLÍNICO PARA A TEORIA E TÉCNICA DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO.....	85
B – CONTRIBUIÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PARA A COMPREENSÃO DA DEPRESSÃO NO IDOSO.....	95
C – CONTRIBUIÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PARA A CLÍNICA SOCIAL.....	99
CAPITULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105
ANEXOS	116

RESUMO

SALLES, R. J. **O Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico com Idosos Deprimidos na Clínica Social**. São Paulo, 2014. 184f. Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo

Com o processo de envelhecimento populacional e as mudanças na estrutura etária da população, faz-se necessário pensar nas possíveis contribuições que a Psicanálise e a Psicologia podem oferecer para a compreensão do sofrimento e a intervenção terapêutica junto à população idosa. O presente trabalho aborda o Psicodiagnóstico Interventivo de orientação Psicanalítica como instrumento de intervenção em idosos com sintomas depressivos inseridos em contextos comunitários. Adotou-se como referencial teórico Psicanalítico as Consultas Terapêuticas de Donald W. Winnicott. Foram realizadas sessões de Psicodiagnóstico Interventivo com dois idosos em uma instituição de referência na assistência a este segmento populacional. Realizou-se um total de sete sessões acompanhadas de mais duas sessões de *follow-up*, sendo a primeira após um mês e a segunda após dois meses decorridos das sessões iniciais. Durante o seu desenvolvimento, foram aplicados os instrumentos Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A análise dos dados seguiu a proposta de estudos de casos múltiplos, realizando-se a comparação e discussão dos dados coletados durante as sessões. Pode-se observar uma remissão nos sintomas depressivos nos dois casos atendidos, constatada a partir da reaplicação da escala em três momentos deste processo. Esse enquadre também possibilitou que esses pacientes entrassem em contato com aspectos latentes de suas personalidades, que puderam então ser integrados na relação terapêutica. O estudo desses casos possibilitou a compreensão de diferentes elementos teóricos e técnicos do processo Psicodiagnóstico Interventivo, como também a compreensão das diversas funções ocupadas pela patologia depressiva na velhice. Por último, o estudo também contribuiu para a compreensão das particularidades do uso desse enquadre na comunidade, configurando-se como uma importante ferramenta para a clínica social.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Depressão. Psicodiagnóstico. Técnicas Projetivas. Psicanálise Clínica.

ABSTRACT

SALLES, R. J. **Interventional Psychodiagnosis Psychoanalytic With Elderly Depressed in Social Clinic**. São Paulo, 2014. 184f. Master's Dissertation - Institute of Psychology, University of São Paulo, Brazil.

Along with the population aging process and the changes in its age structure, it is necessary to think about the possible contribution that Psychoanalysis and Psychology can offer to the understanding of suffering and the therapeutic intervention for the elderly population. The present study brings the Interventional Psychodiagnosis of psychoanalytic orientation as an instrument of intervention for elderly with depressive symptoms inserted in the community context. It was adopted as a theoretical psychoanalytic reference the Therapeutic Consults of Donald W. Winnicott. There were made sessions of Interventional Psychodiagnosis with two elderly in an institution that is reference in the assistance of this population group. There were made, overall, seven sessions, along with two follow-up sessions, the first one after a month and the second one after two months from the initial sessions. During the development there were used the instruments Scale of Apperception Thematic (SAT) and the Geriatric Depression Scale (GDS). The analysis of data followed the approach of multiple cases study, accomplishing a comparison and discussion of the data collected during the sessions. It can be observed a remission in the depressive symptoms in both attended cases, found through the reapplication of the scale on three moments of this process. This setting also allowed the patients to get in touch with latent aspects of their personality, which could then be integrated in the therapeutic relation. The study of these cases made possible the understanding of different theoretical and technical elements of the Interventional Psychodiagnosis process, as also the understanding of the several functions of the depressive pathology in old age. At last, the study also contributed to the understanding of the particularities of the use of this setting in the community, showing it as an important tool to the social clinic.

Key words: Aging. Major Depression. Psychodiagnosis. Projective Techniques. Psychoanalysis Clinic

APRESENTAÇÃO

O tema da presente pesquisa é fruto de uma série de questionamentos com os quais me deparo desde o início da minha formação¹ em Psicologia. Durante toda minha formação, sempre encontrei pessoas com as quais foi possível dialogar a respeito da prática profissional do psicólogo, pessoas estas que me auxiliaram a ter uma postura crítica sobre a formação do psicólogo no Brasil e a necessidade de realizar práticas mais condizentes com a realidade social do nosso país.

Esses pensamentos orientaram meus interesses acadêmicos para o trabalho com populações que são pouco destacadas durante a graduação em psicologia, e em espaços de trabalho com os quais ainda não nos familiarizamos. Esse incômodo me fez optar por realizar estágios em cenários totalmente distintos da minha própria realidade pessoal, esperando encontrar nesses espaços um sentido e uma orientação para minha futura carreira profissional. Realizei estágios em comunidades carentes, instituições para menores infratores, lares para moradores de rua e portadores do HIV e Centros de Atenção Psicossocial. Apesar das constantes dificuldades encontradas em cada um desses espaços, acredito que as experiências vivenciadas foram decisivas para minha formação.

Ao me graduar, tive a oportunidade de prestar um processo seletivo para um novo programa de formação de profissionais para atuação em saúde coletiva, a Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. No ato da inscrição, eu deveria optar por uma das três áreas de concentração do programa: saúde da criança e adolescente, saúde do adulto e saúde da pessoa idosa. Nesse momento, dei-me conta de que, durante a graduação, estudara muito pouco sobre as questões ligadas ao envelhecimento. No entanto, mesmo sem nenhum conhecimento prévio sobre o assunto, optei por essa área pensando que era um vasto campo a ser explorado. Fui aprovado no processo e, dois meses após minha formatura, já estava trabalhando em hospitais, comunidades e lares para idosos. Minha curiosidade inicial transformou-se em uma paixão pelo tema, de modo que no primeiro semestre de residência eu já estava certo de que gostaria de continuar trabalhando nessa área após a conclusão da especialização.

Acredito que esses dois anos de residência me geraram mais questões do que respostas, o que, a meu ver, é o atestado de qualidade da formação que me foi ofertada. A primeira dessas questões diz respeito à incipiência de estudos e pesquisas sobre a temática do

¹ Essa parte do texto será escrita na primeira pessoa do singular, uma vez que reflete a experiência pessoal do autor que resultou nesta investigação.

envelhecimento a partir do prisma da psicologia e da psicanálise. Dei-me conta de que passamos grande parte da nossa formação dedicando-nos ao estudo das crianças, adolescentes e adultos, enquanto que, apesar do crescente processo de envelhecimento da nossa população, o idoso ainda fica à margem de nossos interesses na academia. Felizmente pude encontrar autores que, movidos pela mesma curiosidade, se dedicaram ao desbravamento desse terreno pouco cultivado. Dentre eles destaco os textos de Délia Goldfarb, Anita Liberalesso Neri, Ângela Mucida, Cláudia Aranha Gil, e da pessoa que futuramente veio a me acolher enquanto seu orientando de mestrado, a professora Leila Tardivo.

Ainda na residência, iniciei um trabalho de estudo e pesquisas na área do envelhecimento em conjunto com minha tutora e orientadora, a professora do curso de psicologia da UFTM Vilma Couto, e alguns alunos de graduação que se interessaram pela temática do envelhecimento. Iniciamos atividades na Universidade Aberta a Terceira Idade e discussões sobre outros projetos de pesquisa e extensão acadêmica. Esse ambiente me permitiu amadurecer cada vez mais meu interesse pelo tema, mas ainda existiam questões práticas sobre o fazer psicológico e o processo de intervenção junto a essa população.

Durante meu segundo ano de residência, acompanhei o cotidiano de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde no município de Uberaba-MG. As vivências junto a essa equipe e o trabalho com idosos na comunidade fizeram-me pensar sobre a forma como é desenvolvido o trabalho clínico do psicólogo nesse contexto. O cenário que encontrava diariamente era de uma grande demanda de pessoas com algum tipo de sofrimento emocional, procurando auxílio junto a uma única psicóloga que era responsável por atender a população de três Equipes de Saúde da Família nessa área de abrangência. Os resultados eram listas de esperas intermináveis e uma profissional cada vez mais descontente e desacreditada em relação ao seu trabalho.

Inicialmente optei por auxiliá-la no acolhimento dessa demanda através do atendimento em psicoterapia, mas logo percebi que se tratava de um trabalho inócuo e que eu teria de pensar em outra forma de atendimento. Pesquisei sobre trabalhos grupais, psicoterapias breves e outros enquadres clínicos que poderiam ser utilizados nesse local, e foi então que tive contato com o trabalho sobre Consultas Terapêuticas de Donald W. Winnicott.

Winnicott já era um autor com quem dialogava, ainda que de forma muito tímida. Iniciei o estudo de seus trabalhos e fui me aproximando da temática das Consultas Terapêuticas, como também do Psicodiagnóstico Interventivo inspirado nos conceitos de Winnicott. Em um clima de experimentação, sempre incentivado pela minha tutora e equipe de trabalho, comecei a usar destes enquadres nos atendimentos daquela unidade de saúde. Fiz

atendimentos na unidade, em domicílio e até mesmo em uma paróquia da região que me disponibilizou uma pequena sala para atender idosos que me eram encaminhados pelos líderes religiosos daquela comunidade. Esse crescente interesse também me fez inserir as Consultas Terapêuticas como referencial teórico e instrumento na coleta de dados em meu trabalho de pesquisa da residência, no qual investiguei o controverso fenômeno da fragilidade em idosos no contexto comunitário.

Nos períodos finais da residência, dei-me conta de que essa minha experiência poderia ser um tema relevante a ser pesquisado em um programa de Pós-Graduação. Escrevi rapidamente um projeto de pesquisa e comecei a procurar instituições e orientadores que pudessem acolher essa ideia. Durante a busca, deparei-me com o currículo de uma das pesquisadoras que escrevera trabalhos que eu já tinha tido a oportunidade de ler durante minha jornada como residente, a professora Leila Tardivo. Enviei-lhe um e-mail apresentando-me e no mesmo dia, para minha surpresa, obtive uma resposta com um convite para conversar melhor sobre a minha proposta. Algumas semanas depois eu estava em São Paulo com meu rascunho de projeto em mãos, recebendo um parecer positivo sobre a orientação.

Apresento nestas próximas páginas o resultado de toda esta trajetória de perguntas e questionamentos. O projeto em questão aborda o uso do Psicodiagnóstico Interventivo junto a idosos com sintomatologia depressiva no contexto comunitário, tendo como principal referencial teórico-clínico as Consultas Terapêuticas de Donald W. Winnicott.

O primeiro capítulo trata dos elementos teóricos que embasam esta pesquisa. No primeiro item apresento uma revisão da literatura sobre a depressão e sua abordagem pelas teorias Psicanalíticas. Para esse diálogo, foram revisados textos clássicos como “Luto e Melancolia”, de Freud, e também autores contemporâneos que abordam essa condição sob a perspectiva psicanalítica. Os dois últimos tópicos dessa discussão são dedicados à relação entre a depressão e a velhice, temática abordada sob as perspectivas descritiva e psicanalítica, visando uma abordagem complementar sobre as formas de manifestação dessa patologia na terceira idade.

Em um segundo momento dessa revisão, a discussão é direcionada para o campo do Psicodiagnóstico Interventivo. Para a realização de tal tarefa, recorro aos diferentes autores que abordam a questão diagnóstica em Psicologia Clínica, reconstruindo o caminho que consolidou o Psicodiagnóstico como uma das mais importantes atribuições do psicólogo, até a discussão das problemáticas que possibilitaram o surgimento da prática do Psicodiagnóstico Interventivo. Ao final deste item, estabeleço um diálogo com os elementos teóricos da clínica

de Donald W. Winnicott, em especial suas consultas terapêuticas, pensando nas possíveis contribuições de sua teoria para o Psicodiagnóstico Interventivo.

O segundo capítulo da dissertação trata dos objetivos e justificativas do estudo, problematizando a importância do uso de novos enquadres na clínica social, em especial, nos contextos comunitários. O terceiro capítulo trata dos aspectos metodológicos deste estudo, apresentando o método de estudo de casos, participantes, instrumentos de pesquisa, procedimentos de pesquisa e análise dos casos clínicos.

No quarto capítulo são apresentados os resultados desta pesquisa, realizando-se um resumo de cada uma das sessões, baseado na transcrição manual do material, seguida de uma breve reflexão sobre o desenvolvimento desses encontros. No quinto capítulo é apresentada a discussão integradora dos casos apresentados. Essa discussão baseou-se em três tópicos de interesse desta pesquisa: as contribuições dos casos para a teoria e técnica do psicodiagnóstico interventivo; as contribuições para a compreensão da depressão na velhice; e as contribuições desse enquadre para a atuação na clínica social. No quinto e último capítulo, são apresentadas as considerações finais deste estudo, seus principais resultados, suas limitações e sugestões para estudos futuros.

A - A DEPRESSÃO

A.1 – A Depressão na Psicopatologia Psicanalítica Contemporânea

A depressão tem sido alvo de um crescente interesse por parte da comunidade científica devido à sua elevada presença na população geral, chegando a considerá-la um dos grandes males deste século, sendo descrita pela Organização Mundial de Saúde como a segunda principal causa de afastamento de trabalho. Esta constatação convoca os pesquisadores a pensarem sobre as diversas facetas que estão no entorno deste quadro, levando em consideração seus fatores etiológicos, seus principais sinais e sintomas, suas formas de manifestação e particularidades na sua incidência em determinados grupos populacionais.

Tendo em vista o interesse particular deste trabalho pela dimensão diagnóstica e interventiva com idosos acometidos pela depressão, faz-se importante dedicar uma parte deste texto à discussão sobre o lugar da depressão nas lógicas diagnósticas tradicionais, em especial o diagnóstico na clínica psicanalítica. Esses dados irão subsidiar a discussão do material clínico desta pesquisa, possibilitando não só a distinção da depressão em relação a outras condições clínicas frequentes em idosos, mas, principalmente, verificar as particularidades de sua manifestação e as funções que ocupam na organização psíquica dos indivíduos por ela acometidos.

Na perspectiva diagnóstica descritiva, a depressão está situada nas secções de Transtornos de Humor (DSM-IV-TR) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), ou Transtornos Afetivos (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Nessas classificações os elementos mais salientes dos transtornos depressivos são o humor triste e o desânimo, associados também a uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, relativos à auto-valorização, à vontade e à psicomotricidade (DAGALARRONDO, 2008). O autor também ressalta a existência de sintomas psicóticos como delírios e alucinações em casos de maior gravidade, produções estas em que prevalecem conteúdos depressivos, sentimento de culpa e auto-recriminações.

A depender dos tipos de episódios apresentados, os transtornos de humor são classificados em unipolares ou bipolares. São considerados unipolares quando o episódio inclui apenas os sinais e sintomas de mania ou depressão ocorrendo de forma isolada, passando a ser considerados bipolares quando os episódios de mania e depressão se intercalam. A classificação de transtornos afetivos ou de humor inclui também a forma mais leve e crônica de depressão, conhecida como distímia, e a hipomania, que se configura como uma manifestação mais branda da mania. Em se tratando de um transtorno de humor unipolar

depressivo, sua classificação ainda inclui níveis de severidade, que vão do grau mais leve ao mais acentuado denominado Transtorno Depressivo Maior.

Quanto aos critérios diagnósticos, a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais utiliza como critério para a identificação do transtorno depressivo a presença de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades por um período mínimo de duas semanas. Outros critérios diagnósticos incluem a identificação de possíveis alterações no apetite, sono, atividade psicomotora, perda de energia, sentimento de culpa e menos-valia, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Percebe-se que esta condição possui um lugar bem definido quando abordada pela ótica da corrente diagnóstica descritiva. Apesar das contribuições da classificação descritiva na compreensão da depressão, do seu tratamento e do diagnóstico diferencial, existe um domínio muito singular que essas classificações não conseguem alcançar e que diz respeito principalmente aos elementos da singularidade da manifestação dessa condição em cada paciente. É de fundamental importância a articulação entre a abordagem descritiva psiquiátrica e as contribuições da Psicopatologia estrutural psicanalítica, pois isso irá auxiliar na compreensão da patologia depressiva, colocando em evidência o lugar ocupado por esta na economia psíquica de cada indivíduo (TARDIVO, 2004a).

Tendo em vista a importância dos estudos iniciais sobre melancolia para a compreensão da atual patologia depressiva, faz-se importante descrever, mesmo que de forma abreviada, o percurso histórico da melancolia desde seus primórdios até sua relação com a Psiquiatria. Será necessário também retomar os escritos de Freud, em especial seu trabalho “Luto e Melancolia”, discutindo o lugar da depressão dentro de seu processo de elaboração teórica e sua relação com a melancolia. Por último, será realizada a interlocução com psicanalistas contemporâneos com o intuito de se discutir como a depressão é compreendida na atualidade da clínica psicanalítica.

Uma parte do histórico da melancolia foi reconstituída por Roudinesco e Plon (1998) em seu dicionário psicanalítico e Pessoti (1999) em sua obra “Os nomes da loucura”. Os autores mostram que a história da melancolia é tão antiga quanto a humanidade, podendo encontrar alusões a ela na antiguidade, seja nas tragédias homéricas, como também nas descrições aristotélicas do melancólico como o gênio criador. Os heróis das tragédias gregas e os filósofos deste período seriam considerados melancólicos, pois sua tristeza estaria estreitamente relacionada com a profundidade de sua genialidade. Porém, coube a Hipócrates a primeira descrição da melancolia enquanto uma doença que tinha como sintomas: ânimo

entristecido, sentimento de abismo infinito, extinção do desejo e da fala, impressão de hebetude seguida de exaltação e uma atração irresistível pela morte, pelas ruínas, pela nostalgia e pelo luto. Utilizando-se de sua teoria dos quatro humores, Hipócrates relacionava a melancolia com a bile negra - de onde podemos resgatar o sentido etimológico da palavra, *melas* (negro) e *kholé* (bile) - situada no baço, imitando a terra e predominando no outono e na maturidade (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Na Roma antiga, a melancolia foi associada ao deus *Saturno* que teria seu equivalente em *Chronos* na mitologia grega, o Deus que castrara o pai *Urano* e devorava seus próprios filhos, restando aos melancólicos a denominação de “saturnianos”. Nesse período, manteve-se a teoria hipocrática de que a causa da melancolia seria o acúmulo de bÍlis negra no baço, como também a crença aristotélica da genialidade do melancólico, uma vez que a melancolia não acometia pessoas vulgares, mas sim sujeitos extraordinariamente inteligentes (PESSOTI, 1999).

Em 1621, o filósofo Robert Buton escreve o clássico *Anatomy of Melancholy*. Nesse período, a melancolia ganha uma conotação existencial, passando a representar o desespero do sujeito abandonado por Deus a partir da ferida narcísica causada ao homem pela queda do modelo geocêntrico. Ao fim do século XVIII, às vésperas de Revolução Francesa (1789-1799), a melancolia passa a ser o sintoma de tédio das novas classes sociais francesas diante da falência do sistema monárquico (ROUDINESCO; PLON, 1998).

É somente no século XIX que o saber psiquiátrico se apropria da melancolia com o intuito de destituí-la das conotações poético-existenciais e passa a concebê-la como uma verdadeira doença mental. A melancolia passa então por mudanças terminológicas, sendo chamada de lipemania por Jean-Étienne Esquirol ou de loucura circular por Jean-Pierre Falret, nomenclaturas que circunscrevem uma aproximação entre o estado melancólico e a mania, aproximação esta que já havia sido descrita pelo médico inglês Thomas Willis ainda no século XVII. Mas é a Emil Kraepelin, o pai das classificações nosográficas na Psiquiatria moderna, que é delegada a responsabilidade por cunhar o termo loucura maníaco depressiva, substituído posteriormente pela psicose maníaco depressiva, hoje entendida como o transtorno afetivo bipolar. Coube a Adolph Meyer a assimilação entre a melancolia e os quadros depressivos, exercendo grande influência na descrição feita nos dias de hoje sobre o quadro depressivo nos manuais diagnósticos psiquiátricos (DSM e CID).

Apesar do empenho de se enquadrar a melancolia na lógica nosográfica descritiva, esforços foram feitos para se conservar a dimensão subjetiva dessa condição. Dentre os autores que travaram esta discussão, destaca-se um dos expoentes da corrente

fenomenológica, Ludwig Binswanger, e, no campo da Psicanálise, o próprio Sigmund Freud. A escrita de “Luto e Melancolia” cumpriu um importante papel não só pela valiosa contribuição lançada para a compreensão dessas duas condições, mas também pelo próprio distanciamento da tendência de se objetificar a melancolia, desapropriando-a de sua singularidade.

Para Kehl (2009), a abordagem de Freud sobre a melancolia representou uma quebra de paradigmas em relação às correntes de pensamentos vigentes naquele período. Por um lado demonstra um afastamento da lógica diagnóstica descritiva alemã, representada por expoentes como Pinel, Esquirol e Kraepelin, e por outro, um distanciamento também da tradição existencial e poética atribuída à melancolia até o romantismo no século XIX. A leitura de Freud sobre a melancolia inaugura uma abordagem própria calcada no saber psicanalítico. No entanto, a autora adverte que essa revolução produz como efeito colateral a privatização do conceito de melancolia, que até o século XIX era entendida como um sintoma do mal-estar social, e que, a partir de Freud, se concretiza como uma patologia da esfera individual descrita em termos intrapsíquicos.

Ainda assim, importantes contribuições para a compreensão sobre a origem e o caráter da depressão podem ser encontradas na discussão sobre o quadro melancólico. Para isso, é necessário apresentar o ensaio “Luto e Melancolia”, já que seria este o ponto de virada para uma discussão psicanalítica tanto da melancolia quanto da depressão. Nessa obra de Freud, o luto e a melancolia são colocados como condições correlatas. Para Freud (1917/1974), tanto o luto quanto a melancolia são reações à perda de um objeto real, mas que podem percorrer caminhos distintos ultrapassando a normalidade factual de um período de elaboração pela perda e resultando na produção de um quadro patológico.

Freud (1917/1974) descreve os sintomas presentes nessas duas categorias: desânimo profundamente penoso, cessação do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição do sentimento de autoestima, podendo ainda contemplar insônia e redução do apetite. Para Freud (1917/1974) o único sintoma que diferenciaria a melancolia do luto normal seria a diminuição da autoestima acompanhada da auto recriminação apresentada pelo paciente melancólico.

Em termos econômicos, no estado de luto, o ego adotaria uma exclusiva devoção ao objeto perdido, desconsiderando outros propósitos e interesses. Esse processo teria seu início a partir da constatação, pelo teste de realidade, de que o objeto amado não existe mais, exigindo uma retirada da libido investida. Freud destaca que o processo de desinvestimento libidinal é demasiadamente árduo e lento, exigindo a retirada gradual da energia psíquica

investida em cada lembrança do objeto, mesmo nos casos em que um objeto substituto já se mostra disponível. Em seu curso normal, o resultado final do processo de luto é libertação e desinibição do Ego para a realização de novos investimentos libidinais.

Na melancolia, esse processo tem um desfecho diferente. Diante da perda de um objeto altamente investido, a libido não é desinvestida e deslocada para um outro objeto, mas sim direcionada ao próprio Ego, em um processo que resulta na identificação do Ego com o objeto perdido, caracterizando o eixo narcísico da melancolia e que justificaria o afastamento da realidade por parte do melancólico. Em sua célebre frase, Freud afirma que “(...) assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado (FREUD, 1917/1974 p. 281)”.

Conclui-se então que no luto o que ocorreria seria a perda do objeto, enquanto que na melancolia o processo envolveria a perda do próprio Ego. O objeto passa a habitar o Ego de forma a se confundirem, instaurando também uma das principais características da melancolia, o sentimento ambivalente em relação ao objeto. Na mesma proporção em que sente amor e devoção pelo objeto, o indivíduo também experimenta um grande ódio pelo seu abandono. Essa tendência sádica em relação ao objeto é deslocada ao próprio Ego na forma das auto-recriminações, punições e torturas nas mais variadas formas e que tem em seu extremo as tentativas de suicídio. Posteriormente, em sua segunda tópica, quando desenvolve seu modelo estrutural do aparelho psíquico, Freud (1923/1976) irá retomar esse assunto e delegar a presença de um Superego severo, o papel nas tendências sádicas e recriminatórias frente ao abandono do objeto na melancolia.

Em termos topográficos, Freud (1917/1974) afirma que, no luto, apesar de se tratar de um processo inconsciente, nada impediria a passagem pelas esferas do pré-consciente e da consciência, enquanto que, na melancolia, não existiria nada de consciente nessa perda, tratando-se de um processo essencialmente inconsciente em que o desfecho positivo recairia na compreensão de que o Ego é superior ao objeto.

Em seu trabalho sobre o narcisismo, Freud (1914/1974) retoma rapidamente a melancolia para ilustrar os processos pelos quais o Ego pode se afastar da realidade, realizando um autoinvestimento e se distanciando dos objetos externos. A partir dessa descrição, Laplanche e Pontalis (2001), com propósitos didáticos, situaram a Melancolia dentro das chamadas “doenças narcísicas” na classificação diagnóstica freudiana, local onde ela parece habitar até os tempos atuais. A única referência feita por esses autores à depressão é sobre sua associação com a mania no quadro “maníaco-depressivo”, alocado em conjunto com as psicoses.

Na psicanálise contemporânea, Zimmerman (1999) discute a existência de uma grande variedade de estados depressivos que devem ser diferenciados de outras condições como a tristeza, o luto e o conceito Kleiniano de posição depressiva. Esse autor realiza uma distinção entre melancolia e depressão, entendendo a melancolia como a introjeção do objeto perdido processada de forma ambivalente e conflituosa, e a depressão como uma condição que se encontra subjacente a estruturas como a neurose e a psicose, sinalizando que, em maior ou menor grau, todo indivíduo possui um núcleo melancólico. Porém, apesar de distingui-las do ponto de vista de sua organização, Zimmerman (1999) aponta sua incidência conjunta na depressão melancólica, quadro que contém todos os sinais e sintomas da depressão associados à ambivalência e ao conflito diante do objeto perdido internalizado, caracterizando-se como um quadro de maior gravidade.

Bleichmar (1983) afirma que a depressão não pode ser abordada no singular, como se se tratasse de uma única unidade de maneira a omitir a diversidade de quadros que recebem essa denominação. Como exemplos, o autor destaca quadros como a depressão de luto normal, a psicose melancólica, a depressão neurótica, a depressão anaclítica, dentre uma variedade de manifestações depressivas existentes na clínica psicanalítica e psiquiátrica. Sendo assim, conduz seu processo de elaboração teórica no sentido de descobrir um denominador comum a todas as entidades depressivas, buscando revelar a “essência” do fenômeno depressivo que sirva como elemento integrador dos diversos quadros clínicos.

Bleichmar (1983) critica as posições que definem o fenômeno depressivo exclusivamente pelo sentimento de culpa. Para justificar sua posição, toma como exemplo a depressão narcisista, que tem sua gênese na impossibilidade do indivíduo atingir seu ideal narcísico, ou ego ideal, aspiração que se torna um padrão de plenitude e perfeição a ser seguido. Nessa condição, diferentemente das depressões culposas, o elemento agressão-culpa não é o fator central na produção do quadro, que, apesar disso, não perde sua configuração como estado depressivo. Sendo assim, o autor irá destacar que o conteúdo do pensamento depressivo pode tomar diversas formas, mas que tem em comum uma ²“insaciável carga de anseio”, ou seja, a impossibilidade de se realizar um desejo em sua essência.

A depressão também foi abordada por Donald W. Winnicott, ocupando um lugar singular em sua teoria do amadurecimento emocional primitivo. Em “O valor da depressão”, Winnicott (1963/2005) afirma que a depressão comporta um paradoxo: ela impõe grande

² O termo em questão foi retirado por Bleichmar (1983) de uma nota escrita por Freud no anexo C do apêndice de “Inibição, sintoma e angústia”. Anseio é entendido pelo autor como uma meta inalcançável que mantém relação com a perda do objeto tornando o luto depressivo demasiadamente penoso.

sofrimento ao indivíduo por ela acometido, mas também “(...) traz dentro de si mesma o germe da recuperação” (WINNICOTT, 1963/2005, p.60). É a partir dessa perspectiva que Winnicott irá reposicionar a depressão dentro da psicopatologia psicanalítica inglesa, ampliando a discussão para seus possíveis valores, abordados a partir de três dimensões: o processo de luto, o processo de maturação e a capacidade de sentir culpa. Tendo em vista que o processo de luto contempla os elementos discutidos por Freud já descritos anteriormente, o foco irá recair sobre as outras duas dimensões.

Ao abordar o lugar da depressão no processo de maturação emocional, Winnicott (1963/2005) irá relacioná-la com a força do ego e o estabelecimento do sentido de self. Em “A integração do ego no desenvolvimento da criança”, Winnicott (1962/1983a) parte do pressuposto de que existe um Ego primitivo desde o nascimento, afirmando que a força do ego está diretamente atrelada à qualidade da função materna no processo de cuidado nas etapas primitivas do desenvolvimento. O sucesso nas tarefas de integração, personalização e realização, necessários para o estabelecimento de um ego forte e de um self bem integrado, dependerão dos cuidados de uma mãe suficientemente boa.

Quando ocorrem falhas nesses três processos descritos, a criança não é capaz de iniciar a maturação de seu ego, ou esse amadurecimento ocorre de forma distorcida. Essas falhas no cuidado inicial, em especial no estágio de dependência absoluta, podem resultar em distorções do ego a nível psicótico e no desenvolvimento de um falso-self. Dessa forma, a existência de um estado depressivo pressupõe um alto grau de sofisticação e amadurecimento do Ego, sinalizando que este não está rompido (Winnicott, 1962/1983a). Winnicott (1963/2005) associa a depressão a um nevoeiro que envolve o self temporariamente. A existência de um Ego forte possibilita ao indivíduo superar esse nevoeiro, recuperando sua saúde mental e podendo sair mais fortalecido e estável dessa experiência.

A segunda dimensão abordada por Winnicott considera o desenvolvimento da capacidade de sentir culpa. Para realizar essa discussão, o autor irá reconstituir o significado da culpa na teoria psicanalítica a partir da obra de Freud. Em “A psicanálise do sentimento de culpa” Winnicott (1958/1983a) afirma que, na teoria de Freud, a culpa é um aspecto inerente ao indivíduo, possuindo uma data prevista para seu desenvolvimento: o complexo edípico. Ao vivenciar a situação edípica, o menino é confrontado com o medo de retaliação por parte de seu pai diante de seu desejo pela mãe (complexo de castração). Como resultado, a criança experimenta uma profunda ambivalência em relação à figura paterna. Parte de sua natureza odeia o pai e quer feri-lo, e o outro lado o ama, resultando no sentimento de culpa.

Nesta perspectiva, para Freud, a culpa representa uma reconciliação entre Ego e Superego. Porém, Winnicott (1958/1983a) assinala a necessidade de se compreender o desenvolvimento da culpa em etapas anteriores à situação triangular edipiana. Influenciado pelos trabalhos de Melanie Klein, Winnicott irá discutir o sentimento de culpa não mais na relação a três, mas sim na díade mãe-bebê. Partindo do pressuposto Kleiniano de que existe um superego arcaico que auxilia no controle dos impulsos e produções primitivas do id, a ambivalência passa a ser vivenciada nesta etapa primitiva do desenvolvimento, na relação do bebê com sua mãe.

Em “O desenvolvimento emocional primitivo”, Winnicott (1945/1993) discute a existência de um estado de relações objetais impiedoso (*ruthless*) em que o bebê tem prazer diante dos ataques dirigidos à figura materna. Caso a mãe seja capaz de suportar esta ausência de compaixão, o bebê alcançará o estado de concernimento (*concern*). Ao suportar os ataques, a mãe possibilita à criança perceber que o objeto de seus ataques impiedosos é o mesmo responsável pelo seu cuidado. Alcança-se gradativamente a posição depressiva, possibilitando que a criança descubra que a mãe sobrevive a seus ataques e aceita seu gesto de reparação. Como resultado, a criança passa a aceitar a responsabilidade pelos seus impulsos agressivos, “(...) a crueldade cede lugar à piedade, e a despreocupação à preocupação (WINNICOTT, 1958/1983a p. 26)”. É nesse momento que o sentimento de culpa pode ser experimentado, sendo indicativo de certo grau de desenvolvimento emocional, normalidade do ego e esperança.

Em “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar”, Winnicott (1963/1983) retoma a questão da culpa e sua relação com a preocupação. Para o autor, a conquista da capacidade de se preocupar indica um grau de integração e amadurecimento do indivíduo, que pode transformar a culpa pela ambivalência sentida em relação à figura materna em uma inclinação para se importar, valorizar e aceitar responsabilidades. Nesse artigo, Winnicott (1963/1983) afirma que a ambivalência vivenciada pelo lactente imaturo resulta na cisão do cuidado materno. Este passa a ser percebido sob a forma de uma mãe-objeto, alvo de toda a tensão crua do instinto, e que tem como papel satisfazer as urgências do lactente, e a mãe-ambiente, que provê, sustenta e realiza o manejo global, recebendo, portanto, toda a afeição desse lactente. A preocupação surge quando é possível ao lactente unir em sua mente a mãe-objeto e a mãe-ambiente, percebendo o cuidado materno em sua totalidade e transformando a culpa em uma preocupação genuína.

Quando o indivíduo é incapaz de tolerar a ambivalência entre amor e ódio, ele não consegue estabelecer a capacidade de se preocupar, instalando-se a patologia do sentimento

de culpa. Esses casos diferenciam-se do processo descrito anteriormente e podem ser representados por condições patológicas, como a neurose obsessiva e a melancolia, que se caracterizam por uma anormalidade no superego, incidindo em um sentimento de culpa patológico (WINNICOTT, 1958/1983a). Em “A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais”, Winnicott (1958/1993) afirma que o indivíduo deprimido é aquele capaz de sentir as coisas em profundidade e assumir sua parcela de responsabilidade sobre seus impulsos agressivos.

Na perspectiva de Donald Winnicott, a depressão é retirada do âmbito essencialmente patológico, passando a ser compreendida como um período de potencialidades. Os autores parecem concordar com a importância do elemento culpa e a existência de um superego rígido na patologia melancólica, mas que, assim como aponta Bleichmar (1983), não são suficientes para explicar os quadros depressivos.

Conclui-se que a depressão ocupa dois lugares importantes na clínica psicanalítica contemporânea; é de um lado uma patologia do vazio que causa considerável sofrimento devido à impossibilidade de satisfação de um desejo, mas também, um indicativo de integração do Ego e um espaço transitório para a reorganização psíquica que, se bem sucedida, tem como desfecho em um fortalecimento das funções do Ego e o uso da culpa como medida de reparação diante do reconhecimento de sua agressividade.

Cabe agora a discussão das particularidades da manifestação depressiva em idosos, tendo em vista os aspectos e tarefas próprios desta etapa do ciclo de desenvolvimento.

A.2 – Depressão e Envelhecimento

A.2.1 - Depressão e Velhice: aspectos clínico-descritivos e epidemiológicos

Profundas alterações na estrutura etária da população brasileira têm ocorrido em função do processo de envelhecimento populacional, fato este que tem levado os profissionais a refletirem sobre o fenômeno da longevidade e suas implicações no contexto nacional. Ao contrário do que é posto pelo senso comum, o processo de envelhecimento de uma determinada população é causado pela redução nas taxas de fecundidade e não apenas pela diminuição nos índices de mortalidade. No Brasil, a redução das taxas de fecundidade teve seu início a partir da segunda metade da década de 60 e estudos apontam que o declínio na fecundidade foi equivalente a 60% no período compreendido entre as décadas de 1970 e 2000. Somam-se a estes fatores as melhorias nas condições de saúde ocasionadas pelos progressos na saúde pública, contribuindo, assim, para que o formato piramidal da estrutura etária nacional sofra alterações e evolua para uma forma retangular, demonstrando, dessa forma, a

expansão no número de idosos na população absoluta. (CARVALHO; GARCIA, 2003; WONG; CARVALHO, 2006).

Em 1960 o Brasil contava com um número de aproximadamente três milhões de idosos, número este que obteve aumento significativo na década seguinte, chegando a sete milhões em 1975 e totalizando vinte milhões em 2008. O relatório do IBGE de 2010 contabiliza um contingente de idosos superior aos vinte milhões, o que equivale a 10,8% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Projeções apontam que em 2020 o Brasil irá contar com um número superior a trinta milhões de idosos em sua população total, alcançando a sexta colocação em número de idosos a nível mundial (VERAS, 2009).

No entanto, apesar do aumento no número de idosos na população nacional, esta mesma ascensão não é verificada quando se é abordada a real inserção e valorização desses sujeitos na sociedade. O papel designado ao sujeito idoso na sociedade moderna é o da exclusão social, da marginalização, do “não-lugar”, sendo visto enquanto um encargo social. Essa concepção vem evidenciar a falta de preparo por parte dos indivíduos diante do inevitável processo de envelhecimento humano, processo este que vem demonstrar as limitações impostas pelo tempo a uma cultura que não tolera limites e frustrações, sendo movida pelo sentimento de “ser o tempo todo” (GOLDFARB, 2009; MUCIDA, 2006).

Somam-se a este cenário os dados reais impostos pelo processo de se envelhecer em um país com elevadas iniquidades sociais, constatado pelo aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas e outras morbidades crônicas, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional, gerando, entre outras consequências, maior dependência, maiores gastos com a saúde e desgaste aos cuidadores e familiares destes idosos (NERI, 2004).

No campo da saúde mental, estudos apontam os transtornos de humor e a demência como as patologias mais frequentes na população idosa, sendo a depressão o transtorno de humor que mais acomete este grupo (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Alguns estudos brasileiros confirmam esses dados, como o trabalho realizado por Almeida (1999) com idosos atendidos em um serviço de emergência em saúde mental na Santa Casa de São Paulo, demonstrando a prevalência de transtornos de humor em 40% dos idosos atendidos, sendo que destes, 78,2% tinham como causa da consulta a presença de um episódio depressivo maior. Em se tratando de idosos que frequentam centros de convivência, um estudo realizado com 118 idosos de Taguatinga em Brasília-DF constatou a presença de sintomatologia depressiva em 31% desta população (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006). Já em idosos na comunidade, uma revisão de literatura em 11 artigos, localizados a partir da consulta em bases

de dados, encontrou a presença média de depressão em 13,3% dos idosos brasileiros (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Gil (2005) chama a atenção para a importância de se distinguir os grupos de idosos que apresentam sintomatologia depressiva daqueles que cumprem todos os critérios diagnósticos para depressão. Segundo a autora, a análise dos estudos sobre prevalência e incidência de depressão nesse grupo populacional demonstra um maior número de idosos com sintomas depressivos em detrimento do número de idosos com um diagnóstico completo para transtorno depressivo. Outro dado relevante sobre a relação depressão e velhice diz respeito ao início desse transtorno. Zarit e Zarit (2009) afirmam que, em geral, o transtorno depressivo não aparece pela primeira vez na velhice, pois a maioria dos idosos acometidos por essa condição já possuem histórico de depressão. Essa afirmação ganha maior peso quando confrontada com dados oriundos de pesquisas sobre a idade de início do transtorno depressivo, a exemplo dos encontrados no DSM-IV-TR, que afirmam que esse transtorno tende a se manifestar principalmente entre jovens com faixa etária de 20 a 30 anos de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

O fato de que esse transtorno não tenha necessariamente sua origem na velhice não tira a importância de sua identificação e tratamento quando presente nessa etapa da vida. Apesar da existência da associação velhice/depressão, estudos apontam a dificuldade dos profissionais em identificar essa condição quando ela realmente está presente. Em estudo realizado por Gazalle, Hallal e Lima (2004) com 583 idosos, 76,6% destes relataram não terem sido abordados em suas últimas consultas médicas sobre possíveis alterações no seu humor, sentimento de tristeza ou outros aspectos pertinentes para o rastreio de sinais e sintomas de depressão, indicando que os médicos não têm dado a devida atenção a esta questão.

Um dos elementos que dificulta a identificação da depressão na velhice diz respeito às particularidades de sua manifestação nessa etapa da vida, tendo em vista a multiplicidade de agentes etiológicos envolvidos em sua composição e que apresentam influência direta na realização de um diagnóstico correto. Os modelos explicativos abrangem aspectos clínicos, genéticos, neuroquímicos e psicossociais, demandando uma abordagem multifatorial que não tenda a um reducionismo que desconsidere a heterogeneidade de causas.

No que tange aos modelos genéticos e biológicos, a literatura aponta que o modelo de interação gene-ambiente se aplica principalmente aos casos de indivíduos que apresentam depressão pela primeira vez em fases mais precoces da vida, perdendo seu peso quando aplicado a indivíduos que tem seu primeiro episódio depressivo na velhice. Do ponto de vista

neuroquímico, autores descrevem uma redução nas taxas de produção de neurotransmissores como a serotonina, a norepinefrina e a dopamina durante o processo de envelhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de quadros depressivos em idosos. Na esfera clínica, discute-se a influência de doenças clínicas no desencadeamento da depressão a partir do prisma reacional e fisiológico. O indivíduo pode apresentar sintomas depressivos como reação psicológica ao sofrimento causado pela doença de base, ou ainda, como consequência da susceptibilidade desencadeada por alterações fisiológicas de uma doença ou medicação (STUART-HAMILTON, 2002; ZARIT; ZARIT, 2009; FONTAINE, 2010).

Existe também um consenso na literatura das áreas de Geriatria e Gerontologia sobre a relevância dos aspectos psicossociais no desencadeamento de um transtorno depressivo na velhice. Os autores discutem o papel dos eventos estressantes e das situações de perda como agentes precipitadores de quadros depressivos. No entanto, alertam para os perigos de uma abordagem que conceba a depressão como um resultado direto da perda, desconsiderando os demais fatores que estão no entorno dessa situação. É importante ressaltar que a vulnerabilidade causada pelos eventos estressantes associa-se também à predisposição biológica, ao sentido da perda para o idoso, ao apoio social e aos demais recursos internos e externos dos quais ele dispõe para lidar com esses eventos (ZIMERMAN, 2002; FONTAINE, 2010).

Cabe ressaltar também a relação entre a comorbidade de transtorno depressivo na velhice e outros transtornos psiquiátricos, e/ou outras condições médicas gerais. Dentre os transtornos psiquiátricos, os mais frequentes são as demências, os transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade e o uso abusivo de álcool e outras drogas. Quanto às comorbidades físicas, as que mais se relacionam ao transtorno depressivo são o câncer, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, dor crônica, infecções no sistema nervoso central, distúrbios endócrinos (especialmente o hipotireoidismo), doenças inflamatórias (lúpus), esclerose múltipla, deficiências nutricionais (em especial a deficiência de vitamina B12), acidente vascular cerebral e perda de visão (ZARIT; ZARIT, 2009).

Do ponto de vista diagnóstico, uma das principais problemáticas encontradas na identificação do transtorno depressivo diz respeito à distinção entre os sintomas de depressão e as alterações que são próprias do processo de envelhecimento, ou sintomas que se assemelham àqueles causados por doenças crônicas. Essa confusão é mais facilmente visualizada quando abordados os sintomas somáticos da depressão, a exemplo das queixas algícas (principalmente dores nas articulações e na musculatura), insônia, alterações no apetite e relato de fadiga. Todos esses sintomas podem também ser relatados por idosos que não

possuem depressão, sendo comumente queixados por idosos com doenças crônicas (STUART-HAMILTON, 2002; ZARIT; ZARIT, 2009).

As sobreposições entre depressão e demência são também de grande importância na prática clínica com idosos. É possível encontrar referências na literatura a duas condições particulares: a depressão na demência e a demência com depressão. No primeiro caso, os sintomas depressivos fazem parte do quadro clínico demencial, tanto como reação psíquica frente à experiência de perda de suas funções cognitivas, quanto pela degeneração cerebral. Já a demência com depressão se refere a uma verdadeira comorbidade entre duas condições distintas do ponto de vista nosográfico e com fatores etiológicos diferentes (FORLENZA, 2000; FORLENZA; NITRINI, 2000).

Zarit e Zarit (2009) afirmam que não existe uma fórmula fácil para diferenciar a depressão dos efeitos do envelhecimento ou de outras morbidades. A possibilidade de diferenciar essas condições dependerá principalmente da experiência do clínico, de seus conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e de um acompanhamento realizado em equipe multiprofissional, reduzindo as chances de se realizar um diagnóstico equivocado. Esse cenário coloca em evidência as limitações de uma abordagem baseada exclusivamente na identificação de sinais e sintomas para a formulação e compreensão da depressão na velhice. A prática diagnóstica descritiva pode ser enriquecida quando associada aos conhecimentos advindos dos estudos psicanalíticos sobre a depressão no idoso. Visando esse aprofundamento, o próximo item deste capítulo apresentará uma síntese das principais teorias e achados clínicos sobre a relação entre depressão e velhice sob o enfoque do pensamento psicanalítico.

A.2.2 - Depressão e Velhice: Um enfoque psicanalítico

Apesar da relevância social de estudos voltados para as ciências do envelhecimento, constata-se que a relação entre a Psicologia, a Psicanálise e a temática da velhice são relativamente recentes. A análise da produção científica sobre o tema demonstra que as contribuições dessas disciplinas para o estudo da velhice ainda são poucas, assim como a oferta de disciplinas na área, que ainda se voltam predominantemente para as demais etapas do ciclo do desenvolvimento humano (NERI, 2004). Ainda assim, podemos destacar o nome de pesquisadores que têm se empenhado na atividade de desbravar este campo ainda incipiente no Brasil. Dentre eles destacam-se os trabalhos de Anita Liberalesso Neri, Ângela Mucida, Cláudia Aranha Gil, Délia Goldfarb, Leila Tardivo e Ruth Lopes, dentre outros que vêm escrevendo e pesquisando sobre as diversas facetas da relação entre Psicologia, Psicanálise e velhice.

No que diz respeito à Psicanálise, pode-se afirmar que o limitado interesse pelo processo de envelhecimento e pela prática clínica junto a idosos se deve, em parte, em função do próprio posicionamento de Freud diante da aplicação do método analítico em indivíduos com idades avançadas. Pode-se encontrar em sua obra algumas referências a esses aspectos, como no texto intitulado “O método Psicanalítico de Freud” (FREUD, 1904/1969). Nesse texto são descritas algumas das contraindicações da Psicanálise, destacando-se, dentre elas, as limitações no emprego do tratamento a pacientes de idade superior a cinquenta anos, sob a justificativa de que o acúmulo de material psíquico é muito grande em relação ao tempo necessário para a sua recuperação (FREUD, 1904/1969).

Posicionamento semelhante aparece no texto “Sobre a Psicoterapia” (1905/1969), no qual Freud destaca algumas das contraindicações ao método psicanalítico, dando ênfase à idade dos pacientes como um fator importante para o sucesso do tratamento. Neste texto Freud vem afirmar que:

[...] perto ou acima dos cinquenta a elasticidade dos processos mentais, dos quais depende o tratamento, via de regra se acha ausente – pessoas idosas não são mais educáveis – e, por outro, o volume de material com o qual se tem de lidar prolongaria indefinidamente a duração do tratamento (FREUD, 1905/1969, p. 274).

Em seu célebre trabalho “Notas sobre um caso de neurose obsessiva” Freud (1909/1975) traça comentários sobre a importância da juventude do paciente para um bom prognóstico. Quando o Homem dos Ratos o questiona sobre as reais possibilidades de mudança de padrões tão enraizados, Freud responde:

(...) eu lhe disse que nem debateria a gravidade de seu caso nem a significação de suas contrações patológicas; contudo, ao mesmo tempo, sua juventude estava muitíssimo a seu favor, bem como a integridade de sua personalidade (FREUD, 1909/1975, p.181).

Fica evidente que Freud possuía uma visão pessimista em relação à aplicação de seu método junto a idosos, porém, é importante compreender que tais posicionamentos se deram em um momento teórico/técnico/cultural específico do movimento psicanalítico, em uma sociedade em que a expectativa de vida da população era de aproximadamente 50 anos de idade (MUCIDA, 2006).

Cabe entender também que apesar destas divergências em relação ao uso da Psicanálise em idosos, o processo de envelhecimento não deixou de ser tema nos escritos de Freud. Goldfarb (2009) vem demonstrar que Freud falou sobre o sujeito idoso a partir de seu próprio processo de envelhecimento. Esse processo foi descrito em suas obras e cartas enviadas a amigos e colegas de trabalho, nas quais discorria sobre sua experiência de envelhecer influenciada por diversos acontecimentos, como a vivência de dois períodos de

guerra, o exílio em Londres, a perda de amigos e familiares, e seu próprio adoecimento, fatos estes que, em parte, podem ter influenciado seu posicionamento diante da velhice.

Na atualidade, a Psicanálise tem se aproximado cada vez mais de novos campos e espaços a partir de um diálogo aberto com outras ciências, ampliando, assim, o seu modelo clínico inicial e adaptando-se às novas demandas sociais. Essas mudanças vêm colocar em prática os preceitos do próprio Freud que, no texto intitulado “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” (1919/1969), discute a necessidade de se pensar na aplicação do método analítico junto às demais camadas populacionais que não dispõem de recursos financeiros para arcar com o tratamento analítico tradicional. Nas palavras de Freud, cabe aos profissionais “[...] a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições” (FREUD, 1919/1969, p. 211).

É esse o cenário atual do desenvolvimento da teoria e técnica psicanalítica, um cenário que permite a interlocução do saber da clínica com as novas demandas e problemáticas sociais. Dentre as diversas situações a que os psicanalistas são convocados a prestar suas contribuições, destacam-se as relações entre a velhice e a patologia depressiva, que como exposto no tópico anterior, vem se consolidando como a condição que mais acomete a população idosa.

Parece haver consenso entre os autores que abordam a velhice sob a perspectiva psicanalítica a respeito da relação entre os diversos lutos a serem elaborados nessa etapa da vida e o quadro depressivo. São vários os trabalhos do envelhecer envolvendo as relações com as perdas, reais e simbólicas, o corpo, a memória, dentre outros fatores que remetem o idoso à sua finitude. Diante disso, Mucida (2006) afirma que a velhice é um processo que impõe uma tomada de posição e cada indivíduo irá responder a partir de suas capacidades de reserva nas dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais.

Quando se pensa nas reservas de ordem psicológica, somos remetidos a pensar na organização profunda na estrutura da personalidade de cada indivíduo e pode-se levantar o questionamento sobre possíveis mudanças na estrutura nessa etapa da vida. Autores como Goldfarb (1998), Mucida (2006), Gil (2005), Bianchi (1993) afirmam que a estrutura da personalidade e o funcionamento psíquico permanecem ao longo do tempo, não sofrendo alterações nessa etapa da vida. As únicas mudanças observadas por Bianchi (1993) foram melhoras na sintomatologia de alguns transtornos mentais, como quadros fóbicos, sintomas positivos de esquizofrenia (delírios e alucinações) e traços obsessivos, apontando que a velhice atua como fator atenuante e tranquilizante frente a transtornos mentais.

Pode-se destacar aqui uma primeira função dos traços depressivos atuando diretamente no processo de remissão, ou redução sintomatológica de alguns quadros. Bianchi (1993) afirma que os aspectos depressivos subjacentes à estrutura, seja ela qual for, irão aparecer nessa etapa da vida em função das perdas e “feridas narcísicas” às quais o idoso é exposto. A depressão demandará uma reorganização na economia psíquica, ativando um trabalho elaborativo em que os demais traços e sintomas perdem a centralidade que ocupavam na organização psíquica diante da necessidade de se integrar as novas demandas colocadas pelos agressores externos ao idoso.

Tais agressores externos trata-se de um nome utilizado por Goldfarb (1998) para falar sobre o estranhamento do idoso diante das diversas alterações impostas pelo tempo. Sabe-se que quando se aborda o corpo biológico, constata-se que este tende a um declínio natural marcado por mudanças físicas e cognitivas durante o envelhecimento. O corpo do idoso não apresenta mais o mesmo vigor da juventude, sua memória começa a traí-lo e, conseqüentemente, aumentam a rotina de consultas médicas e o uso de medicações. Diante desses aspectos, ocorre um estranhamento perante este corpo físico que parece “deixá-lo na mão”. É quase que uma incompatibilidade entre a representação mental deste corpo e o seu real. Essa descrição assemelha-se à história do personagem de Oscar Wilde (2003), o jovem Dorian Gray, que mantém um autorretrato escondido em sua mansão, ao qual são transferidas todas as marcas de seu processo de envelhecimento, enquanto ele mesmo se mantém belo e intocável ao tempo. A percepção das alterações diárias do retrato causam-lhe extremo pavor, como se fosse um outro Eu irreconhecível, sem dar-se conta de que o outro do retrato é ele próprio. Nessa etapa da velhice, configura-se aquilo que alguns autores chamam de uma “Síndrome de Dorian Gray” (LOPES, 2009), em menção ao estranhamento do sujeito frente ao envelhecimento.

Goldfarb (1998) pontua que esses agressores externos questionam a imagem narcísica de potência idealizada pelo idoso. Fala-se aqui sobre os aspectos vinculados ao corpo real, mas processo semelhante é colocado em relação aos diversos outros lutos que podem ocorrer nesse período da vida, como perdas sociais (aposentadoria, condição de trabalho), perdas de vínculos significativos e a perda da condição de saúde com o aparecimento de doenças. Zimmerman (1999) discute as chamadas depressões por perdas, que envolvem a perda de objetos altamente investidos e que cumpre um papel importante na manutenção da economia psíquica do indivíduo reassegurando sua autoestima. Dentre outros subtipos de depressões, Zimmerman (1999) destaca também o papel das chamadas depressões por fracassos narcísicos,

que surgem nos casos em que as frustrações impostas pelo ambiente entram em conflito com o ego ideal ou com o ideal de ego.

Laplanche e Pontalis (2001) descrevem o ideal de ego como sendo uma instância psíquica resultante da convergência entre a idealização do ego e a identificação com os ideais e expectativas das figuras paternas e da sociedade. Já o ego ideal seria um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo de narcisismo infantil. Essas instâncias configuram-se como modelos a serem seguidos pelo ego, permanecendo durante todo o desenvolvimento. Na velhice, o idoso irá carregar consigo os ideais referentes a um passado cheio de conquistas e prosperidade. Em meio à conflitiva entre esse ideal e a realidade, é exigida do indivíduo uma recolocação subjetiva, uma reorganização psíquica, elaborando tais aspectos e vislumbrando a possibilidade de se realizar novos investimentos (MUCIDA, 2006).

Pode-se resgatar aqui os trabalhos de Erik Erikson (ERIKSON; ERIKSON, 1999) que, em sua teoria epigenética, discute as dualidades impostas ao indivíduo em cada uma das etapas do ciclo de desenvolvimento humano. Para o autor, o desenvolvimento humano contempla nove etapas e o sucesso ou fracasso na resolução da conflitiva específica a cada período irá influenciar diretamente a etapa posterior. Na velhice, o conflito se situa entre a Integridade do Ego versus o Desespero. Diante das diversas demandas impostas ao idoso nesse período da vida e da percepção das limitações temporais para sua resolução, o sujeito é colocado diante da tarefa de rever seu desenvolvimento e aceitar suas conquistas e fracassos. Caso existam pendências que o idoso não consegue integrar, este poderá sucumbir ao desespero.

Essa possibilidade de ressignificar o passado permite ao indivíduo elaborar o presente e vislumbrar um futuro dentro de suas possibilidades e limitações temporais. Ocorre um reposicionamento subjetivo em que o idoso, apesar da consciência de sua finitude, consegue ainda se perceber como ser desejante a quem ainda é permitida a realização de novos investimentos. A integridade do Ego implica em aceitar e tolerar o que foi feito e pensar no que ainda é possível fazer. Lopes (2009) afirma que aqueles que não dispõem de recursos próprios para se conservar íntegros poderão sucumbir à depressão, entendida pela autora como a internalização desse eu perdido e o afastamento da realidade externa, passando a se relacionar apenas com este ideal de outra época.

É em meio a esse reposicionamento que o indivíduo recorre ao seu passado e às suas reminiscências como tentativa de presentificar este Eu histórico (GOLDFARB, 1998). São as famosas “prosas” dos idosos que começam com “No meu tempo...” e dizem respeito a uma época muito discrepante da atual. Tais relatos, por vezes, se estendem à sua condição de

saúde, histórias de vida passada e tudo aquilo que parece dizer respeito a esse outro tempo. Para a psicanálise, tais relatos demonstram uma forma singular de se posicionar diante desta etapa da vida e também diante da moderna organização social.

Pode-se pensar que esse resgate do passado e o investimento nessas reminiscências haveria de ser uma forma de retraimento narcísico defensivo por parte do idoso como estratégia de sobrevivência à cultura moderna, configurando, assim, o “mínimo Eu” de Lasch (1987), que aponta que, por vezes, o narcisismo do homem moderno pode funcionar como uma forma defensiva frente às tensões e ansiedades da vida. É nesse passado altamente catexizado que o indivíduo idoso deixa de ocupar este “não-lugar” a ele delegado pela cultura moderna, podendo se apropriar de um espaço próprio e fazer-se sujeito em sua história. Nesse sentido, pode-se pensar que a atitude narcísica de investimento no ideal de Ego do passado nada mais é do que uma atitude saudável e que, segundo Goldfarb (1998), pode ser elaborativa quando encontra um eco em uma escuta apropriada, possibilitando ao sujeito reconhecer a si mesmo em uma continuidade temporal e como ser histórico.

Na impossibilidade de realizar esse investimento no ideal de ego é que se configuraria a verdadeira depressão patológica na velhice, em que o indivíduo recorre a esse ideal, mas não consegue estabelecer uma ponte entre este e o seu Eu atual, reconhecendo-se como ser dotado de uma unidade temporal. Seria o caso dos idosos que proferem um discurso penoso e saudosista, remoendo o seu passado em busca deste algo perdido e que não conseguem se relacionar com o eu da atualidade (GOLDFARB, 1998). É um movimento contínuo e circular carregado de uma tristeza profunda, podendo sinalizar este afastamento depressivo da realidade e um investimento em um Eu perdido, assim como colocado por Lopes (2009).

É possível ainda dizer que a própria atitude de isolamento do idoso pode ser também compreendida como uma forma de defesa narcísica necessária para uma elaboração psíquica. Winnicott (1958/1983b) entende a solidão como uma capacidade individual, possuindo um lado positivo por ser indicativo de desenvolvimento emocional. Para esse autor, a capacidade de estar só é um fenômeno altamente sofisticado que depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo. Esse objeto, quando bem internalizado, fornece ao indivíduo a capacidade de conviver com a ausência de objetos ou estímulos externos em determinados períodos. Essa capacidade é desenvolvida a partir de um processo de maternagem suficientemente bom que auxilie na construção de um ambiente benigno para a criança. A incapacidade de ficar só seria, portanto, a patologia de um ego vazio de bons objetos e que, conseqüentemente, sucumbiria à depressão e a uma fragilidade dos vínculos.

Sendo assim, tanto a solidão quanto a capacidade de investir em sua história através das reminiscências podem ser compreendidas como defesas, e que devem ser diferenciadas de outras condições como a solidão depressiva, ou o que Goldfarb (1998) conceitua como sendo a ruminação nostálgica em seu sentido negativo, marcada pela dor, tristeza e raiva da recordação de algo que não recria o prazer no ato de contar. Essa distinção é importante para a compreensão do posicionamento subjetivo do idoso nos tempos modernos, porque permite a diferenciação do que vem a ser uma patologia e do que vem a ser um movimento potencialmente saudável.

O outro tem um papel fundamental nesse processo, já que, como dito anteriormente, essas reminiscências precisam ecoar e encontrar um destinatário para que não fiquem presas e circunscritas em si mesmas. A esse respeito, Gil (2005) descreve a importância do meio externo no oferecimento do apoio necessário durante a ocorrência da depressão, pois, sem isso, as reações do indivíduo intensificam-se, as defesas enfraquecem-se e configura-se um estado depressivo patológico.

Em se tratando de reminiscências, cabe destacar o trabalho realizado por Gil (2010) com Oficina Terapêutica das cartas, fotografias e lembranças para idosos. Esse estudo teve como objetivo pensar em uma proposta de atendimento psicoterapêutico com idosos, tendo em vista um enquadramento grupal no formato de Oficinas Se e Fazer (AIELLO-VAISBERG, 2004), adotando como referencial teórico a perspectiva psicanalítica de Winnicott e o conceito de campo grupal de José Bleger. Nessas oficinas, os idosos eram encorajados a levar às sessões cartas, fotografias e lembranças de qualquer natureza, visando à discussão sobre os sentimentos que emergiam por meio de tais recordações e experiências. Como resultados, Gil (2010) pôde observar que no decorrer dos 16 encontros houve uma melhora significativa dos idosos tanto no quesito qualidade de vida quanto na sintomatologia depressiva, proporcionada pelo encontro terapêutico em um *setting* que possibilitou uma adequada sustentação e integração.

Gil (2010) descreve campos psicológicos específicos para cada período do desenvolvimento das oficinas. A partir da postura de *holding* adotada pela terapeuta, foi possível aos participantes avançar de uma posição inicial de relutância até vivenciarem de forma integral a experiência facilitada pela oficina, levando relatos e objetos pessoais significativos para compartilhar com o grupo. Dentre as temáticas abordadas durante as oficinas, a autora descreve discussões relativas à exclusão social, perda da saúde, angústias relativas a prejuízos na capacidade funcional, solidão, morte de entes queridos e abandono de membros da família (GIL; TARDIVO, 2011). No decorrer dos encontros, as recordações

puderam assumir uma configuração diferente, indo além da dimensão das perdas e outras feridas narcísicas enfrentadas por esses idosos e adquirindo o status de reminiscências. Nesse novo cenário, estabelece-se gradualmente uma forma de recordar mais saudável, que se aproxima da discussão proposta por Goldfarb (1998) sobre a função integradora desse investimento no passado.

Gil (2010) pontua a importância da atividade de recordação mediada pelo contato com as materialidades concretas (cartas, fotografias, objetos pessoais), já que o trabalho de recordar possibilita a aproximação entre passado e presente, realizando ressignificações que poderão gerar mudanças futuras. Esse trabalho coloca em evidência a importância do uso de enquadres diferenciados no atendimento à população idosa, funcionando como espaços de potencial para que as recordações e reminiscências passadas possam encontrar uma escuta adequada que lhes permitam ser elaboradas e reintegradas, elementos estes indispensáveis para se pensar em uma clínica para idosos.

B - PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO

B.1 – O processo diagnóstico em Psicologia Clínica: aspectos teóricos e epistemológicos

Ao buscar os significados do termo diagnóstico, podemos verificar nos diversos dicionários da língua portuguesa que em suas definições acentuam uma estreita relação entre esse termo e a prática médica, em especial, a tarefa de identificação de uma determinada patologia de etiologia orgânica. Em consulta a dicionários diversos, podemos encontrar definições como: etapa do procedimento médico em que o profissional procura a natureza e a causa de uma afecção (HOUAIS; VILLAR, 2009; p. 679), conhecimento ou determinação duma doença pelo(s) sintoma(s), sinal ou sinais e/ou mediante exames diversos (radiológicos, laboratoriais, etc.) (FERREIRA, 1999; p. 675), ou ainda, qualificação dada por um médico a uma enfermidade ou estado fisiológico com base nos sinais que observa (MICHAELIS, 1998; p. 715).

No entanto, quando recorremos à construção etimológica do termo diagnóstico, constatamos que este adquire um caráter mais amplo. A palavra tem sua raiz no grego “*diagnóstikos*”, significando discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de algo. Colocado desta forma, o diagnóstico não seria uma tarefa restrita ao campo da saúde, mas sim uma atividade usualmente empregada com a finalidade de tornar possível a classificação e tomada de consciência dos diversos fenômenos com os quais o ser humano se depara durante sua existência.

Para Simon (1989), o diagnóstico é uma atividade fundamental ao homem por permitir que este discrimine (do grego *dia*) e conheça (do grego *gnosis*) a realidade de forma a tomar uma decisão racional. A construção de categorias diagnósticas cumpriria o objetivo de poupar tempo ao intelecto humano, facilitando a organização e sistematização dos fenômenos observados. Ancona-Lopez (1984) chama a atenção para a estreita relação existente entre a noção de conhecimento (*gnosis*) e o processo de diagnosticar. Para essa autora, a compreensão de um determinado fenômeno é inevitavelmente acompanhada do discernimento de suas características e relações, possibilitando um diagnóstico deste fenômeno enquanto descrição e apreensão de sua constituição e sua organização.

Miranda-Sá Junior (2001) afirma que o ato de conhecer implica não apenas em descrever e explicar, mas também em algum grau de previsibilidade. Coloca-se então outra noção importante que acompanha a ideia de diagnóstico: a possibilidade de previsão do comportamento futuro de um determinado fenômeno ou um prognóstico, do grego *prongnósticus*.

Um aspecto fundamental possibilita a diferenciação entre o processo de conhecimento e previsão de um fenômeno realizado pelo senso comum, do conhecimento e previsão efetuados de um ponto de vista científico que nos oferece subsídios para as tarefas diagnóstica e prognóstica: a sistematização, ou estruturação do processo de observação.

Aceitando a ideia de que o diagnóstico científico está relacionado às dimensões de explicação, compreensão e previsão do comportamento de um dado fenômeno, de forma sistematizada, o entendimento de dois constructos se faz fundamental para a tradução do conceito diagnóstico para o campo da Psicologia. Seminerio (1977) afirma que a existência de uma tarefa diagnóstica e, conseqüentemente, o prognóstico estão condicionados à aceitação dos postulados meta-científicos de causalidade e de significação. Sendo assim, a existência de um diagnóstico no campo da psicologia só se faz possível se reconhecermos a incidência de algum grau de causalidade no âmbito da conduta humana. Porém, para esse autor, a noção de causalidade deve ser entendida aqui de forma diferente da compreensão determinística adotada pelas Ciências Naturais, que se encontra estreitamente relacionada à ideia de empirismo e relações lineares de causa-efeito. Tendo em vista as particularidades das Ciências Humanas, e em especial a Psicologia, a causalidade implica no reconhecimento de uma relação sistemática entre os fatos observados nos níveis intrínsecos e extrínsecos, estando estreitamente relacionada à atribuição de significado.

No campo das Ciências Naturais, diante dos fatos naturais exógenos, a existência de uma causalidade intrínseca ao fenômeno não altera a percepção e previsão do observador, já que, para este último, o conhecimento de um fenômeno implica na observação e descrição de dados percebidos de forma objetiva em seus experimentos. Já na psicologia, deve-se admitir que, para além da percepção do observador, existe o componente da significação atribuída pelo autor de uma conduta a seu próprio comportamento. O comportamento não seria, pois, uma entidade amórfica, mas sim dotada de sentido intrínseco além daquele extrínseco atribuído pelo observador (SEMINERIO, 1977). Instaura-se então a noção de subjetividade no campo diagnóstico em Psicologia.

Seminario (1977) também afirma que o próprio observador atribui um significado às condutas que tenta analisar e prever, independentemente de sua concepção naturalista ou humanista. Porém, é importante entender que não existe aqui uma dicotomia entre estes dois elementos - a percepção do observador e do observado -, mas sim uma complementaridade. Nesse sentido, não seria possível conceber a tarefa diagnóstica em Psicologia em termos de uma relação de causa e efeito no mesmo sentido atribuído pelas abordagens empiristas, mas

sim enquanto um composto de relações sistêmicas em que o objeto observado e o observador estão em uma constante relação dialética.

Ao discutir os aspectos teóricos da entrevista psicológica e suas particularidades em relação aos processos que ocorrem no campo das ciências naturais, Bleger (1964/1993) afirma que toda conduta se dá sempre num contexto de vínculos e relações humanas. Para esse autor, o diagnóstico psicológico só é possível de ocorrer no campo relacional que se configura entre o paciente e o psicólogo, por ser esta a situação natural de ocorrência do fenômeno psicológico. Podemos concluir que o processo diagnóstico em psicologia clínica deve levar em consideração a dimensão subjetiva do paciente, assim como a própria subjetividade do psicólogo, que é também uma parte integrante da situação diagnóstica.

O diagnóstico psicológico passa a ser produto das condições e relações em que se encontram cada objeto em cada momento, mas, apesar disso, Bleger (1964/1993) alerta que a originalidade e a singularidade de cada conduta humana não impedem o estabelecimento de constantes gerais em que o fenômeno se repete com maior frequência, já que, para esse autor, o individual não exclui o geral. Elementos comuns podem ser encontrados no campo diagnóstico, possibilitando a abstração e construção de categorias de análise sob várias perspectivas teóricas e metodológicas.

Subjacente às noções de sistematização do processo de causalidade e significação, encontra-se a fundamentação teórica e conceitual adotada pelo profissional, elementos estes fundamentais para o entendimento do processo diagnóstico e prognóstico em Psicologia clínica. Esses elementos, assim como a ideia de sistematização, estão presentes na definição de Trinca (1984a) sobre processo diagnóstico, entendida pelo autor como:

(...) uma forma resultante de determinada organização e estruturação dos elementos de um estudo de caso, realizado segundo certa concepção diagnóstica. Expressa-se na sequência de fases e nos passos que se dão para a consecução dos objetivos diagnósticos. Estes são estruturados e orientados em função de determinados embasamentos teóricos e práticos. (TRINCA, 1984a; p.14)

Os aspectos teóricos e conceituais estão presentes na definição desse autor a partir daquilo que ele chama de uma “concepção diagnóstica”, que nos remete a uma determinada visão de ciência adotada pelo profissional que realiza o diagnóstico. Podemos afirmar que tal concepção diagnóstica pressupõe uma coerência entre um modelo epistemológico, antropológico e metodológico. A coerência entre esses três aspectos oferecerá subsídios para a organização da tarefa diagnóstica, tendo em vista a estruturação e sistematização de um método que dê conta dos aspectos da teoria adotada e que possibilite o estudo em profundidade do fenômeno de investigação.

Para Trinca (1983), a estruturação do processo diagnóstico comporta diversos métodos, mas que, em geral, é necessário considerar aspectos como o ponto onde se inicia esse processo, seus objetivos e as etapas utilizadas para atingi-lo, sendo estes diretamente influenciados pela orientação teórica e conceitual e os respectivos modelos epistemológicos e antropológicos que oferecem ao psicólogo subsídio para a realização da tarefa diagnóstica. Colocado dessa forma, podemos pensar que o processo diagnóstico deixa de representar apenas um trabalho técnico, passando a ser também um posicionamento científico do profissional, já que, para cada paradigma científico, encontraremos diferentes formas de realizar essa tarefa, a depender de seus objetivos e da concepção de ciência defendida pelo profissional.

A questão dos aspectos teóricos e conceituais no diagnóstico é de importância para a Psicologia clínica, tendo em vista a variedade de modelos e correntes teóricas existentes e que oferecem diferentes métodos para a organização da prática profissional dos psicólogos. Tal diversidade, nas palavras de Balieiro Junior (2005), configuraria mais uma cacofonia do que uma polifonia, acarretando dificuldades tanto na sistematização do processo diagnóstico clínico como na produção de conhecimento científico sobre o tema.

As duas principais correntes que influenciam o processo diagnóstico em Psicologia seriam a corrente teórica positivista, ou teorias S-R (estímulo-resposta), e a corrente teórica que retoma a noção de subjetividade no processo diagnóstico, ou teorias S-S (situação-significado) (ANCONA LOPEZ, 1984; SEMINERIO, 1977; TRINCA, 1983).

O paradigma positivista teve grande influência na prática inicial do diagnóstico em Psicologia. Ancona Lopez (1984) destaca três orientações advindas da influência do positivismo no diagnóstico: o modelo médico, o modelo psicométrico e o modelo behaviorista. A principal característica dos três modelos é a tentativa de se estabelecer o diagnóstico através da mensuração do comportamento manifesto humano de forma objetiva, seguindo a concepção de determinismo no campo das ciências naturais, pressupondo uma neutralidade entre profissional e paciente, e a ausência de significação intrínseca na conduta do paciente. Com essa postura, o profissional evita a influência advinda do contato afetivo com o paciente, caracterizando uma prática do tipo sujeito-objeto, com uma separação clara da etapa diagnóstica e do processo interventivo. Esses aspectos seriam a garantia da aquisição de um estatuto científico por parte da Psicologia, aproximando-a das ciências naturais e distanciando-a das ciências humanas.

Para Ocampo e Arzeno (1974/1995a), durante esse período, as concepções de Psicodiagnóstico estiveram estreitamente atreladas à atividade de aplicação de testes

psicológicos e realização de pareceres ou informes. Nesse momento histórico, o psicólogo era tido apenas como um prestador de serviço a outros profissionais, e sua postura frente aos pacientes se assemelhava àquela adotada pelo médico clínico, tomando o paciente como objeto parcial e passivo no processo, tendo como única tarefa colaborar fornecendo as informações necessárias durante a aplicação dos testes.

A existência desse modelo, que ainda pode ser verificado na prática de alguns psicólogos nos dias de hoje, ocorreu devido à carência de uma identidade profissional sólida do psicólogo em relação ao seu trabalho no campo da saúde mental, adotando a atitude de despersonalização (TARDIVO, 2000a) em vista de uma pseudo-objetividade em sua tarefa clínica (OCAMPO; ARZENO, 1974/1995a). Ao adotar tal postura, o psicólogo nega as diferenças existentes na sua formação em relação aos demais profissionais da área de saúde mental e reproduz um modelo na expectativa de obter certo grau de reconhecimento. O resultado é um distanciamento na relação profissional-paciente e da possibilidade de vivenciar as angústias que essa relação pode desencadear. Nesse contexto, os testes passam a ser utilizados como uma medida de autopreservação ao psicólogo diante da possibilidade de vivenciar essas angústias (TARDIVO, 2000a).

Em paralelo à consolidação dessa corrente, outra forma de conceber o diagnóstico começou a se estruturar. Essa corrente teve grande influência do Existencialismo, da Fenomenologia e da Psicanálise, colocando em pauta as problemáticas existentes na transposição dos métodos e técnicas das ciências naturais para a área das Ciências Humanas (ANCONA LOPEZ, 1984). Seus defensores contestam a realização de um diagnóstico psicológico objetivo e experimental, retomando a noção de subjetividade e a indissociação entre fenômeno de pesquisa e pesquisador. Para essa corrente, a atividade diagnóstica envolve a compreensão do significado que o profissional atribui a uma conduta como também do significado intrínseco a essa conduta (SEMINERIO, 1977). Sua prática é calcada principalmente nos dados que aparecem durante a relação que se estabelece entre profissional e paciente, podendo ou não se utilizar de instrumentos complementares e testes psicológicos. Quando utilizados, os testes são, em muitos dos casos, facilitadores do encontro entre paciente e terapeuta, sendo que este discute os dados dos testes diretamente com aquele durante as entrevistas.

Ancona Lopez (1984) situa os procedimentos e testes projetivos como instrumentos construídos sob essa perspectiva diagnóstica. Tais instrumentos têm influência do escopo teórico psicanalítico, levando em consideração a relevância dos aspectos inconscientes no funcionamento psíquico e na dinâmica da personalidade do indivíduo. A sua utilização está

condicionada na relação entre profissional e paciente, sendo que o diagnóstico leva em conta a dinâmica transferencial que se desenvolve entre o par.

A expansão do pensamento psicanalítico dentro dos ambientes universitários auxiliou na consolidação desse novo modo de conceber o processo diagnóstico psicológico. A Psicanálise passa a ser um novo referencial de identificação para os psicólogos, fornecendo-lhes a promessa de uma identidade profissional própria. No entanto, uma das problemáticas observadas foi uma tentativa de transposição literal desse referencial para o pensamento diagnóstico clínico, resultando em uma supervalorização de técnicas calcadas na associação livre, como as entrevistas livres, e a consequente desvalorização de testes e técnicas estruturadas (OCAMPO; ARZENO, 1974/1995a; TARDIVO, 2000b).

Tardivo (2000a) adverte que, apesar das inestimáveis contribuições da Psicanálise para a prática do diagnóstico em Psicologia Clínica, conceber o diagnóstico da mesma forma que um tratamento analítico é um grande erro. A autora ressalta que o enquadre de um diagnóstico psicológico possui limitações temporais e metodológicas e que, apesar disso, não excluem a possibilidade de um diálogo aberto com a Psicanálise e outras correntes teóricas em Psicologia.

Apesar das diferenças encontradas entre as correntes S-R e S-S, o que se tem observado hoje é uma tentativa de se estabelecer uma prática integrativa que respeite as diferenças técnicas e metodológicas dessas duas concepções diagnósticas, mas que, apesar disso, tente estabelecer um diálogo entre elas, visando o enriquecimento da prática clínica e diagnóstica em psicologia (CUNHA, 2000).

Tanto as teorias S-R como as S-S, quando tomadas em sua forma *stricto sensu*, tendem a um reducionismo que em nada contribui para a prática clínica do psicólogo. Seminerio (1977) questiona a possibilidade de realização de um diagnóstico que envolva a síntese das teorias S-R e S-S, recorrendo à epistemologia genética de Jean Piaget em sua discussão. Para esse autor, uma perspectiva de síntese, ou integrativa, deve considerar os aspectos funcionais, ou seja, a gênese a partir do processo de aprendizagem junto aos fatores exógenos ou ambientais, em associação com os aspectos estruturais ou endógenos do aparelho psíquico. Partindo dessa perspectiva, a organização global do psiquismo, incluindo aqui seus aspectos mórbidos e saudáveis, seria um produto da relação dialética entre o indivíduo, com seus aspectos constitucionais e hereditários, e sua relação com o ambiente externo.

Para Ancona Lopez (1984), um dos elementos norteadores para a abertura deste diálogo entre teorias S-R e S-S foi a instauração do paradigma bio-psico-social, que coloca em evidência uma visão holística de ser humano em que este é percebido em sua

integralidade, superando as dicotomias próprias do paradigma bio-médico. Essa concepção diminui os riscos da incidência de um diagnóstico estritamente biologicista, como também da psicologização dos fenômenos humanos. Paralelamente, abre-se também a possibilidade de compreensão dos fatores externos ao indivíduo, como sua família e os diversos ambientes em que ele se encontra inserido, que atuam como determinantes sociais em seu processo de saúde-doença e, portanto, devem ser considerados durante o processo diagnóstico.

Dentre as correntes diagnósticas em Psicologia Clínica que enfatizam uma visão integrativa, cabe aqui uma breve descrição do processo diagnóstico do tipo compreensivo descrito por Trinca (1984a). O processo diagnóstico compreensivo surge enquanto uma proposta que visa à reformulação do papel do psicólogo clínico no processo diagnóstico, rompendo com a tradição que tem seu método calcado essencialmente nas práticas médicas, e voltando-se para uma postura compreensiva e globalizante que inclui a dinâmica emocional do paciente e sua relação com o meio ambiente. A ênfase recai sobre a elucidação dos aspectos da personalidade total do paciente, e não apenas sobre seus aspectos cognitivos ou a mensuração de suas funções intelectuais.

A ascensão do diagnóstico compreensivo é de suma importância ao campo da Psicologia. Ao caracterizar um processo diagnóstico como compreensivo, estamos aceitando o postulado de que o objeto de estudo da Psicologia é um ser histórico e mutável, e sua apreensão só se faz possível através da relação intersubjetiva, sendo a prática diagnóstica e seu conseqüente prognóstico realizados a partir da evocação e interpretação de um sentido, respeitando-se também a polissemia inerente ao processo interpretativo. Essa concepção se diferencia do ideal de um diagnóstico explicativo aplicado aos fenômenos naturais que podem ser apreendidos pela intuição sensível e pela organização intelectual.

Apesar de suas semelhanças com outros processos diagnósticos que possuem também uma visão integrativa, o diagnóstico do tipo compreensivo possui uma identidade própria calcada em seus fatores estruturantes que irão nortear o trabalho clínico do profissional. De acordo com Trinca (1984b) trata-se de um processo onde predomina o pensamento clínico do profissional, em detrimento de uma perspectiva diagnóstica unilateral em que a ênfase recai sobre os resultados de testes. O principal referencial teórico é a Psicanálise, que auxilia na elucidação dos principais significados inconscientes dos sintomas e queixas relatados pelos pacientes. Sua execução recorre a múltiplos referenciais durante o processo de coleta de dados, abrangendo aspectos da personalidade do paciente, como também sua interação com seu ambiente familiar e social. Os métodos vão desde entrevistas livres ou semiestruturadas,

utilizando-se também da aplicação de testes e técnicas de investigação da personalidade como elementos complementares ao olhar clínico do profissional.

A leitura inicial de seus fatores estruturantes nos induz, em um primeiro momento, a categorizar o diagnóstico compreensivo como pertencente à corrente S-S, tendo em vista a forte influência do pensamento psicanalítico em itens como a elucidação dos significados latentes do sintoma e o uso de técnicas que privilegiam a associação livre. No entanto, o estudo apurado dos demais fatores demonstra a importância atribuída por Trinca (1983) à visão de conjunto, alcançada através da integração dos vários elementos que compõe um caso clínico, incluindo aspectos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, como a dinâmica intrapsíquica, os fatores intrafamiliares e a associação destes com os aspectos sócio-culturais.

Como visto anteriormente, com a popularização do pensamento psicanalítico no campo diagnóstico, para alguns profissionais, as técnicas e testes projetivos passaram a ser desvalorizados em detrimento do uso de entrevistas e técnicas associativas. Com o diagnóstico compreensivo, o uso de testes e técnicas passa por uma releitura, sendo retomados como elementos que auxiliam na estruturação e coleta de dados, permitindo uma visão de conjunto do processo, mas que, no entanto, estão subordinados ao olhar clínico do profissional. Dentre os instrumentos utilizados nesse processo, nota-se uma preferência pelas técnicas de caráter projetivo, porém o uso de outros tipos de testes e procedimentos tem seu devido lugar nessa perspectiva, já que eles podem auxiliar na composição do quadro clínico, favorecendo uma perspectiva globalizante do indivíduo.

Trinca (1997) ressalta o papel integrativo do diagnóstico compreensivo afirmando que este incorpora contribuições provenientes de diversos campos, como a psicanálise, a Psicologia Fenomenológica-Existencial, a Gestalt, o Behaviorismo, a Psicologia do Desenvolvimento, assim como estudos sobre dinâmica e organização do núcleo familiar. O autor ainda destaca que:

(...) o diagnóstico psicológico deu um grande salto, libertando-se em grande parte das concepções estritamente mecanicistas, elementaristas, associacionistas, deterministas, racionalistas, empiristas, pragmáticas, etc. Em vez de continuar sendo somente tributário de outras áreas do conhecimento, passou a utilizá-las em benefício de uma síntese própria. (TRINCA, 1997 p. 22).

Cabe ressaltar que a compreensão de perspectiva diagnóstica integrativa aqui adotada não diz respeito a uma visão teórica e conceitual que tenta se situar em um meio termo entre as teorias S-R e as teorias S-S, mas sim como uma perspectiva que pode ter uma maior proximidade com uma ou outra dessas duas correntes, e que, no entanto, não se fecha para a possibilidade de compreensão de outros aspectos que não apenas aqueles contemplados pelo seu referencial teórico de base. Não se trata, portanto, de igualar ou estabelecer comparações

entre essas duas concepções, colocando de lado suas diferenças epistemológicas, mas sim estabelecer um diálogo que possa enriquecer a prática clínica.

Conclui-se que uma prática diagnóstica integrativa só se faz possível com o devido rigor na discussão dos aspectos epistemológicos dessas duas concepções diagnósticas (S-R e S-S), e que qualquer tentativa de igualá-las sem a devida problematização de suas diferenças pode resultar em uma prática mecanicista e sem o rigor científico necessário. Sendo assim, apesar da influência do pensamento psicanalítico na sua composição, podemos nos apoiar em autores, como é o caso de Tardivo (2000a, 2004a), que defendem a ideia de que o diagnóstico do tipo compreensivo pode ser situado como uma perspectiva integrativa. Isso porque engloba fatores psíquicos, sociais, sem desconsiderar também os aspectos biológicos, hereditários e constitutivos do indivíduo, tendo em sua estruturação o rigor das teorias S-R, mas submetido ao olhar clínico e aos elementos subjetivos da conduta, não se fechando no paradigma positivista e muito menos em uma perspectiva radicalmente subjetivista, podendo ser considerada uma proposta bio-psico-social.

Tendo em vista esses aspectos, o presente trabalho tem no diagnóstico compreensivo um dos seus principais referenciais teóricos e metodológicos, tanto no que compete aos atendimentos, quanto ao processo de coleta e interpretação dos dados, por ser esta uma perspectiva compartilhada pelo autor em sua concepção de clínica e ciência.

Após compreender estas primeiras questões sobre o diagnóstico psicológico e as diferentes formas de concebê-lo, é importante descrever as principais definições de psicodiagnóstico adotadas na atualidade e que servem como embasamento teórico para a prática dos profissionais, apresentando também suas etapas e problemáticas.

B.2 – As definições de Processo Psicodiagnóstico, suas etapas, objetivos e problemáticas atuais.

Apesar de serem comumente empregados enquanto sinônimos, quando consultada a literatura científica da área, encontramos diferenças conceituais em relação aos termos “diagnóstico psicológico” e “Psicodiagnóstico”.

Para Arzeno (1995), o diagnóstico psicológico é apenas um dos objetivos que podem ser alcançados através do psicodiagnóstico. O processo psicodiagnóstico trata-se de uma tarefa sistematizada, que pressupõe o uso de técnicas e testes que auxiliam na tarefa diagnóstica, enquanto o diagnóstico psicológico independe do uso de tais testes, tendo como principal instrumento a entrevista psicológica e a experiência clínica do profissional.

Cunha (2000) diferencia o psicodiagnóstico do diagnóstico psicológico utilizando como critério a responsabilidade por sua execução. O diagnóstico psicológico pode ser

realizado por um psicólogo ou médico psiquiatra, e eventualmente por um psicanalista ou um neurologista, no entanto, a realização do psicodiagnóstico trata-se de uma atribuição exclusiva do psicólogo determinada pela Lei nº. 4119 de 27/08/1962, que dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão, delegando ao psicólogo o direito de utilização dos instrumentos que avaliam aspectos psicológicos. A diferenciação entre psicodiagnóstico e diagnóstico psicológico descrita por Cunha (2000) coloca em evidência o papel dos testes como elemento singular no processo psicodiagnóstico.

A autora ainda estabelece uma diferença entre psicodiagnóstico e avaliação psicológica, termos que também são empregados indiscriminadamente no vocabulário profissional de psicólogos. A avaliação psicológica seria um termo generalista que faz menção às diversas formas de avaliação utilizadas em processos organizacionais como em treinamentos ou seleções, bem como em ambientes educacionais, dentre os diversos campos de atuação do psicólogo. Já o psicodiagnóstico é considerado como uma forma de avaliação psicológica desempenhada especificamente pelo psicólogo clínico, tendo como objetivos “(...) identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico com um foco na existência ou não de psicopatologia (CUNHA, 2000 p. 23.)”.

Estabelecida essa diferença inicial, cabe agora retomar a definição de psicodiagnóstico e a descrição de suas principais etapas e objetivos.

O modelo mais difundido de psicodiagnóstico na América Latina tem como referencial teórico e prático o trabalho pioneiro de Ocampo e Arzeno (1974/1995a) que definem o psicodiagnóstico como:

(...) uma situação com papéis bem definidos e com um contrato no qual uma pessoa (o paciente) pede que a ajudem, e outra (o psicólogo) aceita o pedido e se compromete a satisfazê-lo na medida de suas possibilidades. É uma situação bi-pessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar), de duração limitada, cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar. (OCAMPO; ARZENO, 1974/1995a; p. 17)

Posteriormente, Arzeno (1995) retoma essa definição e reavalia as finalidades do psicodiagnóstico na atualidade. Para a autora, as finalidades vão desde a tarefa diagnóstica propriamente dita até a avaliação da eficácia de um determinado tratamento empregado, assim como seu uso enquanto elemento norteador para a escolha da terapêutica mais adequada para um paciente. Destaca ainda seu uso no processo de investigação científica através da compreensão de aspectos psicodinâmicos de determinadas patologias ou grupos específicos de sujeitos, e seu uso no processo de pesquisa e validação de novos procedimentos e testes psicológicos. Uma última finalidade para o processo psicodiagnóstico apontada por Arzeno (1995), que é de especial interesse para este presente trabalho, é seu uso enquanto facilitador

para a comunicação emocional do paciente, diante do qual as técnicas projetivas teriam o papel de mediação na relação entre profissional e paciente e não apenas como instrumentos que visam o diagnóstico.

Para Arzeno (1995, p. 14-15), as etapas do processo psicodiagnóstico consistem em:

- Solicitação da consulta e primeiro contato com o paciente;
- Primeiras entrevistas que tentam elucidar os motivos manifestos e latentes da busca por ajuda e formulação de uma hipótese diagnóstica;
- Compreensão do material coletado nas entrevistas iniciais e definição do possível instrumental diagnóstico a ser adotado nas próximas etapas (bateria de testes, técnicas projetivas, consultas familiares, etc.);
- Realização da estratégia diagnóstica planejada;
- Estudo e interpretação do material clínico coletado;
- Devolução das informações ao paciente e familiares;
- Elaboração do informe psicológico ao solicitante do processo psicodiagnóstico.

Assim como descrito no tópico anterior, apesar da tentativa de se estabelecer uma visão integrativa, verifica-se uma crise no papel do psicodiagnóstico na atualidade, ora sob a justificativa de que se trata de um modelo derivado do paradigma positivista e da prática médica, ora porque é considerado desnecessário por profissionais que acreditam que os mesmos dados podem ser observados no decorrer de um processo psicoterapêutico ou em uma análise.

Apesar da importância histórica da definição tradicional de processo psicodiagnóstico descrita por autores como Ocampo e Arzeno (1974/1995a) - que possibilitou a abertura de um diálogo entre o campo psicodiagnóstico e a Psicanálise, adotando conceitos psicodinâmicos tanto na estruturação deste processo, quanto na leitura dos resultados finais -, é possível elencar algumas problemáticas teóricas e práticas nessa definição.

Para autores como Tardivo (2000a, 2007) e Barbieri (2010a), o psicodiagnóstico tradicional possui graves embates paradigmáticos internos que não possibilitam localizá-lo nas perspectivas científicas quantitativas ou qualitativas. Para essas autoras, o psicodiagnóstico tradicional tem como característica o uso de um método disciplinado com etapas bem definidas que visam confirmar ou refutar as hipóteses previamente elaboradas pelo profissional. Sendo assim, é importante considerar as problemáticas no uso de um método de comparação e refutação, derivado da perspectiva quantitativa, para dar conta de um objetivo essencialmente qualitativo, que é “(...) conseguir uma descrição e compreensão, a

mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar” (OCAMPO; ARZENO, 1974/1995a; p. 17). Barbieri (2010b) ainda ressalta que mesmo as técnicas projetivas, que partem de um referencial distinto que coloca em evidência a dimensão subjetiva do indivíduo, são comumente utilizadas pelos profissionais como métodos de indicação dos níveis de integridade das funções egóicas, permanecendo, assim, em um plano formal e descritivo, negligenciando a dimensão compreensiva dessas técnicas e submetendo o conhecimento psicanalítico ao modelo médico.

A priori poderia se pensar que a adoção de um método quantitativo de comparação e refutação para dar conta de um objetivo que se relaciona à dimensão compreensiva estaria situada em uma perspectiva integrativa de tarefa diagnóstica, assim como o diagnóstico compreensivo de Trinca (1983). No entanto, destacamos no tópico anterior as problemáticas existentes na tentativa simplista de igualar as concepções teóricas S-R e S-S, induzindo a um grave erro epistemológico e metodológico. Nesse sentido, para situar a definição de Ocampo e Arzeno (1974/1995a) como perspectiva integrativa, deveria existir a devida contextualização do emprego de métodos correspondentes a duas concepções distintas com a devida problematização desse aspecto, que normalmente não é realizada pelos profissionais em sua prática clínica cotidiana, fundamentando as críticas propostas por Tardivo (2000a, 2007) e Barbieri (2010a).

Todas essas questões teóricas e metodológicas influenciam diretamente a prática clínica dos profissionais que fazem uso do processo psicodiagnóstico tradicional. Uma das problemáticas da rigidez das etapas de sua estruturação diz respeito ao tipo de relação que se estabelece entre profissional e paciente. Apesar de, em teoria, serem concebidas sob uma perspectiva integrativa e compreensiva, na prática essas etapas ainda resultam em uma relação assimétrica entre o par profissional e paciente. Santiago (1995) afirma que, na ânsia de conseguir realizar a tarefa diagnóstica e colher o maior número possível de informações, o profissional corre o risco de se comprometer mais com o processo do que com o paciente, que passa a ser apenas um informante passivo. Esse aspecto evidencia uma relação ainda muito estreita com o tipo de atendimento profissional predominante no modelo médico, demonstrando que, apesar de seus avanços, o processo psicodiagnóstico ainda carece de uma identidade própria.

Cabe entender que o psicodiagnóstico é, em muitos dos casos, o primeiro contato do paciente com um psicólogo clínico, contato este que se dá em um momento particular de crise por parte de quem pede ajuda. Ao adotar uma postura assimétrica, o profissional deixa de fornecer o devido acolhimento que o paciente necessita, podendo incrementar suas angústias

durante a realização de um processo em que o paciente só terá informações sobre os motivos de seu sofrimento na etapa final, durante a entrevista de devolução (SANTIAGO, 1995).

Santiago (1995) afirma que a assimetria existente nesse trabalho pode influenciar as etapas posteriores ao psicodiagnóstico, como os possíveis encaminhamentos que venham a ser realizados. Estudos de Ancona-Lopez (1995a) demonstram que, no contexto de Clínicas-Escola, grande parte dos pacientes que passam por processos psicodiagnósticos e são encaminhados à psicoterapia não comparece aos atendimentos. Para Santiago (1995), isso se deve à assimetria na relação que se estabelece entre profissional e paciente, diante da qual o paciente não se sente devidamente compreendido, incrementando suas resistências a trabalhos futuros. Posicionamento semelhante pode ser encontrado no trabalho de Fiorini (1999) que acredita que o sucesso ou fracasso de uma psicoterapia irá depender do posicionamento inicial adotado pelo terapeuta nas primeiras entrevistas.

A problematização das etapas do processo psicodiagnóstico tradicional nos remete também à questão do tempo dispensado durante a execução de suas atividades em detrimento da crescente demanda institucional por agilidade nas tarefas do psicólogo clínico. Essa tem sido uma das questões motivadoras para que os psicólogos adaptem seus recursos diagnósticos e terapêuticos para as demandas atuais das instituições, tendo como exemplo o esforço empregado na produção de conhecimento científico sobre as Psicoterapias Breves (FIORINI, 1999; BRAIER, 2008; SIMON, 2005). A mesma questão tem sido colocada no campo do psicodiagnóstico. Autores como Grassano (1996), Aiello Vainsberg (1999), Tardivo (2004a), demonstram suas preocupações com o prolongamento excessivo do Processo psicodiagnóstico, tornando-o desgastante e exaustivo a pacientes e familiares, como também inadequado e pouco resolutivo diante das atuais demandas institucionais que exigem agilidade nesse processo.

O cenário institucional atual, em especial no campo da Saúde Pública, é marcado por aspectos como a insuficiência de profissionais, carências de recursos, cobranças por produtividade e alta demanda de pacientes gerando intermináveis filas de espera. Coloca-se a urgência de uma reformulação no campo político, visando à melhoria nas condições de trabalho para esses profissionais, mas também é exigida do profissional uma reformulação sobre o seu fazer, adaptando-o às demandas da instituição e população atendida. Uma das questões que se coloca então é como tornar o processo psicodiagnóstico mais prático e menos extenso sem perder sua profundidade ou se deixar confundir com uma psicoterapia.

Já no contexto acadêmico, Gomes (2000) aponta as dificuldades existentes no processo de ensino e supervisão do psicodiagnóstico para alunos do curso de Psicologia. A

autora observa a crescente desvalorização do psicodiagnóstico e dos testes psicológicos pelos alunos, opinião esta que também é compartilhada por profissionais formados, sob a justificativa de que os testes estigmatizam e rotulam pacientes, ou ainda, uma postura cética quanto à validade e precisão dos testes enquanto instrumentos diagnósticos. Gomes (2000) enfatiza o papel central do processo de estágio e supervisão clínica na orientação do aluno sobre a importância desse instrumento, favorecendo a construção de uma opinião madura e crítica no contexto de uma situação real de atendimento que contextualiza os aspectos teóricos aprendidos.

Todos os aspectos elencados acima contribuem para a consolidação da crise do processo psicodiagnóstico concebido dentro de sua orientação tradicional. Estabelece-se a urgência de se rever o papel deste instrumento, seja no âmbito clínico, através da atualização de sua prática para as novas demandas sociais e institucionais, ou ainda no âmbito acadêmico, avaliando seus aspectos teóricos, técnicos, formas de ensino e supervisão.

Dentre as tentativas de resolver a parte das problemáticas destacadas, encontra-se o grande interesse pelos pesquisadores da área diagnóstica sobre o chamado Psicodiagnóstico Interventivo. Acredita-se que essa nova forma de se compreender o psicodiagnóstico seria mais condizente com a atual identidade profissional do psicólogo, recobrando o prestígio do psicodiagnóstico como um importante instrumento clínico, mas revendo-se o papel do profissional, sua postura com o paciente e sua relação com os testes durante o processo. O próximo item irá tratar dos aspectos teóricos e práticos do Psicodiagnóstico Interventivo, apresentando sua definição, estruturação e resultados de estudos atuais que empregaram esse procedimento.

B.3 – Psicodiagnóstico Interventivo

Em consulta às bases de dados IndexPsi, Pepsic, Lillacs e Scielo, no período de março de 2013, utilizando como descritor de assunto o termo “Psicodiagnóstico Interventivo”, foi possível encontrar 15 artigos que fazem referências a essa modalidade de trabalho. A análise dos períodos de publicações evidenciam artigos datados no intervalo de 2004 a 2012, demonstrando que o interesse pelo tema é recente e que o número de publicações em periódicos brasileiros ainda é incipiente.

Dentre esses trabalhos, foi possível encontrar referências ao uso do Psicodiagnóstico Interventivo em contextos variados, como no tratamento de populações específicas, incluindo crianças antissociais (BARBIERI; JACQUEMIN; ALVES, 2004), mulheres obesas (MISHIMA; BARBIERI, 2009), pacientes adultos com depressão (PAULO, 2006) e estudantes de Psicologia em momento de crise adaptativa diante do término do curso

(GIOVANETTI; SANT`ANNA, 2005). Também foram encontrados estudos enfatizando o caráter pedagógico-interventivo desse procedimento no ensino em atendimento clínico no contexto de Clínicas-Escolas (TARDIVO, 2007), bem como trabalhos que discutem o valor do Psicodiagnóstico Interventivo como meio de produção de conhecimento científico (BARBIERI, 2010a, 2010b). Tais dados comprovam que O Psicodiagnóstico Interventivo é uma temática atual que tem sido explorada por profissionais com o intuito de conhecer seus possíveis mecanismos de funcionamento e alcances na prática clínica, assim como sua aplicação no ensino e investigação científica, consolidando esse procedimento como campo em potencial para pesquisa e atuação profissional do psicólogo.

Assim como descrito no tópico anterior, o psicodiagnóstico tradicional tem como característica a separação entre a etapa diagnóstica e o processo interventivo, que é postergado a um segundo momento no qual o paciente poderá ser encaminhado a um psicoterapeuta, e/ou outra modalidade de intervenção no campo “Psi”. Trata-se de uma concepção de processo diagnóstico calcada no modelo epistemológico de sujeito-objeto, tendo como principal referencial o modelo clínico médico. No entanto, o limite entre essas duas etapas, avaliativa e interventiva, nem sempre é claro quando traduzimos tais conceitos para o cotidiano da prática clínica. Autores como Bleger (1964/1993), Ancona-Lopez (1995b), Aiello-Vainsberg (1999) e Tardivo (2004a) destacam que toda atuação psicológica é também interventiva devido ao fato de que estes processos ocorrem no campo relacional existente entre profissional e paciente, relação esta que pode ser transformadora, favorecendo o desenvolvimento emocional do paciente.

Ancona-Lopez (1995b) ressalta a crença vigente entre a maioria dos psicólogos clínicos de que a intervenção só é possível no contexto psicoterapêutico, e em especial nos processos de longa duração, relacionado à qualidade do tratamento com a dimensão temporal da terapêutica ofertada. Essa crença influencia diretamente na forma de estruturar a prática clínica dos profissionais; porém, é possível encontrar na literatura estudos que fazem menção ao uso de propostas de trabalho avaliativas e interventivas de curta duração, como o trabalho de Gillièron (1990) - que propõe um processo interventivo em quatro sessões -, as entrevistas de ajuda com referencial de Benjamin (1998), ou ainda, as Consultas Terapêuticas de Winnicott (1971/1984) que, devido às suas importantes contribuições teóricas e práticas, será abordado separadamente no próximo item deste capítulo.

De modo geral, pode-se afirmar que a principal característica do Psicodiagnóstico Interventivo é a indissociação entre as tarefas diagnósticas e interventivas, sendo permitido ao profissional a realização de intervenções variadas durante as entrevistas e aplicações de

técnicas e testes (ANCONA LOPEZ, 1995b; SANTIAGO, 1995; TARDIVO, 2000a; BARBIERI, 2010b). Sendo assim, a devolução de informações não é realizada apenas ao final do processo psicodiagnóstico, mas também durante todas as suas etapas, convocando o profissional a adotar uma postura ativa e acolhedora durante esta tarefa.

Historicamente, pode-se afirmar que o surgimento do Psicodiagnóstico Interventivo tem suas raízes nos trabalhos e pesquisas empreendidos sobre a importância das entrevistas devolutivas no processo psicodiagnóstico. As entrevistas devolutivas, ou de devolução de informações, são entendidas por Ocampo e Arzeno (1974/1995b) como uma importante etapa do psicodiagnóstico, em que o profissional comunica ao paciente e/ou grupo familiar os resultados obtidos após a realização das entrevistas e aplicação de testes. O incremento da etapa devolutiva no psicodiagnóstico possibilitou a consolidação de um novo tipo de relação entre psicólogo-paciente, na qual o psicólogo deixa de ser apenas o aplicador de testes e passa a também compartilhar seus achados com o paciente.

Ocampo e Arzeno (1974/1995b) ressaltam que a transmissão de informações fecha o ciclo do processo psicodiagnóstico, permitindo ao profissional observar as reações e respostas em nível verbal e pré-verbal do paciente, permitindo ter uma maior margem de certeza sobre o diagnóstico e prognóstico elaborado. Para além da função diagnóstica, Ocampo e Arzeno (1974/1995b) ressaltam que a devolução de informações permite um processo de reintegração do paciente. Durante a execução do psicodiagnóstico, em especial durante a aplicação de técnicas projetivas, o paciente deposita no psicólogo partes adaptativas e enfermas de sua personalidade. A devolução das informações ao final desse processo possibilita ao paciente o contato com o que essas autoras chamam de uma “identidade latente”, proporcionando ao paciente a oportunidade de se ver com maior critério de realidade e menores distorções ideológicas ou pejorativas. Ao mesmo tempo em que o contato com tais aspectos latentes de sua personalidade pode proporcionar uma reintegração, a omissão de informações pelo psicólogo na etapa devolutiva pode desenvolver ou agravar fantasias de enfermidade, gravidade, incurabilidade ou loucura no paciente (GRASSANO, 1996).

Ocampo e Arzeno (1974/1995b) ressaltam ainda a importância da devolução de informações para o psicólogo:

A devolução de informação é recomendável para preservar a saúde mental do psicólogo, evitando que sua tarefa se torne insalubre. Isto aconteceria se ele se encarregasse dos depósitos maciços do paciente e/ou de seus pais. Restitui-se tais fantasias, emoções, impulsos, etc., nele depositados, consciente ou inconscientemente, a seus verdadeiros donos, o psicólogo está preservando sua saúde. (OCAMPO; ARZENO, 1974/1995b. p. 320).

Apesar de reconhecerem os benefícios do uso de devoluções no processo psicodiagnóstico, Ocampo e Arzeno (1974/1995b) foram cuidadosas em circunscrever essas devoluções à etapa final desse processo. Afirmam também que as informações devem ser transmitidas de forma discriminada e dosificada a depender das capacidades egóicas do destinatário. Quanto aos possíveis efeitos terapêuticos alcançados durante esse processo, as autoras afirmam que se trata de efeitos terapêuticos involuntários, ressaltando que o principal objetivo do psicodiagnóstico continua sendo a elaboração de um diagnóstico e prognóstico. Nota-se então que apesar das importantes contribuições e avanços conquistados por Ocampo e Arzeno (1974/1995b) no campo psicodiagnóstico, as autoras mantiveram-se ligadas ao modelo clínico médico, que postula a necessidade de uma posição neutra, resultando em uma relação objetificante junto ao paciente.

Quanto ao emprego da devolução ao final do processo, este parece não ser um consenso entre os autores do campo psicodiagnóstico. Verthelyi (1989) defende a ideia de que a devolução de informação deve ocorrer desde a primeira entrevista com o paciente, se estendendo a todas as outras etapas do psicodiagnóstico. A partir da perspectiva dessa autora, a devolução de informação passa a ser encarada como um processo, e não apenas como uma etapa final.

Baseando-se na Teoria da Comunicação e nos conhecimentos advindos da Psicanálise, Verthelyi (1989) afirma que a transferência instala-se antes mesmo do primeiro contato com o paciente. O profissional já estaria realizando devoluções desde o primeiro momento por meio da forma como transmite ao paciente os aspectos explícitos do enquadre (lugar, duração, horários, honorários), como também os aspectos implícitos, através de sua atitude no primeiro contato telefônico, a disposição dos móveis em seu consultório, sua forma de pensar e elaborar perguntas, o uso de entrevistas livres ou dirigidas, dentre outras. Todos esses aspectos transmitem ao paciente, em maior ou menor grau, o sistema ideológico do profissional, seus valores e concepções de enfermidade e cura.

Apesar das problemáticas e falta de consenso sobre o tema, os trabalhos sobre o uso e efeitos da devolução de informação no processo psicodiagnóstico tradicional abriram precedentes para estudos e pesquisas que culminaram na consolidação do Psicodiagnóstico Interventivo. Essa passagem do psicodiagnóstico tradicional para o interventivo possibilitou uma reformulação teórica e epistemológica, permitindo uma mudança do paradigma quantitativo para o qualitativo (TARDIVO, 2000a; BARBIERI, 2010a).

Alguns dos aspectos que possibilitaram essa mudança paradigmática defendida por Tardivo (2000a) e Barbieri (2010a), dizem respeito ao papel ativo do paciente no processo de

produção de conhecimento durante a ação diagnóstica interventiva, podendo refutar ou complementar as formulações e intervenções colocadas pelo profissional durante todo o processo e não mais apenas na última etapa, possibilitando a instauração de uma relação do tipo sujeito-sujeito em que o par se responsabiliza pela construção do conhecimento. As autoras destacam também a maior liberdade metodológica deste processo em detrimento da rigidez das etapas do psicodiagnóstico tradicional.

Outro aspecto que possibilitou a mudança de paradigma foi a releitura do papel dos testes psicológicos no processo psicodiagnóstico, utilizados agora a partir de uma perspectiva dialógica não objetivante (TARDIVO, 2000b; TARDIVO, 2007; AIELLO-VAINSBERG, 1999). Os testes deixam de ter um papel essencialmente diagnóstico e passam a ser também um importante facilitador para a produção de associações e comunicação emocional na relação paciente-profissional, tendo como principal referência o modelo de “Jogo do Rabisco” utilizado por Winnicott (1968/1994a) em suas consultas terapêuticas com crianças, procedimento este que será detalhado no próximo item deste capítulo.

Autores como Tardivo (2003, 2004a), Sobral, Paulo e Tardivo (2008) e Barbieri (2010a) ressaltam o uso de instrumentos diagnósticos menos estruturados, também chamados por Trinca (1997) de técnicas de investigação clínica da personalidade, que priorizam a livre associação, permitindo ao paciente uma apropriação pessoal na construção de sentidos aos estímulos oferecidos. Também permite ao paciente o ato de recriar e reparar objetos a partir da atribuição de significados aos estímulos incompletos ou ausentes apresentados nos testes projetivos (TARDIVO, 2000a). O processo de análise dessa produção visa apreender sua singularidade pessoal utilizando o método da livre inspeção do material, reconhecendo a influência do pesquisador na qualidade dos dados, aspecto este inerente às pesquisas de delineamento qualitativo (BARBIERI, 2010a). O uso de testes de caráter quantitativo pode ser de grande valia dentro de um psicodiagnóstico interventivo, respeitando-se, porém, seus alcances e limites durante uma aplicação na perspectiva dialógica.

Um exemplo de estudo de caso que demonstra o uso dos testes psicológicos a partir de uma perspectiva dialógica é apresentado por Sobral, Paulo e Tardivo (2008). Essas autoras descrevem um relato de experiência sobre o atendimento de uma mulher de 48 anos de idade com dificuldades em seus relacionamentos amorosos, identificada através do uso da Escala Adaptativa Operacionalizada (EDAO). O instrumental empregado nesse estudo inclui o Questionário Desiderativo (QD) e o Procedimento Desenho Estória (D-E). Segundo as autoras, a aplicação dos testes projetivos auxiliou na comunicação emocional da paciente durante as primeiras consultas. Foi permitido a esta paciente encontrar no acolhimento e

holding do terapeuta um ambiente favorável para a continuidade de sua integração e, ao final do processo, verificou-se a melhora dos aspectos referentes ao setor afetivo-relacional, elaborados a partir das vivências transferenciais com a terapeuta. As intervenções realizadas através das respostas fornecidas pela paciente aos testes possibilitaram a obtenção de *insights* sobre aspectos como sua constante idealização de seus relacionamentos, o medo da rejeição, a incapacidade de ficar só e a necessidade de aceitação pelo outro.

Em um trabalho posterior, Paulo e Tardivo (2011) concluem que o sucesso do Psicodiagnóstico Interventivo reside na postura adotada pelo terapeuta durante o processo e, em especial, na aplicação dos testes. Ao adotar uma posição flexível e acolhedora, o terapeuta facilita a instauração de um vínculo de confiança, podendo utilizar as respostas fornecidas aos testes pelo paciente como meio de intervenção. Nesse processo, o terapeuta utiliza a própria configuração simbólica do paciente como forma de comunicar seus aspectos subjetivos que até então não estavam integrados a sua personalidade total (PAULO; TARDIVO, 2011).

Quanto a sua natureza teórico-prática, podem ser encontradas também diversas formas de se conceber o Psicodiagnóstico Interventivo, tendo em vista diferentes referenciais teóricos e instrumental variado. Como exemplo pode-se citar o processo Psicodiagnóstico Interventivo de orientação fenomenológica proposto por Ancona-Lopes e colaboradores (1995a), o Psicodiagnóstico Interventivo que adota o referencial analítico junguiano, utilizado nos estudos de Giovanetti e Sant`Anna (2005), e o Psicodiagnóstico Interventivo de orientação psicanalítica, adotado por autores como Barbieri (2002), Tardivo (2004a) e Aiello-Vainsberg (2004).

No presente trabalho, é adotado o Psicodiagnóstico Interventivo que tem como referencial o modelo psicanalítico de compreensão da personalidade. Segundo Barbieri (2010a), o Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico descende do diagnóstico compreensivo proposto por Trinca (1984a), sendo organizado em conformidade com os fatores estruturantes do processo compreensivo, citados no primeiro item deste mesmo capítulo, e adotando como instrumental para sua execução técnicas projetivas e entrevistas clínicas.

No que se refere aos tipos de intervenções realizadas no Psicodiagnóstico, Ocampo e Arzeno (1974/1995b) afirmam que o uso de intervenções e assinalamentos nas entrevistas devolutivas devem se restringir a situações em que aparecem indícios de fracasso na entrevista, como condutas estereotipadas ou a insistência em negar certos conteúdos. Já Verthelyi (1989) defende o uso de assinalamentos e interpretações nas situações em que se faz necessário diminuir o grau da ansiedade inicial de um paciente, relacionada ao contato com uma situação nova e desconhecida, ou o bloqueio de uma criança durante a realização da hora

de jogo diagnóstica. Os assinalamentos e interpretações podem ser formulados através de afirmações, perguntas, sugestões ou questionamentos. Verthelyi (1989) destaca como benefícios o favorecimento de um vínculo com maior abertura e reflexão por parte do paciente. Bleger (1964/1993) incentiva o uso de interpretações em contextos de entrevistas diagnósticas, sobretudo em situações de interrupção ou distorção do processo de comunicação. Esse mesmo autor ressalta que as interpretações devem se dirigir apenas aos dados emergentes, ou seja, ao que acontece no aqui-agora da entrevista.

No Psicodiagnóstico Interventivo, as intervenções tomam um sentido mais amplo, podendo ser realizadas em todas as etapas e situações do processo psicodiagnóstico. Santiago (1995) afirma que as intervenções podem ser dirigidas aos dados da relação entre profissional-paciente, ao material dos testes, bem como a conteúdos das associações e lembranças do paciente. Barbieri (2010a) assinala que as devoluções realizadas sob o referencial do Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico não têm o intuito de serem meramente informativas, assim como aquelas empregadas na entrevista devolutiva, mas sim de favorecer uma experiência transferencial ao paciente por meio do contato com a figura do terapeuta.

Paulo (2004; p. 212-214) apresenta algumas das possibilidades de comunicação e intervenção com o paciente a partir das técnicas projetivas. Segue abaixo uma síntese dessa classificação:

1 – Intervenção imediata: diz respeito às intervenções que devem ser realizadas de forma imediata nos casos em que a técnica projetiva mobiliza emoções e conteúdos inconscientes que estavam encobertos pela estrutura defensiva, impossibilitando a sequência da tarefa.

2 – Intervenção facilitadora: refere-se ao uso do teste projetivo como elemento mediador no contato terapêutico, favorecendo associações livres e o diálogo entre psicólogo-paciente.

3 – Intervenção espontânea: associação ao conteúdo dos testes e técnicas aplicadas feita de forma espontânea pelo paciente nas sessões posteriores à aplicação inicial do instrumental projetivo.

4 – Intervenção a partir de símbolos: utilização pelo psicólogo das respostas e narrativas elaboradas pelo paciente durante a aplicação das técnicas, como elemento ilustrativo de um conteúdo que emerge em sessões posteriores e que necessita ser trabalhado pelo par.

5 – Interpretação: elaboração de interpretações profundas relacionadas ao material inconsciente que emerge durante o fornecimento de repostas e narrativas aos testes aplicados.

6 – Intervenção a partir da interpretação transferencial: uso das respostas e narrativas fornecidas aos testes para apontar as vivências que ocorrem na relação entre psicólogo-paciente.

Assim como a própria autora destaca (PAULO, 2004), algumas dessas intervenções se sobrepõem durante a prática clínica, sendo sua distinção e categorização uma tentativa de ordenar as ações que ocorrem durante a realização do Psicodiagnóstico Interventivo de um ponto de vista teórico. Podemos concluir que essa classificação cumpre os objetivos pedagógicos, facilitando o ensino e aprendizado da prática do Psicodiagnóstico Interventivo e clínico, pois permite uma distinção mais clara da postura do terapeuta durante a execução dos processos psicodiagnósticos interventivo, possibilitando também a visualização dos possíveis alcances e benefícios dessa atividade ao paciente.

Apesar das diversas menções feitas à função terapêutica do Psicodiagnóstico Interventivo, é preciso entender que os benefícios e os efeitos terapêuticos são diferentes daqueles descritos no contexto analítico ou psicoterapêutico. Santiago (1995) destaca como benefícios do Psicodiagnóstico Interventivo a possibilidade de exploração da capacidade de *insights* do paciente através da realização de assinalamentos, interpretações e devoluções dos resultados dos testes aplicados, permitindo um maior contato do paciente com seu mundo interno. A mesma autora ainda enfatiza a possibilidade de realizar encaminhamentos mais compatíveis com as necessidades e recursos do paciente, incluindo uma melhor preparação e adesão para um processo psicoterapêutico.

Ao abordar a importância da entrevista de devolução do processo Psicodiagnóstico, Grassano (1996) elencou alguns aspectos relacionados à capacidade de aprendizagem que pode ter sido ampliada pelo paciente durante o psicodiagnóstico. Tais aspectos incluem o desenvolvimento de suas capacidades associativas, de *insight* e colaboração. Podemos pensar que seriam estes alguns dos indicadores a serem utilizados durante um processo Psicodiagnóstico Interventivo para observar sua possível ação terapêutica no paciente.

Em um estudo que visava averiguar os efeitos terapêuticos do Psicodiagnóstico Interventivo de orientação psicanalítica com oito crianças com condutas antissociais, Barbieri, Jacquemin e Alves (2004), observaram a melhora significativa na sintomatologia de cinco crianças, tendo apenas dois malogros terapêuticos e uma desistência durante o processo. A análise dos itens estrutura da personalidade, controle pulsional, relacionamentos pessoais e qualidade das funções egóicas, avaliadas através da aplicação do *Rorschach*, demonstrou que crianças com organização neurótica da personalidade, com comprometimentos de leve a moderado nos relacionamentos pessoais e controle pulsional, incluindo também o

funcionamento defensivo, foram as que mais se beneficiaram do Psicodiagnóstico Interventivo.

A compreensão de efeitos terapêuticos também foi foco do estudo proposto por Lazzari e Schimidt (2008), que teve como objetivo investigar a percepção dos pais na mudança de comportamento dos filhos após o processo psicodiagnóstico tradicional. Empregando a análise de conteúdo do material coletado através de entrevistas semiestruturadas com treze mães de crianças e adolescentes, as autoras constataram que, para estas mães, houve uma maior estabilidade no humor das crianças, com redução da agressividade e sintomas de ansiedade, repercutindo diretamente na qualidade dos relacionamentos interpessoais e familiares. No âmbito escolar, as mães relatam melhora no rendimento, com maior responsabilização e organização das atividades escolares. Segundo as autoras, as mães ainda relataram redução em sua própria ansiedade e sentimentos de culpa em relação à problemática dos filhos, tendo algumas delas buscado encaminhamentos para atendimento psicoterápico para si após o término do psicodiagnóstico com os filhos.

Mishima e Barbieri (2009) realizaram um estudo de caso clínico com uma mulher de 32 anos de idade com obesidade grau I, tendo como objetivo principal apresentar uma forma alternativa de tratamento a mulheres obesas baseada no Psicodiagnóstico Interventivo. Foram realizadas seis sessões de Psicodiagnóstico Interventivo, utilizando como instrumental uma entrevista clínica semiestruturada, associada ao Teste do Desenho da Figura Humana (DFH) e ao Teste de Apercepção Temática (TAT). Como resultados, as autoras relatam que a partir dos assinalamentos das condutas percebidas durante as sessões e aplicação de testes, e a atitude de *holding* da terapeuta, foi possível evidenciar uma perda de peso na paciente constatada através da redução de seu Índice de Massa Corporal (IMC) a um linear considerado saudável.

Apesar dos resultados positivos dos estudos mencionados acima, deve-se ficar claro que o papel do Psicodiagnóstico Interventivo não é o de substituir uma Psicoterapia quando ela é necessária. O papel do Psicodiagnóstico Interventivo não seria o de suprimir sintomas, mas sim permitir uma avaliação psicológica mais acurada, preparando o indivíduo para um processo psicoterápico quando este se faz importante (BARBIERI, 2002). No entanto, os dados apresentados trazem como conclusão que o Psicodiagnóstico Interventivo pode ser de grande utilidade em situações específicas, mas que devem ser mais bem compreendidas através de estudos clínicos sobre eficácia, alcances, indicações e contra indicações desse procedimento clínico.

No âmbito do Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (IP-USP), o projeto APOIAR, alocado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, tem empreendido estudos e pesquisas visando a exploração de enquadramentos diferenciados no atendimento em psicologia Clínica Social, tendo como referencial teórico a psicanálise (TARDIVO, 2004b). Dentre os enquadramentos investigados, destacam-se pesquisas utilizando-se do Psicodiagnóstico Interventivo junto a populações e camadas sociais que até então têm recebido pouca atenção em estudos e intervenções voltadas à saúde mental.

As adoções do pressuposto metodológico que concebe as etapas diagnósticas e interventivas como tarefas indissociáveis têm sido difundidas não só no âmbito das pesquisas acadêmicas realizadas no APOIAR, mas também na formação em graduação no curso de Psicologia, na qual o Psicodiagnóstico Interventivo tem sido adotado como modelo de trabalho para o aprendizado da prática diagnóstica no campo psicológico (TARDIVO, 2007, 2008a), demonstrando que este procedimento possui também uma importante função pedagógica, auxiliando na formação de um pensamento crítico sobre a prática clínica em psicologia.

Tendo em vista o particular interesse desta pesquisa na possibilidade de aplicação do Psicodiagnóstico Interventivo como trabalho de intervenção junto à população idosa com sintomas depressivos, cabe destacar aqui dois estudos empreendidos neste Laboratório e que utilizaram este enquadre no atendimento clínico. O primeiro deles é o trabalho desenvolvido por Gil (2005), que se deu a partir do acompanhamento de dois idosos com sintomas depressivos, visando compreender o que buscava a clínica psicológica da depressão nessa população. Para tal estudo, foi utilizado um modelo Diagnóstico-Interventivo inspirado nas Consultas Terapêuticas de Winnicott, adotando-se a aplicação de instrumentos projetivos que, além da função diagnóstica, serviam também como mediadores para o estabelecimento da relação terapêutica. Como resultados desses estudos, Gil (2005) pôde observar uma melhora significativa dos idosos, proporcionada pelo encontro terapêutico em *settings* que possibilitaram uma adequada sustentação e integração.

Ainda no âmbito do APOIAR, Paulo (2004, 2006), embora não tenha trabalhado com idosos, conduziu uma importante pesquisa com o objetivo de apresentar o Psicodiagnóstico Interventivo em pacientes adultos com diagnóstico clínico de depressão. Foram atendidos durante doze sessões quatro pacientes, sendo duas mulheres e dois homens, com faixas etárias de 31 a 57 anos de idade. O instrumental empregado incluiu uma entrevista semiestruturada associada ao questionário desiderativo (QD) e o teste de relações objetivas de Philipson (TRO).

A autora também optou pela aplicação inicial e final do Inventário Beck de Depressão (BDI), visando avaliar os progressos dos atendimentos.

A partir do estudo de Paulo (2004), foi possível uma melhor compreensão sobre a estruturação do Psicodiagnóstico Interventivo com pacientes adultos, tema ainda pouco explorado quando comparado à quantidade de estudos envolvendo o atendimento infantil. A autora conclui que o uso de testes projetivos na mediação do contato favorece associações livres e facilita o trabalho interpretativo do terapeuta. A partir destas conclusões, a autora categorizou os principais tipos de intervenções possíveis no processo Psicodiagnóstico Interventivo, citadas anteriormente neste mesmo item. Quanto à eficácia terapêutica, a autora constatou melhora nos sintomas depressivos dos pacientes com organização neurótica da personalidade, enfatizando a necessidade de estudos sobre a aplicação deste método com pacientes que possuem uma organização psicótica da personalidade.

É possível concluir que o advento do Psicodiagnóstico Interventivo auxiliou na construção de um modelo de atuação mais adequado para as atuais demandas clínicas do psicólogo, demonstrando-se também como um modelo mais condizente para construção da identidade deste profissional. Por outro lado, a existência dessa proposta não anula a importância do Psicodiagnóstico tradicional, mas se apresenta como um modelo que deve ser empregado em condições particulares e que também não exclui a importância da Psicoterapia, já que, como elencado anteriormente, este não possui o papel terapêutico tomado no sentido *stricto sensu*.

B.4 – Consultas Terapêuticas: Contribuições ao Psicodiagnóstico Interventivo

É um consenso entre os autores que pesquisam o Psicodiagnóstico Interventivo a importância do trabalho de Donald W. Winnicott para este campo, em especial seu trabalho sobre as Consultas Terapêuticas. Estas têm se destacado como importante referencial clínico para os trabalhos conduzidos no âmbito do APOIAR, fato este que pode ser constatado em revisão da produção científica dos pesquisadores e colaboradores deste laboratório que publicaram trabalhos na sua jornada científica anual, a Jornada APOIAR.

Em consulta aos anais das últimas oito jornadas, realizadas até o ano de 2012, podemos encontrar cerca de 56 trabalhos que fazem alusão direta às consultas terapêuticas de Donald W. Winnicott como um importante referencial. Para além destes trabalhos, podemos encontrar também inúmeras outras publicações nos anais da Jornada que não foram acrescidos a este número, mas que, apesar de não citarem diretamente as consultas terapêuticas, são claramente influenciadas por elas.

A consulta terapêutica tem sido utilizada como referencial para o estágio clínico de alunos de graduação em Psicologia em hospitais psiquiátricos, tanto nos formatos individuais (PAULO et al., 2005; PAULO; TARDIVO, 2007; CRUZ et al., 2009; SALLES et al., 2012) como grupais (FREITAS; GIL; TARDIVO, 2007; RONCOLATO et al., 2009). É um instrumental importante no atendimento a pacientes nas diferentes etapas do ciclo do desenvolvimento humano, em condições específicas, como crianças e adolescentes com depressão (VIEIRA et al., 2006; BISI; SOUZA, 2006), crianças abrigadas (LEONCIO et al., 2005; LEONCIO; TARDIVO, 2007; PASSARINI; COLACIQUE; TARDIVO, 2011), adultos com transtorno do pânico (VALLE; TARDIVO, 2007), adultos com depressão (PAULO, 2006) e idosos com depressão (SALLES; TARDIVO, 2012).

Também podem ser encontrados trabalhos sobre o uso das consultas terapêuticas como referencial no acolhimento inicial de pacientes em clínicas escolas (SOUZA; TARDIVO, 2007), no atendimento a pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (HIRATA et al., 2010), e como enquadre clínico no atendimento em Odontopediatria (VICENTE; TARDIVO, 2011).

Observa-se que em todos esses trabalhos as consultas terapêuticas adquirem uma importância que vai muito além daquela comumente delegada a um referencial teórico de base, adquirindo o status de um posicionamento ético adotado pelos profissionais e colaboradores deste Laboratório, que permite a vivência de uma dupla função: a de um pesquisador que investiga um fenômeno e a de um terapeuta que lida com o sofrimento humano. Tal postura vai de encontro ao objetivo deste Laboratório que, ao longo dos anos, vem estudando enquadres clínicos mais condizentes com as particularidades de cada indivíduo, unindo pesquisa e intervenção.

Cabe ainda destacar que em grande parte dessas pesquisas existem alusões ao uso das consultas terapêuticas como um referencial para o Psicodiagnóstico Interventivo psicanalítico, demonstrando uma estreita relação entre esses dois enquadres clínicos. Faz-se necessário compreender essa relação e, para isso, é importante definir as Consultas Terapêuticas e suas contribuições para a prática do Psicodiagnóstico Interventivo psicanalítico.

De acordo com Winnicott (1965/1994), as consultas terapêuticas partem do pressuposto de que a primeira entrevista possui uma fundamental importância no contexto clínico pelo fato de que o paciente, seja este um adulto ou uma criança, possui uma capacidade de acreditar na obtenção de ajuda a partir do primeiro contato com a figura do terapeuta. Winnicott (1971/1984) pontua que as consultas terapêuticas não se configuram como um atendimento psicanalítico *stricto sensu*, e sim da utilização integral do material

emergente nas entrevistas iniciais, possuindo então o caráter de uma intervenção breve que se passa em torno de uma a três sessões.

Para a execução desta tarefa, Winnicott baseou-se em sua teoria do amadurecimento emocional e no relacionamento do sujeito com o ambiente, ponto enfatizado em seu trabalho, sendo a existência de um ambiente sensível que forneça um *holding* adequado a pré-condição para o sucesso do modelo de consultas terapêuticas (WINNICOTT, 1971/1984).

As propostas de consultas terapêuticas surgem da experiência clínica de Winnicott durante sua prática hospitalar como médico pediatra. Durante esse período, Winnicott pôde observar que as crianças que visitava tinham com certa frequência sonhos com ele na noite anterior à sua consulta. Tal fato seria indicativo de uma preparação mental em relação à figura do profissional e a possibilidade de obter ajuda, sendo que restava a este ajustar-se a esta ideia pré-concebida pela criança. O resultado deste processo era a eclosão de um sentimento de confiança e necessidade de compreensão por parte da criança que, se bem utilizada, proporcionaria a exploração integral dos conteúdos que emergem na primeira entrevista (WINNICOTT, 1971/1984).

Em síntese, pode-se afirmar que para Winnicott (1965/1994), as consultas terapêuticas visam à construção de um *setting* especial, marcado pela afetividade e o desejo de comunicação entre terapeuta e paciente. Partem da ideia de que se for dada a oportunidade de maneira adequada e espontânea, o paciente irá expor o problema ou conflito emocional predominante em seu atual período de vida. É neste fato que reside uma das principais distinções entre consultas terapêuticas e o atendimento psicanalítico *stricto sensu*. Winnicott (1971/1984), afirma que enquanto a Psicanálise se ocupa da análise da neurose de transferência, que vai se desdobrando gradualmente durante o processo analítico, nas consultas terapêuticas o terapeuta é tratado enquanto objeto subjetivo, possuindo um papel pré-estabelecido pelo paciente baseado em suas expectativas.

Essas expectativas colocam em evidencia um importante elemento que irá possibilitar a viabilização desta prática: a esperança do paciente em ser ajudado. Toda pessoa que procura um atendimento psicológico, seja ele de qual ordem for, possui grande esperança em obter ajuda. Na Psicanálise tradicional, a compreensão da relação terapêutica recai no desejo do indivíduo em reeditar seu passado no presente através do movimento transferencial junto à figura do analista, tornando conscientes aspectos que antes eram inconscientes. Em seu trabalho sobre a natureza humana, Winnicott (1988/1990) coloca a esperança como substituta do desejo, afirmando que o indivíduo que perde a esperança cai em uma condição de adoecimento. Na clínica de Winnicott ocorre uma reformulação na compreensão do fenômeno

transfereencial. A transferência passa a representar a esperança do indivíduo em viver uma experiência que não lhe foi permitida viver em uma etapa primitiva de seu processo de amadurecimento emocional, colocando o terapeuta na condição de objeto subjetivo na expectativa de que algo que não ocorreu possa agora ocorrer nessa nova relação.

A compreensão da disponibilidade que o indivíduo demonstra desde a primeira sessão, trazendo uma série de materiais não defendidos que poderão demorar anos para serem novamente colocados em evidência num processo de análise, é de fundamental importância para execução do Psicodiagnóstico Interventivo. O psicólogo deve ter claro que para além da tarefa diagnóstica, existe um pedido de ajuda subjacente à demanda de avaliação. Essa leitura da situação diagnóstica como um pedido de ajuda promove uma reformulação no papel do psicodiagnóstico, que deixa de ser apenas uma medida técnica, justificando a necessidade de se pensar no psicodiagnóstico como meio de intervenção.

Pode-se afirmar que as consultas terapêuticas têm como principais referenciais, dois outros trabalhos desenvolvidos por Winnicott: o Jogo da Espátula e o Jogo do Rabisco.

Durante cerca de vinte anos, Winnicott teve a oportunidade de realizar observações de bebês em um contexto particular a que chamou de “situação estabelecida” (WINNICOTT, 1941/1970). O procedimento em questão era demasiadamente simples. Winnicott colocava sobre a mesa de consultório um depressor de língua brilhante em frente ao local onde a mãe iria se sentar com seu bebê, estando no campo de visão da criança, permitindo que esta interagisse livremente com o objeto caso este lhe despertasse o interesse.

Conforme as descrições do autor, as mães, em geral, logo entendiam a atividade proposta. A atenção de Winnicott era então direcionada para a habilidade, ou relativa inabilidade, das mães em seguir a sugestão, reproduzindo em seu consultório o comportamento que apresentavam em casa no manejo diário de seu bebê. A situação estabelecida cumpriria dois objetivos: observar a relação inicial entre mãe e bebê em um momento prévio à interação da criança com a espátula, e num segundo momento, observar a forma como a criança brincaria com o objeto brilhante.

Winnicott (1941/1970) descreveu três estádios de interação entre o bebê e a espátula. Em um primeiro momento, ocorre a hesitação da criança em se apropriar do objeto. Para o autor, este estado inicial de hesitação estaria relacionado à ansiedade e à existência de um superego primitivo e as respectivas fantasias, que inibem sua interação com a espátula. Nesse momento, Winnicott descreve que o dilema que a criança enfrenta:

Ou, com a mão na espátula e o corpo imóvel, ele olha para mim e para a mãe com olhos bem abertos, observa e espera, ou, em alguns casos, retira completamente seu interesse e enterra a cabeça na blusa da mãe. É geralmente possível controlar a

situação de modo a não tranquilizar ativamente a criança e é muito interessante observar o retorno gradual e espontâneo do interesse da criança pela espátula. (WINNICOTT 1941/1970, p. 141).

No segundo estágio ocorre a apropriação da espátula e a possibilidade de vivenciar uma experiência com este objeto. É importante entender que a criança só se prontifica a brincar com a espátula quando sua ansiedade inicial é reduzida e o ambiente a faz se sentir segura o suficiente para que esta interação ocorra. Por último, na terceira etapa desse processo, ocorre o desinvestimento da espátula e a decorrente perda do interesse pelo objeto. Neste momento, a criança joga a espátula no chão e Winnicott compreendia que a sessão estava encerrada, observando também a melhora do sintoma psicossomático apresentado pelo bebê.

O Jogo da Espátula é considerado o elemento paradigmático na clínica winnicottiana, pois é possível encontrar nesse trabalho os princípios básicos de seu pensamento, desenvolvidos de forma mais ampla em seus trabalhos posteriores (SAFRA, 1999).

Para Winnicott (1941/1970), a espátula não representaria apenas o pênis ou o seio, mas principalmente as pessoas. A forma como a criança brinca com a espátula seria o indicativo da capacidade do bebê em se relacionar com pessoas de forma total ou como objetos parciais, indicando também a possibilidade de manejar dois objetos de uma só vez. Os dois objetos em questão representariam as figuras parentais, e a dificuldade da criança em unir as duas experiências residiria na ambivalência que a relação com estas duas figuras comportam: elas possuem a dupla capacidade de prover e frustrar, sendo difícil para o bebê unificar estas experiências e delegá-las a um só objeto. Ao final do processo, a criança pode se desvencilhar facilmente do objeto, pois se dá conta de que seus objetos internos bons não desapareceram ou foram destruídos de seu mundo interno pelas suas tendências destrutivas iniciais, simbolizadas pela hesitação inicial diante da espátula. Cabe, então, permitir que as relações com coisas e pessoas, tanto fora quanto dentro de si, possam ser reparadas e revistas pelo bebê.

Winnicott (1941/1970) afirma que a ação terapêutica do Jogo da Espátula estaria na possibilidade do desenvolvimento completo de uma experiência. Assim como a mãe permite de forma intuitiva a ocorrência de várias experiências em seu estado natural, como a amamentação, o sono ou a evacuação, o analista agiria de forma análoga permitindo ao paciente estabelecer o ritmo de cada sessão, embora estabeleça também alguns limites no enquadre (local, tempo de sessão, honorários, dentre outros).

Essas considerações levam-nos a compreender que os três estágios de interação entre bebê-espátula simbolizam a dinâmica de cada sessão nos processos de análise, consultas

terapêuticas, como também, no Psicodiagnóstico Interventivo. Em cada consulta, o paciente experimentaria estes três estádios (hesitação, interesse/vivência de uma experiência e desinvestimento), instaurando a noção de temporalidade, em que cada sessão passa a ser encarada como uma unidade indivisível, constituída de começo, meio e fim. Safra (1999) afirma que, assim como a espátula, a consulta também é jogada fora quando o paciente caminha de maneira satisfatória em seu processo terapêutico, a ponto de estar suficientemente confiante para poder se livrar do terapeuta até o próximo encontro.

A principal contribuição do jogo da espátula para as consultas terapêuticas e o psicodiagnóstico interventivo seria a possibilidade de o terapeuta manejar o *setting* em função desses três estádios apresentados pelo paciente no decorrer da sessão. Ao discutir os aspectos da clínica de Winnicott, Safra (1999) destaca a importância de o terapeuta intervir com a sustentação da situação clínica no tempo, fornecendo as condições básicas para que o gesto criativo do paciente possa aparecer, criando o mundo e a si mesmo, assim como os bebês atendidos por Winnicott no Jogo da Espátula. Ao sustentar esse tempo, o terapeuta deve se privar de realizar interpretações ou assinalamentos em um momento em que o paciente ainda não se encontra pronto para recebê-las (a hesitação), restringindo-se ao manejo do *setting* e a atitude de *holding* a fim de favorecer uma experiência temporal integradora. Em seu devido tempo, o paciente poderá viver uma experiência transformadora com o terapeuta e, no momento seguinte, através do gesto espontâneo, criar o final da sessão, desvincilhando-se do terapeuta.

Essa discussão remete à reflexão sobre o lugar da interpretação na clínica de Winnicott e, conseqüentemente, à compreensão do que viria a ser a intervenção no âmbito das consultas terapêuticas e do processo psicodiagnóstico. A interpretação, ao lado da transferência e da resistência, compõe o tripé da técnica psicanalítica tradicional, configurando-se como uma das principais ferramentas à disposição do analista em sua tarefa clínica de cuidado. No entanto, os progressivos avanços teórico-práticos do pensamento psicanalítico, são inevitavelmente acompanhados da redefinição dos objetivos de um tratamento, que passa a ser uma tarefa muito mais ampla do que o simples “tornar consciente o inconsciente”, exigindo uma reformulação da ferramenta interpretação para se adequar a estas novas necessidades. Neste aspecto, Winnicott contribuiu consideravelmente não só na redefinição do papel da interpretação, mas também na própria compreensão do que viria a ser a cura em um processo de análise. Em “Os objetivos do tratamento psicanalítico” (1962/1983b), ao falar sobre o lugar da interpretação em sua clínica, Winnicott, deixa claro que a interpretação, apesar de sua

importância, não tem um papel central em sua prática cotidiana, dando a entender que existem outros elementos tão importantes quanto a interpretação durante um processo de análise:

Minhas interpretações são econômicas, pelo menos assim espero. Uma interpretação por sessão me satisfaz, se está relacionada com o material produzido pela cooperação inconsciente do paciente. Digo uma coisa, ou digo uma coisa em duas ou três partes. Nunca uso frases longas, a menos que esteja muito cansado. Se estou próximo da exaustão, me ponho a ensinar. Além disso, na minha opinião, uma interpretação que contém a expressão “além disso” é uma sessão de ensino. (WINNICOTT, 1962/1983b, p. 153).

Dias (2008) assinala que os pré-requisitos para a tarefa interpretativa na clínica psicanalítica tradicional, baseada no pensamento freudiano, residem na existência de um inconsciente reprimido e desejos recalçados. No entanto, na teoria de Winnicott, a vida intrapsíquica, com seus respectivos desejos, fantasias e toda a gama de conteúdos inconscientes, não é algo inato ao indivíduo, mas sim uma conquista a ser adquirida nas etapas primitivas de seu processo de amadurecimento.

Para Dias (2008), ao falarmos em estágios primitivos, seria mais adequado empregar o termo inter-humano no lugar de um intrapsíquico que ainda não está lá. O inter-humano pressupõe uma relação de “dois em um” na unidade ainda indivisível, composta nestas etapas iniciais pelo par mãe-bebê e marcada por relações que se dão nos níveis pré-verbais, pré-representacionais e pré-simbólicos.

No cotidiano da prática clínica, é não só possível, como bem provável, deparar-se com casos que carecem de certas conquistas que deveriam ter ocorrido nas etapas iniciais. A estes casos, a interpretação tradicional não seria uma ferramenta viável, sendo necessário rever o processo de intervenção. Nessas situações, utilizar-se da interpretação verbal do inconsciente recalçado seria falar com o paciente em uma linguagem que não lhe pertence. O próprio Winnicott (1968/1994b) faz advertências sobre o uso de interpretações aparentemente corretas do ponto de vista do analista, mas totalmente equivocadas na perspectiva do paciente.

Para Winnicott (1964/1983), a análise que se utiliza da atividade interpretativa em seu sentido tradicional deve restringir-se a pacientes de estruturas neuróticas, e/ou, casos de depressões reativas, pois são estes os pacientes que possuem um mundo intrapsíquico melhor delimitado, suportando este tipo de trabalho. Já nos casos de maior gravidade, como estruturas psicóticas, o trabalho recairia no manejo do *setting* a fim de oferecer a provisão ambiental que faltou a estes pacientes e que deve ser experienciada junto à figura do analista através de sua função de *holding*.

Winnicott (1960/1983) pressupõe uma tendência inata à maturação do bebê, mas que só irá se concretizar caso este possa contar com um ambiente satisfatório que proporcione um *holding* adequado. O termo *holding* (sustentação) é utilizado por Winnicott para fazer menção

a toda provisão ambiental fornecida ao bebê por um ambiente materno consistente durante estágios primitivos, como a chamada dependência absoluta, nome que faz alusão à ausência de percepção por parte do bebê em relação ao cuidado materno, estando totalmente dependente deste cuidado para a sua sobrevivência. A função materna de *holding* auxilia o processo de integração do bebê, reforçando o ego primitivo do recém-nascido através de um apoio assistencial fornecido pelo ego materno, possibilitando que este se torne uma unidade. Nesse sentido, adotar uma postura de *holding* no contexto analítico seria oferecer condições ambientais para o reforço de funções pouco desenvolvidas pelo indivíduo, caracterizando-se como uma forma particular de intervir que não irá prescindir necessariamente da interpretação verbal.

Como visto, o processo diagnóstico tem um importante papel na clínica de Winnicott, pois somente através do conhecimento do tipo de organização psíquica do paciente é que será permitido ao terapeuta reconhecer o papel que irá desempenhar neste processo, como também o modo como irá intervir, dependendo da idade emocional do paciente (DIAS, 2008).

Novamente, as ideias de processo diagnóstico aliado à intervenção voltam a fazer sentido, já que, partindo das contribuições de Winnicott, a tarefa diagnóstica é imprescindível para a formulação terapêutica, assim como o diagnóstico por si só perde o sentido se não for acompanhado de uma intervenção adequada às necessidades e capacidades de cada paciente. Colocado desta forma, a questão central desta discussão não seria mais a possibilidade de intervir ou não intervir durante o processo psicodiagnóstico, mas sim como intervir tendo em vista a particularidade de cada caso.

Em síntese, podemos entender que, para Winnicott, a Psicanálise não se resume à interpretação de aspectos inconscientes, mas antes disso, ao fornecimento de uma relação profissional em que predomine a confiança, que é a mesma base para que surja a esperança, tratada no início deste item como um elemento imprescindível à realização das Consultas Terapêuticas, e também, ao Psicodiagnóstico Interventivo. Fecha-se, pois, um ciclo em que a clínica se resume mais em uma atividade relacional de cunho afetivo do que em um emaranhado de técnicas e procedimentos.

No entanto, uma questão fundamental poderia ser aqui levantada: como permitir a vivência dessa experiência relacional, com a imersão de aspectos como o gesto espontâneo do paciente, o respeito da sua temporalidade, ou o uso do *holding*, em um processo tão estruturado como o psicodiagnóstico? Esta é uma das questões essencialmente clínicas que as teorias de que dispomos não conseguem conceder uma resposta; sendo assim, é através da clínica que devemos buscar uma luz para esses e outros questionamentos.

Outro trabalho desenvolvido por Winnicott e que mantém estreita relação com as consultas terapêuticas foi o Jogo do Rabisco (*Squiggle Game*) (WINNICOTT, 1968/1994a), uma técnica elaborada por Winnicott com o objetivo de estabelecer contato com os pacientes infantis que eram encaminhados ao seu consultório. No que diz respeito ao jogo, Winnicott (1968/1994a) toma as devidas precauções ao diferenciá-lo de um teste psicológico, advertindo que seu valor reside na possibilidade de comunicação por parte do paciente que, ao brincar, informa ao terapeuta a respeito de seu mundo interno. Abaixo segue um trecho das instruções dadas por Winnicott:

Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: “Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim...”. E provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco. (WINNICOTT, 1968/1994a. pg. 232).

Apesar da simplicidade do procedimento, é fácil entender a sua importância na clínica de Winnicott e, em especial, no contexto das consultas terapêuticas. Como descrito anteriormente, Winnicott ressaltou o importante papel a ser exercido pelo terapeuta nas entrevistas iniciais com os pacientes, já que, subjacente à demanda diagnóstica, existe um pedido de ajuda a ser formulado. Ao propor esse jogo, Winnicott, explora a criação de um vínculo favorável e acolhedor em que, através do brincar, o paciente possa comunicar suas angústias e contar com a sustentação de um terapeuta que não se apresse a intervir com interpretações, mas que intervenha através da própria situação de jogo. Essa produção dialógica, resultante do trabalho conjunto entre terapeuta e paciente, se torna um importante material para a compreensão das vivências do paciente e, a partir dela, seria permitido a Winnicott formular perguntas e realizar assinalamentos.

Pode-se afirmar que o jogo do rabisco contribuiu diretamente para a reformulação do papel atribuído aos testes psicológicos, com uma maior ênfase nos testes projetivos. O jogo do rabisco coloca em questão a importância de se ressignificar o enquadre diagnóstico, substituindo a usual postura neutra do terapeuta por uma abertura para o diálogo. Nesse cenário, o teste passa a ter um caráter mais abrangente, adquirindo o status de elemento facilitador para a comunicação entre terapeuta e paciente, sem perder, porém, sua função diagnóstica.

Partindo dessa perspectiva, a aplicação do teste não se diferencia do brincar, atividade fundamental na clínica de Winnicott. Para o autor, a clínica é composta de duas áreas do brincar, a do paciente e a do analista, e um tratamento tem de ser dirigido no sentido de

capacitar o paciente para o brincar de forma criativa. É durante o brincar ,e através dele, que a dupla terapeuta-paciente poderá se surpreender com a emergência de questões centrais no atual período de vida do paciente e que, na maioria das vezes, eram até então desconhecidas. Diante das ideias que são colocadas em trânsito, seja pela livre expressão verbal, seja pelo estímulo oferecido por um teste projetivo, é permitida ao terapeuta a dupla tarefa de realizar um diagnóstico e auxiliar o paciente na integração dos elementos dissociados de sua personalidade total.

Por último, é importante destacar o compromisso social do modelo de consultas terapêuticas, justificando o uso deste dispositivo clínico como referencial para a execução do Psicodiagnóstico Interventivo. Winnicott chegou a descrever que as consultas terapêuticas “[...] tem uma importância que a Psicanálise não possui ao atingir a necessidade e pressões sociais nas clínicas.” (WINNICOTT, 1971/1984, p. 10). Sua afirmação estava atrelada às próprias circunstâncias que o motivaram na constituição dessa modalidade de atendimento. No período em que trabalhou no serviço público como médico pediatra, Winnicott, por diversas vezes, se deparou com uma grande demanda por atendimentos em um cenário composto por poucos profissionais e famílias que não dispunham de condições para arcar com o tratamento psicanalítico tradicional (WINNICOTT, 1971/1984).

Nesse sentido, pode-se estabelecer um paralelo entre o cenário que culminou na consolidação deste formato de intervenção na clínica winnicottiana, e o atual panorama de atendimentos psicológicos no contexto comunitário e no âmbito dos Sistemas de Saúde e Assistência Social. São diversas as críticas deferidas aos atuais modelos de atuação por parte de psicólogos na rede pública, os quais se traduzem em uma tentativa frustrada de transpor a clínica tradicional para o ambiente comunitário. As práticas desenvolvidas pelos psicólogos nesse contexto constituem-se, em sua maioria, por atendimentos individuais dentro do *setting* psicanalítico tradicional, demonstrando pouca resolubilidade frente às questões de saúde mental emergentes (DIMENSTEIN, 1998; LIMA, 2005).

É consenso que a atuação em instituições comunitárias deve ter como ponto de partida a construção de enquadres diferenciados de atendimento clínico (AIELLO-VAINSBERG, 1999), fornecendo uma escuta clínica mais condizente com as necessidades de cada população, mas sem desconsiderar as particularidades das instituições onde o psicólogo está inserido. É baseado nessa premissa que se torna possível pensar no uso do Psicodiagnóstico Interventivo fundamentado na clínica de Winnicott, em especial suas consultas terapêuticas, como importante dispositivo clínico com maior grau de adequação às demandas socioeconômicas brasileiras.

CAPITULO II – JUSTIFICATIVAS E OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo justifica-se pela necessidade de se empreender pesquisas sobre a prática clínica com idosos, tendo em vista as particularidades desse segmento populacional e a relativa falta de trabalhos sobre procedimentos clínicos voltados para essas pessoas, em especial, para idosos acometidos por sintomas depressivos. Outro aspecto que justifica o presente trabalho é a necessidade de ampliação das modalidades de intervenções do psicólogo nos contextos comunitários, possibilitando, assim, a construção de uma clínica psicológica mais adequada à realidade social brasileira e às demandas prevalentes em saúde mental dos idosos inseridos em tal contexto. A literatura da área aponta que os modelos de atuação psicológica em contextos comunitários têm se configurado como reproduções da proposta clínica privada, desconsiderando as particularidades de cada campo, o que coloca em evidência a necessidade de se empreender estudos clínicos sobre novos enquadres na comunidade (DIMENSTEIN, 1998; SPINK, 2003).

Cabe destacar que a atividade clínica não é a única das atribuições do psicólogo no âmbito comunitário, devendo ser complementada com outras atividades com caráter preventivo, a exemplo das diversas propostas de grupos operativos e oficinas voltadas para a educação em saúde, bem como a participação do psicólogo na gestão dos serviços de saúde, auxiliando na elaboração e implementação de programas com foco na promoção em saúde. Porém, por diversas vezes, esse profissional é convocado para tal função, a qual deve acontecer em paralelo às demais propostas de trabalho citadas, a fim de se garantir uma forma de trabalho que possa atender às demandas de saúde mental nesse nível de serviço. A reflexão aqui apresentada diz respeito às formas como esse modelo clínico tem se configurado, sendo necessária uma atualização dessas práticas para o atendimento das reais demandas da população, estando também em constante diálogo com os demais dispositivos comunitários.

Nesse contexto, frente a uma sociedade que envelhece progressivamente, cabe pensar nas possíveis contribuições que tanto a Psicologia quanto a Psicanálise podem oferecer a uma população que vem alcançando idades cada vez mais avançadas, sem contar, porém, com uma qualidade de vida que sustente estes novos anos que se somam às suas vidas. É importante pensar a técnica psicanalítica com idosos a partir de novos enquadramentos, adaptados aos diferentes equipamentos de saúde e às principais demandas em saúde mental presentes no contexto comunitário, aliando, assim, o conhecimento teórico/técnico da clínica com a realidade dos nossos Sistemas de Saúde e Assistência Social. São diversas as possibilidades de intervenções a serem realizadas nestes campos, no entanto, no que se refere à prática clínica, cabe se destacar a importância da opção por métodos terapêuticos de caráter breve.

Dessa forma, a possibilidade de uso do Psicodiagnóstico Interventivo fundamentado na clínica de Donald W. Winnicott, em especial as Consultas Terapêuticas por ele propostas, pode se apresentar como importante dispositivo clínico com maior grau de adequação às demandas socioeconômicas brasileiras. Diante de tais questionamentos, este trabalho vem tentar articular uma possível aliança entre o Psicodiagnóstico Interventivo com referencial nas Consultas Terapêuticas, junto à população idosa que apresenta sintomatologias depressivas no contexto comunitário, verificando seu potencial enquanto recurso terapêutico neste campo de trabalho.

Por último, este trabalho também se justifica por ser uma pesquisa baseada na metodologia qualitativa, e que poderá se constituir em contribuições nas áreas científicas em que se insere: Psicologia Clínica no contexto comunitário, Psicodiagnóstico Interventivo, e Envelhecimento e Depressão.

A partir dessas justificativas, objetiva-se discutir e apresentar a aplicação de um modelo de Psicodiagnóstico Interventivo psicanalítico junto a idosos com sintomatologia depressiva no contexto comunitário. Os objetivos secundários deste estudo contemplam a discussão deste enquadre em suas dimensões teóricas e técnicas, assim como as particularidades de sua utilização na clínica social. Ainda como objetivo secundário, busca-se compreender o papel da depressão na velhice a partir de uma perspectiva psicanalítica.

CAPITULO III – ASPECTOS METODOLÓGICOS

A – TIPO DE MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa clínica, que utiliza de uma metodologia do tipo qualitativa, envolvendo o delineamento de estudo de caso para a sua viabilização. A pesquisa qualitativa é classificada por Minayo (1994) como sendo um tipo de pesquisa que responde a questões muito particulares, se ocupando de um universo que envolve significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais não podem ser quantificados.

Em sua discussão sobre as definições dos métodos qualitativos na área da saúde, Turato (2005) enfatiza a importância do termo “significado” enquanto ideia-chave para a compreensão da abordagem de pesquisa qualitativa, atribuindo um papel organizador à busca do significado por parte dos seres humanos frente aos diversos fenômenos e vivências. Sendo assim, para Turato (2005), a metodologia qualitativa de pesquisa tem como proposta compreender os sentidos e significados de um determinado fenômeno para a vida das pessoas que o vivenciam tanto no âmbito individual quanto coletivo. Volta-se para as características presentes na cadeia de significados e representações frente a um determinado fenômeno, almejando uma abordagem compreensiva, e não apenas a explicação centrada em resultados finais matematicamente trabalhados.

Pinto (2004) afirma que a pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica é sempre uma pesquisa-ação, o que ocorre devido ao constante processo dialético entre objeto de estudo e pesquisador no decorrer da construção da ação, permitindo, assim, que este objeto seja investigado e interpretado ao mesmo tempo em que já é passível de uma intervenção. Dessa forma, tendo em vista o caráter exploratório de tal estudo e o fato de serem indissociados o processo de intervenção e pesquisa na proposta de estudo qualitativo em Psicologia Clínica, optou-se pelo uso do estudo de caso de usuários idosos que serão atendidos pelo pesquisador dentro da proposta de Psicodiagnóstico Interventivo. Conforme o pensamento de Pinto (2004), o estudo dos casos atendidos se constitui enquanto um indutor de interação que permitirá ao pesquisador assumir o papel de terapeuta, cientista, sujeito e observador, por ser uma parte integrante do objeto que investiga e intervém.

No que se refere à proposta de estudo de caso, Gil (2009) a situa enquanto um delineamento de pesquisa de caráter qualitativo que possui como característica sua natureza holística, propondo-se a investigar cada caso em profundidade, tendo em vista sua totalidade circunscrita em um determinado contexto. Os estudos de casos podem ser direcionados a

diferentes fenômenos, tais como: indivíduos, um grupo, um evento, uma comunidade, uma organização, uma cultura, dentre outros.

Quanto ao seu formato, os estudos de casos podem ser classificados de formas variadas, a depender dos objetivos do estudo e natureza do fenômeno a ser estudado. Dentre as classificações de estudos de casos, a mais utilizada é aquela adotada por Stake (2007) e que descreve três tipos de estudos de casos baseados no número de casos estudados e objetivos: o estudo de caso intrínseco, o estudo de caso instrumental e o estudo de caso coletivo.

No estudo de caso intrínseco, o interesse do pesquisador recai sobre um caso em particular, sem a pretensão de generalizar os achados deste estudo para outros fenômenos, ou construir teorias. O principal objetivo é compreender em profundidade os aspectos do caso escolhido, tendo em vista sua unicidade. Já no estudo de caso instrumental, o exame de um caso em particular tem o objetivo de proporcionar *insights* sobre um assunto geral, e/ou, refinar uma determinada teoria. O caso passa a ser um instrumento para compreender um fenômeno mais amplo, adquirindo um caráter secundário como elemento que ilustra uma questão de maior profundidade.

Por último, no estudo de casos coletivos, também denominado como estudo de casos múltiplos (GIL, 2009), o pesquisador se utiliza de vários casos estudados em conjunto com o objetivo de investigar um fenômeno. Stake (2007) afirma que o estudo de caso coletivo pode ser visto como um estudo de caso instrumental estendido a vários casos. Para esse autor, a análise conjunta de múltiplos casos poderá ilustrar a organização do fenômeno estudado de forma mais ampla que o caso único, incorrendo na possibilidade de teorização e melhor compreensão de um fenômeno. Quanto a sua seleção, os casos podem ser selecionados por possuírem características comuns, sendo cada um deles descrito individualmente, mas analisados em conjunto.

A utilização do estudo de caso permite a análise em profundidade de cada uma das situações atendidas, proporcionando uma melhor compreensão sobre a viabilidade e as possibilidades terapêuticas advindas da aplicação desse modelo de intervenção no âmbito comunitário. Na presente pesquisa, foi utilizado o estudo de caso do tipo descritivo que, de acordo com Gil (2009), se caracteriza por proporcionar uma ampla descrição de um determinado fenômeno dentro de seu contexto, estando aberto às suas diversas formas de manifestações, o que irá possibilitar uma compreensão ampliada frente ao idoso atendido, visando à identificação das relações que este estabelece com seu meio. Este estudo também se apoia no referencial teórico psicanalítico tanto nos aspectos técnicos dos atendimentos, quanto na compreensão da dinâmica de cada um dos casos analisados no momento da discussão. O

método de apresentação e análise dos dados adotados baseia-se na proposta de estudo de casos coletivos proposta por Stake (2007), em que os dados são analisados a partir das perspectivas vertical (estudo individualizado de cada caso) e horizontal (discussão integradora dos pontos comuns e conclusões derivadas da análise de todos os casos apresentados).

B – PARTICIPANTES

Fizeram parte desta pesquisa dois idosos encaminhados pelas psicólogas e assistentes sociais da instituição onde foi realizado o procedimento. Os participantes encaminhados foram identificados pela equipe nas oficinas e visitas domiciliares que realizam, recebendo também encaminhamentos de idosos referenciados pelos profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo. Estes participantes foram encaminhados e convidados independentemente de gênero, etnia, cor, tendo como critérios apenas a idade igual ou superior a 60 anos, e a presença de sintomas depressivos relatados e confirmados a partir do Escala de Depressão Geriátria (GDS-15), instrumento que será descrito no próximo item. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), concordando com a utilização dos dados de seus atendimentos nesta pesquisa³. Cabe salientar que não houveram mudanças nos demais procedimentos e atendimentos efetuados pelos idosos na ocasião deste estudo. O procedimento aqui descrito tem por objetivo ser uma medida complementar que não visa substituir ou alterar qualquer outro tratamento em curso, em especial, os procedimentos de natureza farmacológica.

C – INSTRUMENTOS

Para a realização desta pesquisa, foram adotados dois instrumentos: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15); Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT). Segue abaixo uma breve descrição de cada um deles.

C.1 – Teste de Apercepção Temática para Idosos

O Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT) foi criado por Leopold Bellak e Sonya S. Bellak a partir da adaptação técnica inspirada no Teste de Apercepção Temática (TAT). O SAT é constituído por 17 pranchas com temáticas referentes ao envelhecimento, caracterizando-se como um teste projetivo que possibilita a investigação de questões e problemáticas específicas desta etapa da vida (BELLAK; ABRAMS, 1998). O teste pode facilitar uma compreensão sobre aspectos psicodinâmicos e da personalidade do indivíduo

³ A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos via Plataforma Brasil na data de 12/12/2012, tendo o parecer liberado em 04/03/2013 com o status de aprovação com pendências. As devidas correções foram efetuadas e o projeto foi novamente submetido via Plataforma Brasil na data de 02/05/2013. O número do protocolo de aprovação é 000318/2013.

idoso, porém, presta-se mais a função de proporcionar uma compreensão das principais preocupações que o idoso vivencia nessa etapa da vida, favorecendo também a expressão de aspectos que o idoso pode ter dificuldades em colocar de forma direta, e que, no entanto, podem tomar forma a partir das narrativas criadas diante das pranchas (BELLAK, 1949/1992). Um breve resumo de cada uma das pranchas desse teste pode ser encontrado em anexo ao final deste trabalho (Anexo B).

No Brasil, o processo de validação do SAT se deu através de um estudo que tinha como objetivo auxiliar no processo de diagnóstico compreensivo de depressão em idosos, tendo em vista a avaliação de aspectos psicodinâmicos de 102 idosos, sendo 56 deprimidos e 46 sem depressão, residentes na cidade de São Paulo (TARDIVO et al., 2011; TARDIVO, 2008b). Os instrumentos empregados neste estudo foram uma entrevista de triagem, visando o estabelecimento do *rapport*, e as 17 pranchas que compõem o SAT, analisadas às cegas e categorizadas em três grupos: desespero, esperança e desenlace.

Outro instrumento utilizado por esses autores foi a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que possibilitou a confirmação da sintomatologia depressiva nos idosos, adotando-se a nota de corte de cinco itens positivos para diagnóstico de depressão (TARDIVO et al., 2011). Como resultados do estudo, foram encontradas diferenças significativas no desempenho dos dois grupos (idosos com e sem depressão) nas três categorias utilizadas. Os autores concluem que o SAT é um importante instrumento projetivo para a compreensão da depressão em idosos, podendo ser associado a outros instrumentos, como a Escala de Depressão Geriátrica, para o diagnóstico desta condição em idosos. Para além da função diagnóstica proporcionada por este instrumento, o estudo também demonstra a importância do uso do SAT como método facilitador e mediador para o encontro terapêutico, auxiliando na comunicação e expressão emocional do sujeito idoso.

C.2 – Escala de Depressão Geriátrica

A Escala de Depressão Geriátrica foi elaborada por Yesavage et al. (1983), tendo como objetivo mensurar a presença e a intensidade de sintomas depressivos na população idosa. Em sua versão original é composta por 30 perguntas, possuindo também versões reduzidas com 15, 12, 10, 4 e 1 perguntas. Apresenta uma série de vantagens que a torna uma das escalas de depressão mais utilizadas em estudos e pesquisas com a população idosa. Dentre essas vantagens destacam-se a acessibilidade das perguntas, sendo de fácil compreensão, e a pequena variação na possibilidade de respostas (sim/não). Outra vantagem é a possibilidade de ser auto-aplicada, ou facilmente utilizada por um entrevistador treinado (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

No Brasil, os estudos de confiabilidade das versões de 15, 10, 4 e 1 perguntas da GDS foram realizados por Almeida e Almeida (1999). Os autores realizaram o teste-reteste da escala com 64 idosos nos ambulatórios da Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, constatando que as versões de 15 e 10 perguntas demonstram um grau de confiabilidade adequado quando considerados seus escores totais, podendo então ser utilizadas na prática clínica (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Sua correção se dá a partir da somatória dos itens afirmativos para sintomas depressivos, sendo que o resultado positivo de 5 ou mais das perguntas indica a possível presença de quadro depressivo, e o resultado positivo para 11 ou mais itens sugere presença de quadro depressivo de maior gravidade.

Como destacado no item anterior, a GDS também foi adotada como instrumento diagnóstico de sintomatologia depressiva em idosos no estudo de validação do SAT no Brasil, demonstrando ser um importante instrumento a ser utilizado de forma complementar ao teste projetivo (TARDIVO et al., 2011). Tendo em vista o seu grau de confiabilidade e acessibilidade, para este estudo foi feita a opção pelo uso da versão de quinze perguntas da GDS (Anexo C).

D – PROCEDIMENTOS

Os Procedimentos foram adotados a partir da aplicação de um modelo de Psicodiagnóstico Interventivo com referencial teórico no diagnóstico compreensivo de Trinca (1984a) e nas Consultas Terapêuticas de Winnicott (1971/1984). O material obtido, com base nas sessões realizadas, foi transcrito integralmente pelo próprio pesquisador através de anotações de cada sessão a partir de sua memória. Os dados só foram transcritos e analisados após o consentimento livre e esclarecido de cada participante. Todas as etapas, incluindo a aplicação e correção dos testes, foram realizadas pelo próprio pesquisador.

Foram realizadas sessões com periodicidade semanal, com tempo médio de cinquenta minutos, em uma sala de atendimentos localizada na instituição frequentada pelos participantes. O processo de Psicodiagnóstico Interventivo foi estruturado em sete encontros iniciais, que contemplaram entrevistas semiestruturadas, aplicação da GDS-15 e aplicação do SAT.

Foram realizadas de duas a três entrevistas iniciais do tipo semiestruturada, tendo como referencial o trabalho de entrevistas psicológicas de Bleger (1964/1993), com o objetivo de coletar informações a respeito da queixa principal e demais informações importantes sobre aspectos presentes e passados no histórico de vida do idoso. Ao final do primeiro encontro, aplicou-se a GDS-15 com o objetivo de confirmar a presença de sintomas depressivos nos

participantes, constatado por uma pontuação maior ou igual a cinco nesta escala, justificando sua participação nesta pesquisa. Os casos que obtiveram pontuação menor que cinco na escala foram excluídos do estudo, mantendo, porém, seus atendimentos dentro da proposta prevista.

Após a realização das entrevistas iniciais, foram aplicadas as dezessete pranchas do SAT. A utilização desse instrumento projetivo proporcionou uma melhor compreensão sobre as formas de manifestação do sofrimento psíquico de cada um destes indivíduos, auxiliando também no processo interventivo, tendo em vista sua aplicação dentro de uma perspectiva dialógica e facilitadora para a comunicação entre terapeuta-paciente. Tendo em vista a importância da aplicação em uma perspectiva dialogada, não foi delimitado um número mínimo ou máximo de sessões para a realização do teste.

No sétimo encontro, foi efetuada uma entrevista de fechamento, visando o desligamento e a tomada de decisão sobre a conduta junto ao participante (continuidade ou não do atendimento), seguida também de mais duas sessões de *follow-up*, sendo a primeira após um mês e a segunda após dois meses decorridos dos encontros iniciais. Essas sessões de *follow-up* tiveram como objetivo estabelecer um contato posterior com o sujeito para se compreender as implicações da intervenção em seu cotidiano. Foi realizada a reaplicação da GDS-15, permitindo o aprofundamento do estudo através da verificação de possíveis mudanças nos resultados, favorecendo uma discussão ampliada sobre os alcances do Psicodiagnóstico Interventivo com idosos deprimidos.

Por se tratar de uma pesquisa orientada pelo delineamento de estudo de casos coletivos (STAKE, 2007), a análise ocorreu em dois momentos: uma perspectiva vertical e uma horizontal. Na perspectiva vertical, foram construídos estudos de casos por meio da apresentação de um resumo de cada uma das sessões, preservando-se a ordem de apresentação da escala e teste. Esta primeira etapa visa a discussão em profundidade sobre o enquadre estudado, apresentando suas principais nuances e resultados frente a cada paciente. Em um segundo momento, foi realizada uma perspectiva horizontal e integrativa com o objetivo de discutir as contribuições dos casos atendidos para o tema de pesquisa. A partir dessa análise, foi possível discutir as contribuições em três itens: contribuições dos casos clínicos para a teoria e técnica do Psicodiagnóstico Interventivo; contribuições do Psicodiagnóstico Interventivo para a compreensão da depressão no idoso; particularidades do Psicodiagnóstico Interventivo na Clínica Social.

As discussões das duas etapas basearam-se nas diversas contribuições teóricas nas áreas de Psicanálise, Psicodiagnóstico Interventivo e estudos sobre enquadre clínicos diferenciados.

CAPITULO IV – RESULTADOS E APRESENTAÇÃO DOS CASOS: PERSPECTIVA VERTICAL

Neste item, serão apresentados os casos clínicos atendidos dentro da proposta de Psicodiagnóstico Interventivo⁴. Optou-se pela apresentação de um resumo com os principais temas abordados em cada sessão, utilizando-se de recortes de falas do terapeuta e da paciente a fim de ilustrar a relação do par, bem como a evolução das sessões. Os resultados dos testes aplicados (GDS-15 e SAT) são expostos seguindo a ordem de aparecimento na sessão. Acredita-se que este método de apresentação facilitará a compreensão do desenvolvimento de cada sessão, subsidiando a análise dos benefícios do Psicodiagnóstico Interventivo para uma posterior discussão de seus principais alcances e limitações.

Cabe ressaltar que o material baseia-se em uma transcrição manual feita pelo terapeuta após cada uma das sessões. Sendo assim, não se trata de uma reprodução literal das sessões, porém, as transcrições foram realizadas da forma mais fidedigna possível, respeitando-se as limitações impostas pela situação. Foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes da pesquisa. Após a descrição de cada relato, segue-se uma síntese teórica com a discussão dos principais elementos do caso em questão.

A. – MARTA

A.1 – Reflexões sobre o caso Marta

Serão realizadas breves reflexões do caso clínico apresentado no item anterior. Estas reflexões se desenvolverão a partir de dois aspectos, a evolução do caso durante o processo Psicodiagnóstico Interventivo e a compreensão da patologia depressiva da paciente. Para embasar esta reflexão será necessário recorrer aos autores já apresentados na revisão de literatura deste trabalho.

Em se tratando da evolução do caso, pode-se notar uma apreensão inicial por parte de Marta em relação aos encontros. Logo na primeira sessão a paciente já deixa clara essa dificuldade, afirmando que “(...) *semana passada eu estava tão animada para falar, mas hoje estou me sentindo mais indisposta*”. Apesar de sua posição inicial, Marta relatou sua história e foi se mostrando mais acessível no decorrer da primeira sessão. Em meio a pontuações de caráter compreensivo e interrogações com o objetivo de esclarecer sua problemática, Marta começa a construir um vínculo com a figura do terapeuta.

No decorrer do relato de sua história, Marta expõe as diversas perdas com as quais tivera que lidar durante sua vida. São várias: os lutos vivenciados por esta paciente, incluindo

⁴ Por questões éticas os relatos das sessões e resultados de testes foram retirados da versão digital deste trabalho, estando disponíveis apenas na versão impressa.

o aparecimento de doenças e dois Acidentes Vasculares Cerebrais, a perda de familiares próximos (mãe, pai, irmão), a atual ameaça ao vínculo com o filho mais novo devido, resultada dos conflitos vivenciados nesta relação, e aquela que irá se configurar como uma questão central neste processo, a perda de seu marido. Todas estas perdas irão tomar a dimensão daquilo que Goldfarb (1998) chama de feridas narcísicas, agressores externos que ameaçam a integridade do Ego. Marta pode ser considerada “ídosa jovem”, se considerarmos as concepções da Gerontologia (ZARIT; ZARIT, 2009), porém, todas estas feridas se inscrevem no seu psiquismo de forma cumulativa, influenciando diretamente na qualidade de sua velhice.

Durante o primeiro encontro, Marta traz como queixa principal um relacionamento conflituoso com o filho, que encobria uma questão ainda mais complexa, o luto não elaborado pela perda de seu marido e os sentimentos de culpa relacionados a esta perda. Como tentativa de reparação Marta investiu fortemente em seus filhos, tentando suprir a falta da figura paterna em sua criação, mas fica claro que nunca se permitiu lidar diretamente com esta perda. Durante a aplicação do SAT, em especial na prancha três, Marta fala pela primeira vez sobre a ambivalência de sentimentos sustentados em relação à perda do marido. Marta ama seu marido e sofre pela sua perda, mas também sente um grande rancor por ter sido “covarde” e ter abandonado a ela e sua família.

Em “Luto e Melancolia”, Freud (1917/1974) descreve a melancolia em termos econômicos, salientando a introjeção do objeto perdido e o afastamento da realidade. Na mesma proporção em que sente amor e devoção ao objeto, o indivíduo também experimenta um grande ódio pelo seu abandono. Esta tendência sádica em relação ao objeto é deslocada ao próprio Ego na forma de auto recriminações, punições e torturas nas mais variadas formas. Nos atendimentos, o sentimento de culpa era uma constante, estando deslocado para sua relação com o filho, encobrindo o ódio que Marta direcionava ao objeto original que a abandonara. Toda sua devoção ao filho, que por vezes incorria em uma superproteção, situação esta reconhecida por ela mesma, e reproduzida em suas demais relações sobre a sua “necessidade de ajudar e agradar a todos” que caracterizam um grande medo de perder o “outro” e re-experienciar a perda original, como se existisse em si uma destrutividade tamanha que aniquilaria todos os objetos aos quais se vinculasse.

Zimerman (1999) e Bleichmarr (1983) discutem as chamadas Depressões por Culpas ou Depressões Culposas. Para Zimerman (1999), a Depressão possui diferentes formas e graus de manifestação na organização psíquica do paciente. A fonte de culpa mais comum em casos de depressão por culpas tem relação direta com a presença de um superego rígido, que

transforma o *self* em um tribunal de justiça no qual o indivíduo é sempre sentenciado como culpado por qualquer tentativa de transgressão. Os poucos relatos que Marta traz de sua infância e de suas relações com as figuras parentais nos levam a crer que as expectativas depositadas por seus pais fortaleceram a existência de um rígido ideal de ego (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Durante a 2ª sessão de *follow-up* Marta se dá conta da influência destes ideais e o peso que exerceram em sua vida: *“Minha mãe sempre me tratou como a preferida dela. Eu era sempre a garota perfeita da casa. Hoje sei que isso foi muito ruim pros meus irmãos e irmãs. Eles nunca eram tão bons quanto eu na visão da minha mãe. E sei que peguei isso pra mim e isso influenciou nas minhas atitudes em querer ser sempre a perfeita”*.

Porém, para além da presença de um superego rígido, deve-se destacar outras importantes fontes identificadas no caso de Marta. Zimerman (1999) descreve o papel da descrença do ego em sua capacidade de fazer reparações autênticas na consolidação do constante sentimento de culpa presente em alguns pacientes com depressão. Este aspecto pode ser ilustrado pela constante necessidade de Marta em agradecer pessoas a sua volta, chegando a se sobrecarregar com tarefas que estão além de suas possibilidades. No decorrer da terceira sessão, Marta fala sobre esta questão e a relaciona com a perda do marido: *“Acho que agora fico tentando cuidar de todo mundo, me responsabilizar, pra compensar isso que aconteceu com ele. Mas não sei como parar com isso. Tenho que ser sempre essa heroína”*. Apesar da sensação inicial de bem estar causada pelo sentimento de ser útil, Marta relata que é difícil sustentar essa posição de heroína, e, a longo prazo, parece que estas atitudes não conseguem livrá-la da angústia que sente, demonstrando que não se tratam de reparações autênticas. O mesmo pode ser discutido em relação ao filho Alexandre e sua constante tentativa de corrigir os erros do filho, como se pudesse evitar que ele vivencie as frustrações inerentes ao processo de viver, e que na última sessão de *follow-up*, foi reconhecido pela paciente como uma reprodução do comportamento materno de superproteção.

Por último, cabe destacar o sentimento de culpa imputado pelos outros. Zimerman (1999) destaca que a culpa, muitas vezes não decorre apenas da agressividade e destrutividade derivadas das pulsões do paciente, podendo também ser internalizada através da relação com o ambiente. Após a morte de seu marido, Marta sentiu-se acusada pelos familiares como se fosse responsável por esta tragédia. Estas acusações, associadas à presença de um ideal de ego tão rígido, são internalizadas por Marta, que no decorrer do processo irá se dar conta de que sente-se sim culpada pela morte do esposo: *“Nossos encontros me fizeram ver que eu me sentia culpada pela morte do meu marido e tentei compensar isso na criação dos meus filhos, especialmente o Alexandre”*. A tomada de consciência destes aspectos e a possibilidade de

experienciar uma relação em que pode ser cuidada por alguém que não a julga, sobrevivendo a sua agressividade sem reproduzir a experiência do abandono, são fundamentais para a elaboração de sua perda.

Apesar do sofrimento causado pela depressão de Marta, pode-se afirmar que ela contempla o paradoxo discutido por Winnicott (1963/2005), ela causa sofrimento, mas também possui o princípio de sua cura. Seus sinais e sintomas apontam para um grande estado de sofrimento, que no caso de Marta, pode ser apaziguado durante o processo Psicodiagnóstico em associação com o tratamento médico e outras atividades às quais vinha se dedicando. A partir da leitura psicanalítica, a depressão de Marta pode ser compreendida, como tendo um sentido em sua dinâmica.

Para Winnicott (1963/2005) a capacidade de se deprimir é um indicativo de um ego forte e que obteve algum grau de sucesso durante o processo de amadurecimento emocional primitivo, conquistando a capacidade de se preocupar com o outro. Sendo assim, o indivíduo só é capaz de se deprimir quando seu Ego reconhece que o objeto amado é o mesmo que o odiado, podendo então realizar a reparação de suas fantasias de ataques agressivos e suportar a ambivalência que a situação de perda revela. Quando o indivíduo é incapaz de tolerar a ambivalência entre amor e ódio, ele não consegue estabelecer a capacidade de se preocupar, instalando-se a patologia do sentimento de culpa (WINNICOTT, 1958/1983a).

No decorrer das sessões, seja pelas associações feitas por estímulo do SAT, ou ainda pelas perguntas, assinalamentos e interpretações colocadas pelo terapeuta, Marta vai podendo entrar em contato com este luto não elaborado. À medida que vai se dando conta da ambivalência sentida pelo marido, Marta demonstra seu inconformismo com a atitude tomada por ele. Ao falar sobre a prancha de número três do SAT Marta afirma que “(...) *Poderia ter sido como nessa foto, mas meu marido foi covarde. Ele fugiu disso...*”.

Ao ser colocada diante de sua ambivalência, Marta passa progressivamente a integrá-la à sua tristeza de forma mais saudável. O sentimento de constante de culpa vai cedendo lugar à possibilidade de se preocupar, condição fundamental para a realização de reparações autênticas (WINNICOTT, 1963/1983). A preocupação com o filho Alexandre toma um formato diferente, deixa de ser invasora e superprotetora, e passa a ser feita de uma forma mais real. Nas sessões finais, Marta discorre a respeito e diz: “*Pois é, estou podendo olhar até pra mim de uma forma mais real. Antes eu ficava num dilema: ajudava eles ou não? Sempre me sentia culpada quando não ia correndo acudir o Alexandre e ela. Agora não. Sei que ele precisa assumir as responsabilidades dele. (...) hoje consigo separar as coisas. Acho que*

superprotegi meus filhos e isso não foi uma coisa boa. Tentei ser paternal e a mãe perfeita, mas não tem como ser assim”.

A capacidade de *insights* de Marta e a possibilidade de ponderar os dados de realidade demonstra um Ego preservado que consegue se deprimir a fim de integrar as experiências conflitivas, e não só, afastar-se da realidade pela impossibilidade de lidar com as frustrações por ela impostas. Ponderar a realidade implica também em entender que a dor causada pela perda não deixará de existir, será sempre uma constante para Marta, mas que, poderá agora ser ressignificada abrindo espaço para se vislumbrar novas experiências. Fala sobre seu curso de maquiagem e a possibilidade de voltar a trabalhar na área, demonstrando que de um ponto de vista econômico, Marta pode agora realizar novos investimentos.

Ao final da primeira sessão de *follow-up*, Marta relata uma comovente visita ao cemitério junto com seus filhos para visitar o túmulo do marido. Após a visita todos dormem em sua casa, incluindo a nora. Neste mesmo dia, após uma briga com a esposa, Alexandre e sua mãe tem uma conversa na qual Marta se posiciona de forma empática aconselhando o filho. Este episódio pode ser compreendido como um momento de reconciliação, não só entre Marta e Alexandre, mas também da família com o pai que se ausentou tão precocemente. Esta ausência tão presente nas diversas situações desta família, pode agora começar a ser abordada e vivida de uma forma saudável, não mais sendo colocada de lado como um assunto intocável.

B. – ANTÔNIO

B.1 – Reflexões sobre o Caso Antônio

A evolução de Antônio no decorrer das sessões de Psicodiagnóstico Interventivo é composta de altos e baixos, reproduzindo a mesma lógica que impera nos seus relacionamentos pessoais. Antônio apresenta sérias resistências no decorrer dos atendimentos, que aparecem quando o Psicodiagnóstico Interventivo começa a revelar duas de suas principais conflitivas: a rejeição de aspectos de sua vida pulsional e a ambivalência nas suas relações objetais.

Logo na primeira sessão Antônio revela seu rigoroso sistema de valores, do qual se vangloria, mas que ao mesmo tempo parece se manter refém. Fala de condutas humanas que abomina e sua dificuldade em aceitar erros, dentre outros elementos que colocam em questão a existência de um superego cruel e punitivo. Seus traços depressivos cumprem a função muito específica dentro de sua organização psíquica, aparecendo como um fracasso desta organização obsessiva que visa o controle de seus impulsos. Ao falar das depressões por culpas, Zimmerman (1999) descreve dois aspectos importantes sobre a organização das três instâncias do aparelho psíquico em pacientes acometidos por essa patologia. O primeiro seria

a existência de um superego demasiadamente rígido e o segundo um ódio do Ego em relação ao Id. No caso de Antônio, estes aspectos se fazem presentes na constante desarmonia entre o sistema de valores e uma pulsão que manifesta um desejo totalmente contrário. Diante desta desarmonia e do reconhecimento destes desejos que tanto condena, sua organização obsessiva se empenha em lidar com a coexistência de valores contraditórios, utilizando-se de defesas primitivas como a projeção, negação, identificação projetiva e formação reativa.

Um dos exemplos desta situação é a relação de Antônio com seu vizinho, um homem com quem tem pouco contato, mas que, em algum momento, emitiu opiniões negativas sobre Antônio, que podem tê-lo colocado em contato com esta sua dimensão tão repudiada. A agressividade desencadeada por esta situação demonstra tanto uma carência em seu controle de impulsos, como a projeção maciça de aspectos seus que passam a ser delegados a essa pessoa. Posteriormente, Antônio passa a perceber que se trata de um “personagem” criado por ele, já que a representação que mantém deste vizinho parece pouco condizer com suas reais atitudes.

Na quinta sessão o terapeuta tenta mostrar a Antônio a existência destes impulsos incontroláveis que parecem habitar seu mundo interno: “(...) *às vezes tenho a impressão de que existe alguma coisa muito forte dentro de você que tem que estar sempre sendo vigiada. Como se você pudesse perder o controle a qualquer momento e fazer algo que não gostaria*”. Antônio concorda e parece reconhecer a necessidade de adotar uma postura mais flexível, no entanto, se trata de um aspecto muito enraizado e que é retomado em outros momentos nas sessões subsequentes, a exemplo da difícil tarefa de reconciliação com seu filho e as constantes queixas sobre o incidente ocorrido no aniversário de sua neta.

Esta dificuldade vivenciada por Antônio em adotar uma postura mais flexível, e que permita uma reaproximação de seus filhos e esposa, coloca em evidência outro aspecto importante revelado durante o Psicodiagnóstico Interventivo, a forte ambivalência em suas relações objetais acompanhadas de uma constante angústia pela separação. Este processo resulta em uma constante flutuação nas suas relações objetais, ora aproximando-se e ora afastando-se, demonstrando também a impossibilidade de se confiar no outro, reproduzida no Psicodiagnóstico Interventivo. Ao final da primeira sessão, Antônio afirma: “(...) *tem uma coisa. Esse afastamento da família não é um problema pra mim, isso não me incomoda. Sou indiferente a isso. O que me incomoda são os problemas que te falei antes, isso sim me deixa fora do sério. Não estou aqui por causa desses problemas com a minha família*”. Reconhecer a dor que o afastamento dessas pessoas causam é um processo difícil para Antônio. Neste processo o outro é sempre alguém que pode trair sua confiança e abandoná-lo, e esta questão

irá aparecer nas sessões junto ao terapeuta. Em seu tratamento anterior, a profissional teve de deixá-lo devido a problemas institucionais, aspecto que parece ter sido vivenciado por Antônio com muita dor, pois vinha construindo um forte vínculo com esta pessoa. O mesmo parece ser vivenciado neste novo processo, tomando uma dimensão ainda maior devido ao limite do número de encontros que o enquadre coloca.

A resistência de Antônio ao processo é fruto da impossibilidade de entrar em contato com estes aspectos latentes que tanto repudia, mas parece ser também resultado da possibilidade de separação precoce. Diante da dificuldade de tolerar as constantes ambivalências entre seus impulsos e a relação com o outro, consequentes de um Ego frágil que não consegue se impor diante das fortes demandas de suas outras duas instâncias psíquicas, Antônio não consegue realizar reparações autênticas em suas relações. Na sessão de *follow-up*, Antônio fala de suas tentativas de estar próximo de sua filha, mas fica extremamente contrariado quando ela faz uma brincadeira sobre sua opção sexual e lhe conta sobre um episódio de bebedeira.

O tipo de transferência estabelecida nas sessões é também ambivalente. Por vezes Antônio parece se sentir compreendido e formar uma aliança terapêutica favorável ao seu progresso nas sessões, porém, em outros momentos a transferência aparece em sua forma negativa, carregada de agressividade e desconfiança. Um exemplo para esta situação pode ser retirado da segunda sessão, quando Antônio relata a questão que desencadeou o afastamento de seu filho, afirmando que o terapeuta podia “falar o que estava pensando”, ou seja, falar sobre sua falta de flexibilidade. Este episódio demonstra a percepção de Antônio sobre a figura do terapeuta nos primeiros encontros, é um juiz que está ali para avaliar suas condutas, quando na verdade o julgamento atribuído ao terapeuta parte de Antônio e sua rígida organização. Quando o terapeuta se posiciona afirmando que não o julga pelas atitudes tomadas, mostrando-se empático a sua dor em relação ao afastamento de sua família, Antônio parece se colocar de forma mais aberta.

Conclui-se que a depressão de Antônio pode ser compreendida como o desfecho de um fracasso em manter uma harmonia entre os desejos tão conflitantes que habitam seu psiquismo, revelando um sentimento de culpa diante as manifestações de sua vida instintiva e a impossibilidade de contê-las. Seu sistema de valores passa por um colapso, revelando uma ferida em seus ideais narcísicos. Bleichmarr (1983) afirma que a experiência depressiva poderá sobrevir todas as vezes que houver uma decepção entre os ideais narcísicos do paciente e a impossibilidade de correspondê-los. Sendo assim, a experiência depressiva de Antônio não é dotada de uma capacidade de se preocupar, sendo portanto destituída de um

valor positivo, restando apenas a dimensão conflituosa repleta de culpa (WINNICOTT, 1963/2005).

Uma importante dimensão a ser trabalhada junto a Antônio, e que não pode ser contemplada dentro da proposta do Psicodiagnóstico Interventivo, é auxiliá-lo a alcançar sua capacidade de se deprimir, ou seja, entrar em contato com suas perdas e reais dificuldades, para assim poder de alguma forma enfrentá-las. Para isso o terapeuta deverá atuar como um ego auxiliar, reforçando algumas das funções de seu Ego frágil e ajudando na discriminação de seus impulsos agressivos, sendo continente a estes e devolvendo-os de uma forma dosificada para que Antônio tenha condições de pensá-los. Ao final, apesar das restrições, o Psicodiagnóstico Interventivo pode se consolidar como uma experiência importante para Antônio, fornecendo a este a possibilidade de entrar em contato com algumas partes latentes de sua personalidade, e também de sensibilizar-se para a importância dos acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos.

CAPITULO V – DISCUSSÃO ANÁLISE HORIZONTAL E INTEGRADORA DOS CASOS ATENDIDOS

A – CONTRIBUIÇÕES DO CASO CLÍNICO PARA A TEORIA E TÉCNICA DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO

Cabe ressaltar que as discussões aqui propostas, e possíveis contribuições e apontamentos sugeridos, não tem o propósito de serem generalizadas, tendo em vista as próprias limitações metodológicas da pesquisa em questão. Apesar disso, pode-se dizer que existem importantes reflexões e apontamentos técnicos e teóricos que podem ser pensados a partir dos casos discutidos, e que, poderão contribuir com o campo do Psicodiagnóstico Interventivo.

A primeira questão que deve ser pontuada a respeito dos casos diz respeito à ampla variedade de temas que podem ser discutidos, tendo em vista a sua complexidade. O estudo destes casos, e a análise de outros casos atendidos em Psicodiagnóstico Interventivo e discutidos pelos autores já citados nesta Dissertação, irão nos remeter a importância do conceito de foco neste enquadre. O conceito de foco tem sido trabalhado no campo da Psicoterapia Breve, como um elemento fundamental para que a brevidade do processo de atendimento possa ser assegurada (FIORINI, 1999; SIMON, 2005; BRAIER, 2008). Braier (2008) afirma que é de fundamental importância para uma Psicoterapia Breve concentrar a terapêutica em determinado sintoma, problemática ou setor da psicopatologia de um paciente. Tendo em vista o compromisso do Psicodiagnóstico Interventivo com a tarefa terapêutica, o uso da focalização pode ser de grande valia para circunscrever os limites da ação deste enquadre, de forma a não abrir demasiadamente o leque de questões a serem trabalhadas, transformando o atendimento em uma análise ou psicoterapia a longo prazo, preocupação esta compartilhada por autores como Grassano (1996), Aiello Vainsberg (1999) e Tardivo (2004a).

O estabelecimento de um foco pode ser facilitado pela dimensão diagnóstica que o enquadre demanda. O uso de escalas e testes auxilia na tarefa de focalização, já que, as temáticas apresentadas nos testes projetivos, apesar de pouco estruturadas, atraem a atenção do paciente para um tema específico. Como exemplo para esta situação pode-se destacar o uso que a paciente Marta fez dos estímulos apresentados pelas pranchas do SAT, relacionando-as predominantemente com questões familiares e a morte do marido. Apesar da grande resistência de Antônio ao teste, é possível perceber uma relação direta entre suas queixas e o material que apresenta diante do estímulo das pranchas, em especial temas como a desconfiança, rigidez de valores e ambivalência nas relações objetais.

No entanto, isso não quer dizer que em algum momento outras temáticas e áreas de conflito não possam emergir no *setting*. Diante destas situações, o terapeuta terá que recorrer à difícil tarefa de abdicar de alguns materiais, que mesmo sendo aparentemente importantes, se distanciam do foco. Como exemplo pode-se situar as questões referentes às figuras paternas evocadas por Marta diante as pranchas 1, 2, 3 e 4. No entanto, neste caso em particular, uma parte destas conflitivas são retomadas na sua relação direta com a queixa principal, seja na discussão de outras pranchas, como também em outras sessões. Uma situação que pode exemplificar esta questão são as associações de Marta em relação à configuração de sua família e a relação com o ideal de família representado pela relação de seus pais durante sua infância. Outro exemplo é o insight de Marta na segunda sessão de *follow-up* sobre sua reprodução do comportamento de sua mãe junto a seus dois filhos.

A discussão destas outras temáticas se configuram como um aprofundamento do foco, aproximando-o de questões latentes e de conflitivas infantis. Porém, nem sempre estas outras conflitivas estabelecerão uma relação tão direta com a queixa principal e o foco inicial, sendo que, nestes casos, o terapeuta deverá ser cuidadoso na abordagem destes elementos para que não se perca nas associações do paciente, distanciando-se dos objetivos principais do Psicodiagnóstico Interventivo: realizar um diagnóstico e intervir sobre as demandas de urgência que o paciente apresenta durante a situação psicodiagnóstica.

Estas questões colocam em evidência outra questão já abordada na revisão de literatura desta Dissertação, a existência de interfaces entre o Psicodiagnóstico Interventivo e os enquadres psicoterápicos. Tardivo (2000a) aponta a complementaridade destas técnicas, e que, por mais que o Psicodiagnóstico Interventivo tenha objetivos próprios, já expostos aqui, terá áreas em comum com uma psicoterapia psicodinâmica quando consegue alcançar sua dimensão interventiva de forma satisfatória, os casos discutidos exemplificam esta questão. Diversos elementos que se fazem presentes em uma Psicoterapia Psicodinâmica estão presentes nos casos de Marta e Antônio, a exemplo do intenso processo transferencial estabelecido com a figura do terapeuta no decorrer das sessões, as eventuais resistências, como atrasos e inibições das pranchas e/ou outras situações, e a necessidade de interpretações, tanto intrapsíquicas quanto transferenciais. Todos estes aspectos contemplam aquilo que é entendido como o tripé da técnica psicanalítica (resistência, transferência e interpretação), demonstrando que estes enquadres possuem pontos em comum.

As inter-relações entre Psicodiagnóstico Interventivo e uma Psicoterapia Breve pareceram ser mais próximas no caso de Antônio. A análise de algumas das sessões deste caso demonstram elementos que se aproximam de uma dinâmica psicoterápica, a exemplo das

segunda e quinta sessões, nas quais o terapeuta tenta demonstrar a Antônio aspectos da sua forma de se relacionar com as pessoas a partir da transferência. Podemos destacar dois elementos que podem ter influenciado para este direcionamento do caso: a resistência diante do teste e o tipo de transferência estabelecida.

A análise das sessões evidencia que os testes mobilizaram uma intensa carga de conteúdos inconscientes que Antônio não estava “preparado” para assimilar. Ocampo e Arzeno (1974/1995b) pontuam que no processo psicodiagnóstico o paciente tende a depositar partes conflitivas de sua personalidade no teste projetivo. No entanto, podemos pensar que em casos mais graves como o de Antônio, pode existir uma dificuldade por parte do paciente em integrar estes aspectos depositados no teste e reconhecê-los como parte de si, processo diferente do que pode ser visto no outro caso. Marta afirmava “se jogar nas pranchas” demonstrando não só ter condições de lidar diretamente com estas partes não adaptativas de sua personalidade, como também, a “brincar” com o terapeuta, fazendo com que a situação de teste se aproximasse dos encontros de Winnicott com seus pacientes em seu Jogo do Rabisco (WINNICOTT, 1968/1994a). Como discutido nos capítulos anteriores, a clínica de Donald Winnicott é composta por duas áreas de brincar, a do terapeuta e a do paciente, e um tratamento tem de ser dirigido no sentido de capacitar o paciente para o brincar de forma criativa. É durante o brincar, e através dele, que a dupla terapeuta-paciente poderá se surpreender com o aparecimento de questões centrais no atual período de vida do paciente, e que, na maioria das vezes, eram até então desconhecidas.

Sendo assim, em casos de maior gravidade como o de Antônio, nos quais a capacidade de “brincar” de forma espontânea está comprometida, o tipo de postura adotada pelo terapeuta é fundamental. Pode-se pensar que o terapeuta deverá atuar de forma mais diretiva como um ego auxiliar que ajude o paciente, através da atividade interpretativa, na tarefa de pensar e integrar estes elementos estranhos da sua personalidade, sem abrir mão de uma postura acolhedora que administra estas interpretações em doses “homeopáticas”. Um exemplo para esta situação pode ser retirado da quinta sessão de Antônio e seu relato sobre seu vizinho. Diante desta situação o terapeuta realiza a seguinte interpretação: *“Antônio, a forma como você fala desse rapaz me faz pensar que ele não é o mesmo daquele que te faz perder o sono em discussões. Acho que a pessoa com quem você fica discutindo a noite é outra”*. Antônio concorda e complementa a colocação feita pelo terapeuta: *“Esse com quem eu discuto é um “personagem” que criei na minha cabeça. O rapaz fica lá na casa dele. Acho que nem se lembra de mim e não vai fazer nada. Você tem razão, eu criei um personagem que não tem nada a ver com esse rapaz lá de fora”*. Este exemplo ilustra uma situação em que a

interpretação do terapeuta é usada como elemento facilitador para a atividade de pensar do paciente, auxiliando na integração de uma situação até então incompreendida.

Outro elemento que pode ter influenciado para que o caso de Antônio tivesse momentos tão próximos de uma Psicoterapia foi o tipo de transferência estabelecida. Foi possível perceber que desde as primeiras sessões, Antônio demonstrava uma forte flutuação nas suas relações objetivas acompanhadas de uma angústia paradoxal de separação e invasão. Estes aspectos podem ser ilustrados pela forma como Antônio vivencia suas relações interpessoais, em que a possibilidade de se vincular é sempre ameaçada pela angústia de separação precoce.

Pode-se levantar a hipótese de que ao delimitar o número de encontros, o paciente possa ter sido colocado em contato direto com essa angústia de separação, o que auxiliou na consolidação de um forte movimento transferencial, em que, a constante desconfiança de Antônio, e a possível resistência a testes e procedimentos, estaria relacionada a iminência do fim dos encontros. Este aspecto foi discutido por Fiorini (1999) no campo da Psicoterapia Breve, o autor destaca que a delimitação do número de sessões em uma psicoterapia, pode auxiliar na imersão da conflitiva principal, tendo em vista a emergência temporal colocada ao paciente pela escassez do número de sessões. A título de exemplo pode-se mencionar a quinta sessão em que Antônio demonstra sua surpresa ao ser lembrado do contrato inicial de sete sessões, chegando a faltar na sexta sessão, por julgar que os encontros não seriam mais necessários devido ao uso do antidepressivo. Desta forma, para garantir a continuidade deste processo, o terapeuta teve de recorrer a um número maior de interpretações transferenciais, pois este movimento, se não assinalado ao paciente, poderia dificultar o desenvolvimento das sessões.

Toda esta discussão converge para outra questão: as indicações de um Psicodiagnóstico Interventivo e suas dimensões terapêuticas. Não se pode afirmar que o Psicodiagnóstico Interventivo é um enquadre que dá conta de todas as situações clínicas existentes. Barbieri (2002) aponta que os benefícios do Psicodiagnóstico Interventivo não estariam diretamente relacionados à supressão de sintomas, mas sim, a uma avaliação diagnóstica mais acurada e o fornecimento de um acolhimento ao paciente. Sendo assim, o sentido de “cura” no Psicodiagnóstico Interventivo é muito particular, não podendo ser comparado com o processo de cura analítico ou aquela conquistada a partir de uma Psicoterapia. No caso de Marta sua evolução positiva nos nove encontros é facilmente perceptível, constatada pela análise das sessões, resultados da GDS-15 e pelo auto-relato de melhora da paciente. Já no caso de Antônio, esta evolução é mais discreta, já que, apesar da

constatação uma redução de sintomas na GDS-15 e relatos de melhora por parte do paciente, percebe-se que existem aspectos profundos da sua organização psíquica que não puderam ser contemplados neste enquadre. No entanto, para o caso de Antônio o Psicodiagnóstico Interventivo pode ter sido uma importante via de sensibilização sobre a importância de uma Psicoterapia a longo prazo, como também, sobre a importância de um acompanhamento periódico com um médico psiquiatra.

Pode-se concluir que o ponto comum no alcance terapêutico verificado destes dois casos foi a possibilidade destes pacientes entrarem em contato com seu mundo interno, aspecto destacado por Santiago (1995) como sendo um dos principais benefícios do Psicodiagnóstico Interventivo. Este estudo pode constatar também um resultado semelhante aquele encontrado por Paulo (2004) em sua pesquisa usando o Psicodiagnóstico Interventivo com adultos deprimidos. A autora observou que este enquadre parece ter um alcance maior em pacientes com estrutura neurótica da personalidade, dado este que pode ser constatado também nesta pesquisa com idosos.

Cabe discutir também alguns elementos do enquadre e a forma como são inseridos no Psicodiagnóstico Interventivo, a exemplo do número de entrevistas iniciais, momento de inserção de uma escala ou também de um teste projetivo. Esta questão vai de encontro a outra questão colocada ao final do capítulo de revisão sobre Psicodiagnóstico Interventivo e sua relação com conceitos de Donald Winnicott: como permitir a vivência de uma experiência relacional, com a imersão de aspectos como o gesto espontâneo do paciente, o respeito da sua temporalidade, ou o uso do *holding*, em um processo Psicodiagnóstico, que, por mais aberto que seja, pressupõe algum grau de estruturação em seu enquadre.

Uma das mais valiosas lições extraídas do trabalho de Consultas Terapêuticas de Winnicott (1971/1984) é a importância das primeiras sessões para o paciente. O autor assinala que nestes primeiros encontros existe uma disponibilidade por parte do paciente, que poderá levar uma série de materiais não defendidos que poderão demorar anos para serem novamente colocados em evidência num processo de análise. Neste processo, o terapeuta é tratado como objeto subjetivo, tendo como principal tarefa se sair o mais bem possível nestes primeiros encontros. Colocado desta forma, as primeiras entrevistas de um Psicodiagnóstico Interventivo são fundamentais para o trabalho que será realizado nos encontros posteriores. O paciente possui uma grande expectativa de encontrar ajuda nestes encontros, e a introdução imediata de um teste ou escala logo ao início da sessão poderá gerar grandes resistências ao trabalho.

No caso de Marta, o terapeuta adotou uma postura acolhedora durante a primeira entrevista, restringindo-se a realizar assinalamentos e pontuações de caráter compreensivo e não interpretando possíveis conteúdos inconscientes. Esta atitude auxiliou tanto no estabelecimento de um bom vínculo inicial, como também na coleta de informações sobre a queixa principal, essencial para a tarefa diagnóstica e condução das demais sessões. A Escala de Depressão Geriátrica foi introduzida apenas ao final do encontro, quando a paciente já tinha abordado suas principais angústias e problemáticas. Mesmo com o desenvolvimento favorável na primeira sessão, o terapeuta optou por realizar ainda mais uma entrevista, introduzindo o SAT somente na metade da segunda sessão. A justificativa para este fato se deu pela constatação de que a paciente ainda necessitava de um espaço para acabar de apresentar sua história. Já no caso de Antônio, devido à urgência do paciente em colocar suas questões, foram utilizadas duas entrevistas completas, introduzindo-se o teste apenas no terceiro encontro. Em caso de necessidade poderia ter sido utilizada ainda uma terceira entrevista. Cabe destacar aqui a importância da entrevista do tipo semiestruturada, por permitir a expressão espontânea do paciente, sem tornar a sessão demasiadamente aberta dificultando o trabalho de conhecer informações por parte do terapeuta.

No caso de Marta, a introdução do teste projetivo se deu de forma harmoniosa, já que, foi inserido no momento em que a paciente estava pronta para recebê-lo. Esta discussão remete ao conceito de gesto espontâneo que pode ser melhor compreendido a partir do “Jogo da Espátula” descrito por Winnicott (1941/1970). Como já levantado anteriormente na Introdução, Winnicott (1941/1970) descreve três momentos principais durante a brincadeira da criança com o objeto espátula: hesitação, apropriação do objeto, vivência de uma experiência e desinvestimento do objeto. A ideia de um gesto espontâneo, também presente em outros elementos da clínica de Winnicott, reside na possibilidade de apresentação e apropriação de um objeto quando o indivíduo está pronto para viver tal experiência. Assim como a espátula, a experiência com cada prancha do teste projetivo contempla as três fases do jogo da espátula descrito por Winnicott. O paciente passa por um período de hesitação, se apropria da prancha e tem uma experiência a partir dos elementos suscitados por ela, e depois ocorre um desinvestimento e desligamento, em que o paciente entrega a prancha novamente para o profissional dizendo que já saturou suas associações.

Mas tudo isso só é possível porque o teste é apresentado no momento correto, respeitando a dimensão temporal subjetiva de cada paciente, sustentando a situação clínica no tempo, fornecendo as condições básicas para que o gesto criativo do paciente possa aparecer, criando o mundo e a si mesmo, assim como os bebês atendidos por Winnicott no Jogo da

Espátula (SAFRA, 1999). Pode-se utilizar uma das situações do caso de Marta para ilustrar esta questão. No terceiro encontro, Marta se senta e logo pergunta sobre o teste e a possibilidade de retomá-lo “*Quem tá na chuva é pra se molhar, né?!?*”. No entanto, apesar deste entusiasmo inicial, Marta direciona a sessão para outra questão. Começa a falar de sua relação com Alexandre, e também de sua constante necessidade de “agradar” as pessoas que estão ao seu redor, incluindo o terapeuta. Neste momento o terapeuta intervém dizendo “*Bom, aqui você não precisa agir de uma determinada forma para me agradar. A Marta é muito bem vinda aqui, seja ela como for*”. Esta pontuação deixa Marta comovida e somente após alguns segundos é que ela se acalma e pede para que, enfim, retome-se o teste. Mais do que uma interpretação, esta colocação sinaliza uma postura de *holding* por seu caráter integrador. Até então, pode-se dizer que Marta se encontrava no momento de hesitação descrito por Winnicott (1941/1970) no Jogo da Espátula. Quando o terapeuta sustenta essa situação e intervém com uma colocação acolhedora, Marta se comove e pode então “criar”, de forma espontânea, a situação de teste, que deixa de ser uma imposição e passa a ser uma possibilidade de experiência para a paciente.

Como discutido anteriormente, Antônio apresentou uma relação diferente com o teste projetivo, aspecto que difere do gesto criativo, pois diz respeito às resistências deste paciente devido aos conteúdos mobilizados pelo teste. Ainda assim, esta resistência foi respeitada pelo terapeuta, retomando o teste no momento em que o paciente aceitou dar continuidade a tarefa. O fato de ter se optado por continuar a aplicação do teste em um segundo momento, mesmo com a persistência da resistência, justifica-se pelas eventuais fantasias de gravidade, enfermidade ou incurabilidade que poderiam ser despertadas pelo paciente diante a interrupção do teste, aspecto discutido por Grassano (1996) quando abordada a importância da devolução de informações em um Psicodiagnóstico. Apesar da falta de interesse de Antônio pelo teste, foi fundamental ao terapeuta continuar com sua aplicação, sobrevivendo a seus ataques e demonstrando que Antônio não seria tão destrutivo quanto pensa, e que, o terapeuta não era tão frágil quanto aparentava. Esta discussão coloca em evidência a importância da sensibilidade clínica do terapeuta durante a realização do Psicodiagnóstico Interventivo, respeitando os momentos adequados para a introdução do teste, como também, o próprio tempo do paciente para participar desta atividade e suas eventuais resistências.

Faz-se importante dedicar uma parte desta discussão ao papel das pontuações e interpretações durante a aplicação dos testes. Porém, em um primeiro momento é fundamental compreender o que vem a ser o “interventivo” no chamado Psicodiagnóstico Interventivo.

Vale questionar se o “interventivo” se refere apenas aos assinalamentos e interpretações verbais, ou poderia existir também outros elementos interventivos presentes no *setting*.

O próprio surgimento do Psicodiagnóstico Interventivo está condicionado à existência de um elemento terapêutico que é inerente à aplicação do teste psicológico. Ocampo e Arzeno (1995b) reconheciam os efeitos terapêuticos na aplicação dos testes, embora delegassem a estes a nomenclatura de “efeitos terapêuticos involuntários”. Sendo assim, autores como Verthelyi (1989), Santiago (1995), Tardivo (2007), Barbieri (2010a), irão ressaltar que o teste pode ser compreendido como uma intervenção em si mesma quando conta com a postura de um profissional que aberto para uma aplicação dentro de uma perspectiva dialógica, estes aspectos podem ser melhor visualizados no caso de Marta. São diversas as situações em que Marta obteve *insights* através das pranchas, chegando a afirmar diretamente que “*Isso aqui parece coisa de vidente hem? Essas figuras!*”, demonstrando sua surpresa com o potencial de associações que o instrumento despertava como também sua função na facilitação de sua comunicação emocional.

A outra dimensão de intervenções que podem ser realizadas a partir dos testes e técnicas dizem respeito a assinalamentos e intervenções realizados durante ou depois de sua aplicação. Uma importante síntese dos tipos de intervenções verbais no processo Psicodiagnóstico Interventivo foi realizada por Paulo (2004). A autora descreve as intervenções imediatas, facilitadoras, espontâneas, com uso de símbolos, interpretações e interpretações na transferência. Todas estas intervenções podem ser identificadas no caso apresentado, porém, cabe aqui a discussão de algumas categorias em particular, que também estão contempladas na classificação de Paulo (2004).

Primeiro cabe aqui uma rápida distinção entre o que se entende como sendo assinalamentos e interpretações. Fiorini (1999) afirma que os assinalamentos visam estabelecer relações entre dados informados pelo paciente, sequências, constelações significativas, tanto manifestas quanto latentes do paciente, estimulando-o ao desenvolvimento e a percepção de sua própria experiência. Já a interpretação é entendida pelo autor como a comunicação por parte do terapeuta sobre possíveis significados dos comportamentos percebidos no paciente, envolvendo suas motivações e particularidades latentes, e em especial, seus conflitos.

Dentre os exemplos que podem ser extraídos da situação clínica para ilustrar os tipos de intervenções verbais, destaca-se a aplicação da prancha número 3, que foi muito significativa para Marta. Diante da prancha, Marta fala sobre sua posição diante da morte do marido, e sobre como sua “covardia” a privou de estar em uma situação ideal como aquela

apresentada na prancha. Utilizou-se da prancha para formular uma interpretação visando demonstrar a Marta a ambivalência de sentimentos presentes em relação à morte do marido, aspecto sobre o qual a paciente não tem consciência até então: *“Marta, parece que mesmo sabendo que seu marido tinha uma doença grave ainda é difícil compreender o que ele fez. Você entende que ele estava adoecido, mas parece sentir muito rancor por ele ter abandonado você e seus filhos”*. Fiorini (1999) destaca que em algumas situações a intervenção pode vir em formato de interrogação. Na sessão seguinte o terapeuta coloca para Marta uma interrogação que cumpriu também o papel de assinalamento: *“Marta, entendo o quanto difícil deve ser ter de lidar com a perda do seu marido e criar os filhos sozinhos. Sei que sua realidade é bem diferente daquela figura, mas essa família, mesmo com suas diferenças, não poderia ser feliz?”*.

Outro exemplo de assinalamento sob estímulo do teste pode ser retirado da discussão suscitada pela prancha 17. Marta fala novamente sobre uma situação ideal de bem estar junto aos filhos em referência à família presente na prancha. Essa associação a remete à sua evolução durante os encontros e sobre como tem conseguido separar seus problemas daqueles que são dos filhos. Diante disso destaco que apesar da relação do filho não ser tão ideal quanto a prancha 17, os dois podem ter uma relação boa dentro das possibilidades e limitações de cada um. Já no caso de Antônio pode-se destacar um momento de intervenção realizada a partir do teste, e que, apesar de ser reconhecida como correta pelo paciente, não foi aprofundada: *“Antônio, me chamou a atenção que nas suas falas sobre as pranchas aparecem temas como o julgamento, a desconfiança e a distância entre as pessoas. Não deixo de pensar sobre nossas conversas e em como estes temas parecem estar presentes em seus relatos, em especial na sua relação com seus familiares e pessoas próximas. Você reconhece isso que estou dizendo?”*. Em geral, as interpretações realizadas no caso de Antônio se concentraram principalmente nos dados que trazia no decorrer das sessões, a exemplo de suas relações interpessoais e aspectos reproduzidos na relação com o terapeuta.

Para além das intervenções proporcionadas pelo teste, pelos insights que o paciente obtém, como a partir de possíveis assinalamentos e interpretações verbais que o terapeuta pode realizar, existem também as intervenções que são inerentes à “figura real do terapeuta”, incluindo aspectos de sua personalidade que aparecem de forma espontânea no *setting*, e que, podem exercer funções terapêuticas ao paciente. Um exemplo desta função pode ser visto na primeira sessão de *follow-up*, no momento em que Marta discorre sobre como se lembrou das conversas durante as semanas que não foi atendida, afirmando *“Ah, você tem esse jeito calmo, meus filhos também são assim. Acho que não é só da profissão, você deve ser mesmo assim. E*

eu sou toda agitada, comecei a pensar que deveria ser mais calma”. Esta afirmação coloca em evidência aspectos da personalidade do terapeuta, sobre os quais este não tem qualquer domínio, e que podem ser interventivos ao paciente por proporcionarem, através da relação transferencial, uma função integradora. Poderia se destacar também aspectos inerentes ao enquadre e que também funcionam como devolução de informações e intervenções, como a disposição dos móveis da sala, a forma como o terapeuta conduz o tempo da sessão, as eventuais ligações telefônicas que se fazem necessária durante o processo, dentre outros (SANTIAGO, 1995).

Pode-se concluir que o “interventivo” do Psicodiagnóstico Interventivo não se limita a verbalizações proferidas pela figura do terapeuta. A situação, em sua totalidade, pode ser entendida como interventiva, incluindo tanto os aspectos diretos da relação e intervenções, como os diferentes tipos de testes, aspectos do contrato e disposição do *setting*, e toda a dimensão de comunicação não consciente que se estabelece entre o par paciente-terapeuta, incluindo aspectos da personalidade deste último.

Uma última questão sobre a técnica do Psicodiagnóstico Interventivo que pode ser discutida a partir dos casos de Marta e Antônio refere-se ao papel da transferência neste processo. Como discutido anteriormente, a transferência pode ser utilizada na formulação de assinalamentos, interpretações e intervenções variadas tendo em vista, ou não, o uso de testes. Sabe-se a importância da transferência no processo de cura analítico, mas pouco se sabe sobre os mecanismos que a envolvem em um enquadre como o Psicodiagnóstico Interventivo. No campo da Psicoterapia Breve autores como Braier (2008) posicionam-se de forma contrária ao uso de interpretações na transferência, ou outros posicionamentos que venham a gerar uma grande carga regressiva no paciente, facilitando a instalação de uma neurose de transferência que não poderá ser devidamente trabalhada dentro de uma proposta breve. Outros terapeutas que abordam a Psicoterapia Breve, dentre eles Simon (2005) rediscutem esta questão, assinalando que a transferência deve sim ser trabalhada nesse tipo de Psicoterapia, já que os efeitos terapêuticos de uma Psicoterapia Psicodinâmica têm como elemento central a relação profissional-paciente. Cabe agora pensar como seria o manejo da transferência no Psicodiagnóstico Interventivo.

Nos casos de Marta e Antônio a transferência mostrou-se como um elemento fundamental durante as sessões. No caso de Marta, esta relação se estabeleceu gradualmente, consolidando-se de forma forte nos últimos encontros, e mantendo-se nas sessões de *follow-up*. O terapeuta tratou desta questão assinalando a transferência quando se fazia presente e interpretando-a de acordo com o foco de sua conflitiva: a relação com o filho. Durante a

discussão da prancha de número 12, Marta afirma “(...) *Essa aqui sou eu pensando em tudo isso que te disse! (Aponta para a figura). (...) Pensando “Como faço?”*” *Relacionamento a dois é difícil. Demora para se encontrar e entrosar e é difícil desvencilhar, mas é só isso. Essa sou eu antes de encontrar o Rodrigo*”. No momento anterior à apresentação da prancha, Marta falava sobre sua relação com o atual namorado, queixando-se de aspectos como a falta de comunicação existente nesta relação. A partir de sua fala foi possível pontuar a Marta a falta que lhe fazia a existência de uma pessoa que pudesse ouvi-la e compreendê-la, assinalando então, a dimensão transferencial dessa relação, transferência que não é entendida aqui como a mera reprodução de aspectos infantis na relação terapêutica, mas sim, como a possibilidade de se viver experiências que não ocorreram em outro momento do processo de amadurecimento emocional do paciente.

Deve-se destacar também a proximidade etária entre o terapeuta e os filhos de Marta, aspecto que adquire importância nesta situação, já que, por meio da transferência, foi possível para Marta ressignificar suas relações junto à figura de um profissional que, diferentemente de seus filhos, contém suas angústias e não reproduz a experiência de abandono vivenciada pela morte do marido.

Já no caso de Antônio, o uso da transferência cumpriu tanto ao objetivo diagnóstico, possibilitando compreender aspectos da organização psíquica deste paciente a partir da sua reprodução das suas relações objetivas nas sessões, como também na dimensão terapêutica a partir das interpretações e assinalamentos destes padrões de relacionamentos.

Cabe agora discutir as possíveis contribuições advindas da análise destes dois casos para se pensar o Psicodiagnóstico Interventivo em pacientes idosos com sintomas depressivos.

B – CONTRIBUIÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PARA A COMPREENSÃO DA DEPRESSÃO NO IDOSO

A capacidade de se deprimir adquiriu neste estudo uma dupla função de análise. Em primeiro lugar, ela auxiliou diretamente na compreensão diagnóstica dos casos, por possibilitar uma avaliação acurada do amadurecimento emocional destes pacientes. Em segundo lugar, ela serviu também como um indicador para avaliar o progresso destes pacientes durante as sessões. Estes dois aspectos serão melhor explicados abaixo.

Para se compreender a importância diagnóstica da depressão para a compreensão dos casos, será necessário retomar a discussão sobre o “Valor da depressão” em Winnicott (1963/2005), já apresentada na revisão de literatura desta Dissertação. Para este autor, a depressão cumpre a uma dupla função, é uma patologia que causa grande sofrimento a pessoas por ela acometidas, e também um sinal de saúde por demonstrar que certas funções

do Ego estão preservadas (WINNICOTT, 1963/2005). Neste sentido, a depressão passa a ser compreendida como uma capacidade, e não algo inato e disponível a todos os indivíduos. Os sujeitos que se deprimem conseguiram se desenvolver de forma saudável durante suas experiências iniciais com a figura materna, conquistando a capacidade de se preocupar, podendo então viver suas experiências em profundidade e assumir sua parcela de responsabilidade sobre seus impulsos agressivos (WINNICOTT, 1958/1993). Winnicott (1963/1983) afirma que a depressão só pode surgir quando é possível ao bebê unir em sua mente a mãe-objeto e a mãe-ambiente, percebendo o cuidado materno em sua totalidade, e transformando a culpa em uma preocupação genuína, necessitando para isso do apoio de uma mãe suficientemente boa. Nos casos em que este processo não se desenvolve da forma adequada, alguns aspectos patológicos poderão se instalar, a exemplo da constituição de um falso *self* ou de uma anormalidade no superego, incidindo em um sentimento de culpa patológico característico de quadros como a neurose obsessiva. Pode-se pensar na capacidade de se deprimir, no sentido que os sintomas têm, e a possibilidade de alguma forma integrá-los é que se constitui em sinal de amadurecimento.

Sendo assim, a capacidade de se deprimir permite uma espécie de “diagnóstico diferencial” em relação a outras patologias de maior severidade, como a neurose obsessiva ou mesmo a psicose. Os casos em questão parecem ilustrar esta situação, permitindo uma diferenciação diagnóstica a partir do componente “depressão”. Os diversos lutos vivenciados por Marta em seu processo de desenvolvimento demandaram uma reorganização de sua economia psíquica, manifestada através dos sinais e sintomas depressivos, fonte de grande sofrimento a paciente. A impossibilidade inicial de lidar com sentimento de culpa e fazer suas reparações estavam constantemente presentes nas suas relações, em especial em sua relação com Alexandre. No entanto, durante o processo psicodiagnóstico, Marta passa a confrontar estes aspectos latentes, podendo ressignificar estas perdas e realizar reparações autênticas nas suas relações, auxiliando, ao final do processo, na sua reaproximação junto a seus dois filhos. Este desfecho positivo de seu Processo Psicodiagnóstico só foi possível porque Marta demonstrou certo grau maturidade em suas funções psíquicas, com um Ego bem integrado e um sentido de *self* bem estabelecido. O uso que Marta faz de sua experiência depressiva possibilitou ao terapeuta discriminar, durante o Psicodiagnóstico Interventivo, aspectos saudáveis de sua organização psíquica, que foram sendo integrados durante o desenvolvimento das sessões.

Processo diferente pode ser discutido no caso de Antônio. Para Antônio, a depressão cumpriu a uma função muito diferente, ela é o desfecho de um fracasso em manter uma

harmonia entre os fortes impulsos do Id e as demandas de um rígido Superego. O resultado deste processo aponta para um constante sentimento de culpa diante as manifestações de sua vida instintiva e a impossibilidade de contê-las (ZIMERMAN, 1999). Neste sentido, pode-se afirmar que Antônio possui sintomas depressivos culposos, assim como os descritos por Bleichmar (1983), porém, não possui uma autêntica capacidade de se deprimir conforme a descrição de Winnicott (1963/2005). No caso de Antônio a dimensão saudável da depressão, indicativa de amadurecimento emocional, parece ser incipiente, sobressaindo a dimensão de sofrimento imposta pela experiência depressiva. Neste paciente a ausência da capacidade de suportar a ambivalência afetiva diante dos objetos e alcançar a capacidade de se preocupar com seus impulsos agressivos, são indicativos de um Ego frágil. Durante o processo Psicodiagnóstico Interventivo de Antônio houve a constatação da ausência da capacidade de se deprimir, levando a compreensão diagnóstica de uma patologia de maior severidade, da qual, a depressão é apenas um conjunto de sinais e sintomas subjacentes a uma estrutura mais enraizada.

Sendo assim, o bom prognóstico de um processo Psicodiagnóstico Interventivo com pacientes deprimidos, está diretamente relacionado à função que a depressão ocupa em sua organização psíquica, e a possibilidade ou não de entrar em contato com as dores e perdas. É neste sentido que a evolução da capacidade de se deprimir irá se relacionar aos benefícios atingidos em um Psicodiagnóstico Interventivo, podendo ser utilizada como um indicador do progresso destes pacientes neste enquadre.

Aspecto semelhante foi constatado por Gil (2005) em sua pesquisa de Mestrado. A partir da análise de dois casos de idosos deprimidos, a autora pode concluir que a depressão nestes pacientes era também um indicativo de amadurecimento emocional, e ao final do processo interventivo proposto pela autora, estes indivíduos mostraram-se mais fortes, estruturados e sábios que antes, descobrindo aspectos que sempre estiveram presentes, mas que puderam vir à tona a partir de uma experiência de integração fornecida pela situação clínica.

Esta discussão coloca a importância do *setting* clínico como elemento potencializador para que a experiência depressiva possa ser integrada de forma positiva. Ao colocar a depressão na condição de um espaço transitório que possui um “valor” ou um sentido, pode-se discutir sua relação com as Consultas Terapêuticas e o Psicodiagnóstico Interventivo. Em seu trabalho sobre a natureza humana, Winnicott (1988/1990) fala sobre a esperança de ser ajudado como importante indicativo da condição de saúde de um paciente. Esta ideia será fundamental para o seu trabalho nas suas Consultas Terapêuticas, que partem do princípio de

que, se for dada a oportunidade de maneira adequada e espontânea, o paciente irá expor o problema ou conflito emocional predominante em seu atual período de vida (WINNICOTT, 1971/1984). É o sentimento de esperança que move o paciente neste processo, fazendo com que perceba o terapeuta como um objeto subjetivo, propiciando uma reformulação no conceito de transferência. Nas Consultas Terapêuticas, e neste caso em particular, no Psicodiagnóstico Interventivo, a transferência passa a ser compreendida como esperança do indivíduo em viver uma experiência que não lhe foi permitida viver em uma etapa primitiva de seu processo de amadurecimento emocional.

Nos dois casos descritos, apesar de suas particularidades, o elemento esperança se fez presente. Marta e Antônio demonstraram esperança em serem compreendidos, colocando em trânsito elementos de sua personalidade que não encontraram outro local para serem escutados e integrados. No encontro entre a esperança de ser ajudado e um *setting* que sustenta as condições para que ocorra o desenvolvimento da capacidade depressiva latente, a experiência depressiva pode ser colocada em trânsito. É na relação terapeuta-paciente que a depressão poderá então ser integrada, fazendo com que o seu “valor” possa sobressair sobre sua dimensão destrutiva. Enfatiza-se então a importância de um *setting* que facilite este encontro entre a esperança de ser cuidado e a potencialidade depressiva integradora, auxiliando no processo de amadurecimento emocional do indivíduo.

Faz-se importante dedicar uma parte desta discussão à relação entre os aspectos da experiência depressiva apresentados, e as particularidades de sua manifestação na velhice. Como discutido por Mucida (2006), a velhice demanda de cada indivíduo um trabalho específico que dependerá das suas diversas reservas nos campos físico, psíquico e social para um bom desfecho. Estes trabalhos impostos pela velhice podem ter suas origens nas diversas feridas narcísicas que poderão acometer o indivíduo nesta etapa da vida, mas que, não podem ser entendidos como sendo uma exclusividade da velhice, tendo em vista que situações como perdas de vínculos, papéis ou aparecimento de doenças, são aspectos que podem ser presentes em qualquer etapa da vida. O que difere as perdas vividas na velhice das perdas vivenciadas em qualquer outro momento é a sua íntima relação com o sentimento de finitude. Erikson e Erikson (1999) afirmam que diante dos diversos estressores que o indivíduo pode eventualmente enfrentar neste período da vida, e da percepção das limitações temporais para sua resolução, o sujeito é colocado diante da tarefa de rever seu desenvolvimento e aceitar suas conquistas e fracassos visando manter sua integridade egóica.

O valor da depressão (WINNICOTT, 1963/2005) na velhice reside em ser um espaço transitório em que narcisismo tem um importante papel na reavaliação da história individual.

Quando o idoso consegue tolerar ambivalências e fazer reparações, poderá então manter a integridade de seu ego. Mas como discutido anteriormente, certa integridade nas funções do ego já são um pré-requisito para que o indivíduo possa conquistar essa capacidade depressiva. Neste sentido a capacidade de se deprimir na velhice também é resultado de uma conquista que se inicia nos primórdios da vida, quando o indivíduo consegue um sucesso nas tarefas de integração, realização e personalização (WINNICOTT, 1962/1983).

Conclui-se então que a depressão na velhice cumpre pelo menos quatro funções, que podem ou não se sobrepôr a depender das particularidades do caso. Pode ser entendida primeiramente como uma patologia que causa sofrimento aos indivíduos por ela acometidos, sendo imprescindível a associação entre distintas formas de tratamento, psicológicos e psiquiátricos. Em segundo lugar a depressão pode ser compreendida como uma manifestação que aparece diante do colapso das demais defesas utilizadas por uma estrutura de maior severidade, revelando um sentimento de culpa patológico. Sua terceira manifestação é como uma defesa diante das feridas narcísicas e/ou estressores que podem acometer o idoso nesta etapa da vida. Por último, a depressão pode ser entendida como um indicativo de saúde quando permite a integração da agressividade e a transformação do sentimento de culpa e uma capacidade genuína de preocupação, possibilitando a realização de reparações autênticas.

C – CONTRIBUIÇÕES DO PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PARA A CLÍNICA SOCIAL

Cabe se discutir agora as possíveis contribuições do Psicodiagnóstico Interventivo quando utilizado na Clínica Social, em especial em trabalhos comunitários nos campos da Saúde e Assistência Social. As últimas décadas tem se consolidado como um momento profícuo para se pensar as novas formas de atuação do psicólogo. A Psicologia enquanto ciência e profissão têm vivenciado diversas transformações significativas nas suas formas de atuação e produção de conhecimento. Tais transformações ocorrem principalmente pela necessidade de dar novas respostas a questões contemporâneas. Estas demandas têm feito com que o campo de atuação para o psicólogo amplie conquistando novos espaços em diferentes contextos e instituições, gerando então a necessidade de produção de conhecimentos devidamente adequados às situações enfrentadas e às demandas existentes nestes campos de prática profissional (SPINK, 2007).

Dentre os espaços em que o psicólogo vem se inserindo, nota-se uma crescente concentração de profissionais nos setores da Saúde Pública e Assistência Social, locais que se configuram como privilegiados para a atuação do psicólogo. No entanto, sabe-se que a formação em Psicologia privilegiou, durante muitos anos, o modelo de assistência clínico

privatista, carecendo de conteúdos nas grades universitárias sobre o trabalho em comunidades e o estudo de novas formas de atuação clínica (DIMENSTEIN, 1998).

Como resultado, as práticas do psicólogo nas comunidades tem se consolidado de forma problemática, envolvendo dificuldades que envolvem desde a incipiência dos planos de intervenção traçados por estes profissionais que não contemplam a realidade da população e as demandas loco-regionais, até problemas na prática clínica com pacientes, caracterizadas pela crescente formação de lista de esperas, acompanhadas de abandonos prematuros, faltas e atrasos frequentes, caracterizando assim uma baixa resolubilidade (DIMENSTEIN, 1998; LIMA, 2005).

Na atualidade estes impasses têm sido transpostos a partir da revisão das grades curriculares dos cursos de graduação em Psicologia, inserindo-se novas cadeiras que tratam de temas referentes à Saúde Pública, Psicologia Social Comunitária, políticas de Assistência Social, dentre outros temas relevantes para uma formação mais condizente com as atuais demandas sociais. Cabe aqui destacar o trabalho realizado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que tem se interessado por estudos sobre os novos enquadres clínicos, oferecendo serviços voltados à população e camadas sociais que até então tem recebido pouca atenção em estudos e intervenções voltadas à saúde mental (TARDIVO, 2004b).

É diante deste cenário que se faz importante pensar nas possíveis contribuições do Psicodiagnóstico Interventivo para a prática clínica comunitária. Assim como assinalado no item justificativa, deve-se estar ciente de que a atuação do psicólogo na comunidade deve dar conta de outras esferas que não apenas a prática clínica. Destacam-se aqui os trabalhos voltados para educação em saúde, gestão dos serviços, realização de visitas e atendimentos domiciliares, construção de planos de assistência conjunta com outros profissionais, dentre as diversas possibilidades de trabalho que a comunidade demanda. Deve ficar claro que o enquadre em questão não se configura como uma solução para todos os problemas levantados, já que se trata de problemas de uma complexidade muito maior do que apenas aquela contemplada pela Clínica, perpassando pelas dimensões macro políticas e sociais. Mas algumas contribuições podem ser destacadas a partir da análise dos casos discutidos neste trabalho.

Inicialmente cabe-se situar a importância do Psicodiagnóstico Interventivo como uma modalidade de intervenção e avaliação breves, aspecto apontado como fundamental pelos diversos autores que discutem os modelos de atuação clínica na comunidade (DIMENSTEIN, 1998; LIMA, 2005; SPINK, 2007). Porém, a brevidade não deve ser confundida com

superficialidade dos atendimentos, trazendo à tona uma discussão ética para a Clínica Social. A análise dos dois casos aqui trabalhados revela que o Psicodiagnóstico Interventivo consegue ser breve sem perder a profundidade do atendimento clínico. Nas nove sessões realizadas ao todo, foi possível aprofundar temáticas variadas, que vão desde a queixa principal colocada pela paciente, até às raízes infantis que estão no contorno destas problemáticas. Esta profundidade pode ser observada também nas sessões de *follow-up*, demonstrando que, para alguns casos, o Psicodiagnóstico Interventivo pode alcançar mudanças duradouras, ou pelo menos, impulsionar um processo de mudanças que se encontrava latente. Sendo assim, o Psicodiagnóstico Interventivo pode ser de grande valor como enquadre breve diante da grande demanda por atendimentos e listas de espera existentes nas mais variadas instituições comunitárias.

Outro aspecto importante é o papel organizativo que o Psicodiagnóstico Interventivo pode conferir aos setores de Psicologia destas instituições. Este enquadre pode servir como primeira medida de acolhimento e diagnóstico a pacientes que buscam uma ajuda inicial nos diversos Serviços de Atenção Primária. Sua função diagnóstica possibilita uma avaliação acurada que permitirá o profissional realizar um encaminhamento mais adequado para o caso em questão, seja para a participação em grupos, oficinas, ou ainda na decisão sobre uma Psicoterapia Breve ou de longo prazo. A partir de uma avaliação mais acurada, também é possível fazer encaminhamentos mais consistentes para outros profissionais da saúde, evitando a sobrecarga de consultas e atendimentos realizados com base em uma queixa sem fundamento, fruto de um engano ou falta de aprofundamento por parte do profissional solicitante. Sua dimensão interventiva poderá contribuir também evitando a longa espera de atendimento para casos que demandam de uma atenção mais urgente, podendo inclusive, ser resolutive para um grande número de casos de menor gravidade, a exemplo do caso Marta discutido neste trabalho, que não demandou uma continuidade de assistência na forma de psicoterapia ou qualquer outra abordagem psicológica.

O Psicodiagnóstico Interventivo, como já apontado, não visa ser uma panaceia que dá conta de todo e qualquer tipo de demanda. No que diz respeito à indicação do Psicodiagnóstico Interventivo, faz-se importante considerar alguns aspectos sobre as demandas do terapeuta, paciente e instituição que estão além da técnica. Um elemento que pode ser considerado fundamental para o sucesso deste enquadre é o grau de flexibilidade do terapeuta para lidar com enquadres diferenciados, podendo realizar um Psicodiagnóstico Interventivo sem a visão que falta profundidade ou alcance deste enquadre. Cabe diferenciar então o que são limitações deste enquadre e as limitações pessoais do terapeuta. O mesmo

pode ser aplicado ao paciente. Existem pacientes que, devido a uma série de questões, parecem demandar de um trabalho a longo prazo, mesmo quando inseridos em outros enquadres. Estes indivíduos poderão se beneficiar destes enquadres, os quais, muitas vezes poderão não ser suficientes. Por outro lado, existem pacientes que demandam de atividades pontuais, tirando grande proveito destes poucos encontros. São os exemplos de pacientes de Donald Winnicott que passavam por algumas poucas Consultas Terapêuticas e já conseguiam dar continuidade ao seu processo de amadurecimento emocional. Por último, existe também uma demanda institucional, que poderá permitir acompanhamentos a longo prazo, com um grande número de sessões semanais, ou o contrário, impondo a necessidade de ações rápidas e pontuais com número de sessões reduzidas.

Diante disso, o uso do Psicodiagnóstico Interventivo ou de qualquer outro quadro diferenciado, deverá levar em conta as diferentes demandas destes três atores que compõem a situação clínica: o terapeuta, o paciente e a instituição. Deverá ser levado em conta também a interação deste quadro com outros dispositivos e propostas de atendimento profissional de que as instituições dispõem, incluindo os demais profissionais das diferentes áreas, garantindo assim uma proposta de trabalho multiprofissional, de extrema importância em trabalhos na Clínica Social. Outro elemento a ser levado em conta é o trabalho conjunto do clínico com os diversos outros dispositivos de que a comunidade dispõe, incluindo pastorais de saúde, conselhos de moradores, instituições de longa permanência para idosos, grupos da terceira idade, escolas e creches, dentre outros que garantam uma proposta de trabalho intersetorial que convida a comunidade a ser parte integrante no processo de mudança de sua realidade. Conclui-se que o Psicodiagnóstico Interventivo pode ser utilizado como um importante recurso no trabalho clínico nas diversas instituições comunitárias, entendendo-se que se trata de mais um recurso à disposição do profissional que atua nestes contextos, que deverá ser complementada pelas diversas outras ferramentas de que o profissional dispõe, e que não se limitam àquelas adquiridas em sua formação, considerando também todos os outros recursos que a própria comunidade oferece.

CAPITULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir apontando que os objetivos do presente estudo, ou seja, discutir e apresentar a aplicação de um modelo de Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico junto a idosos com sintomatologia depressiva no contexto comunitário foi plenamente contemplado. Assim a realização deste estudo contribuiu para uma melhor compreensão sobre o uso do Psicodiagnóstico Interventivo com idosos deprimidos na Clínica Social. Suas contribuições se referem a três áreas de interesse do estudo, a teoria e técnica do Psicodiagnóstico Interventivo, a compreensão da depressão na velhice e o uso deste enquadre na Clínica Social.

Em se tratando das contribuições teóricas e técnicas, o estudo possibilitou uma melhor compreensão sobre aspectos como a importância da focalização no Psicodiagnóstico Interventivo, suas semelhanças e diferenças em relação à Psicoterapia Breve e seus alcances, indicações e limitações. Foi possível revisar o conceito de “cura” e sua aplicação neste enquadre, que não visa particularmente a remissão de sintomas, mas sim, a oferta de um *setting* em que o paciente possa colocar em transito ideias e pensamentos que não puderam encontrar outro espaço para serem escutadas e integradas, encontrando neste *setting* a possibilidade de entrar em contato com aspectos latentes de sua personalidade. O estudo também contribuiu para a compreensão dos principais tipos de intervenções realizadas em um Psicodiagnóstico Interventivo, podendo ser estas verbais, incluindo assinalamentos, interpretações intrapsíquicas e transferenciais, intervenções a partir do teste, e também as intervenções inerentes às próprias condições do *setting* e aspectos da personalidade do terapeuta. Como último elemento da técnica, o estudo possibilitou a compreensão do papel da transferência no Psicodiagnóstico Interventivo, tendo como principal referência a clínica de Donald Winnicott e seus apontamentos sobre a transferência enquanto esperança do paciente em viver experiências que até então não fizeram-se presentes em seu processo de amadurecimento emocional.

No que tange às contribuições para a compreensão da depressão na velhice, este estudo apontou que a depressão possui pelo menos quatro funções nesta etapa da vida: é uma forma de sofrimento emocional que compromete diretamente a qualidade de vida do paciente; é uma manifestação que aparece de forma subjacente à estrutura do paciente quando há um colapso de suas defesas; é uma forma defensiva adotada pelo Ego diante das feridas narcísicas e/ou fatores estressantes que o idoso pode vivenciar neste período da vida; é também um indicativo de saúde e relativo amadurecimento emocional por demonstrar que certa integridade do Ego está preservada assim como seu sentido de *Self*. Estes aspectos auxiliam no campo diagnóstico, possibilitando uma compreensão apurada do sentido da depressão e as

singularidades de sua manifestação em cada indivíduo, e também como um indicador dos progressos do paciente durante a realização do Psicodiagnóstico Interventivo, tendo em vista as formas como lida com sua experiência depressiva no decorrer das sessões.

Por último, destacam-se as contribuições do Psicodiagnóstico Interventivo para a Clínica Social, podendo ser utilizado como um importante recurso na sistematização da assistência de atendimentos psicológicos em instituições comunitárias, por permitir diagnósticos mais precisos, que auxiliam na realização de encaminhamentos mais coerentes, e também uma intervenção breve que pode ser resolutiva para uma série de casos de menor gravidade. Quanto à brevidade dos atendimentos, constatou-se que o Psicodiagnóstico Interventivo consegue se configurar como um enquadre pontual, que garante benefícios aos pacientes atendidos em um número reduzido de sessões sem perder, porém a profundidade do encontro terapêutico entre profissional e paciente.

Dentre as limitações evidenciadas no presente estudo, é importante destacar problemas no percurso da investigação, os quais por questões institucionais obrigaram a uma mudança precoce do local dos atendimentos, durante a etapa inicial de atendimentos. Tal fato levou à necessidade da construção de um novo vínculo institucional, atrasando o início dos atendimentos e limitando o número de casos atendidos. Destaca-se também uma limitação referente ao perfil etário da população atendida. Os dois casos atendidos podem ser classificados como “idosos jovens” segundo o campo da Gerontologia, ficando a sugestão de se aplicar este procedimento em pacientes com idades mais avançadas, e discutir seus alcances e limitações.

Como apontamentos para estudos futuros no campo do Psicodiagnóstico Interventivo com idosos, destacamos a importância de estudos longitudinais, com um maior número de participantes, podendo discutir os alcances das intervenções a longo prazo em diferentes tipos de casos. Aponta-se também a necessidade de se empreender estudos em pacientes de maior gravidade, discutindo as particularidades da técnica do Psicodiagnóstico Interventivo em casos severos. No que diz respeito à prática do Psicodiagnóstico no contexto comunitário, faz-se importante o emprego de estudos sobre o uso deste enquadre em contextos particulares, como atendimentos domiciliares, e também com cuidadores e familiares de pessoas idosas, tendo em vista o importante papel destes indivíduos no processo de cuidado na velhice.

Conclui-se que o Psicodiagnóstico Interventivo pode se configurar como um importante instrumento avaliativo e interventivo na Clínica Social, que quando associado aos outros dispositivos comunitários, pode ser de grande valia para a população idosa com sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2b, p. 421-426, 1999.
- ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviços de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. **Encontro com a loucura**: transicionalidade e ensino de psicopatologia. 1999, 343f. Tese (Livre docência) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. **Ser e Fazer**: enquadres clínicos diferenciados na clínica Winnicotiana. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ANCONA-LOPEZ, M. Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. (Org.). **Diagnóstico Psicológico**. São Paulo: EPU, 1984. p. 1-13.
- ANCONA-LOPEZ, M. Introduzindo o psicodiagnóstico grupal interventivo: uma história de negociações. In: _____. (Org.). **Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção**. São Paulo: Cortez, 1995a. p. 65-114.
- ANCONA-LOPEZ, S. Psicodiagnóstico: processo de intervenção? In: ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). **Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção**. São Paulo: Cortez, 1995b, p. 26-36.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico Clínico: Novas Contribuições**. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- BALIEIRO JUNIOR, A. P. Psicodiagnóstico e psicoterapia: dimensões e paradoxos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 212-227, 2005.
- BARBIERI, V. **A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento de transtornos de conduta infantis**. 2002, 272f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A.; ALVES, Z. M. M. B. Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 153-167, 2004.
- BARBIERI, V. O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 60, n. 131, p. 209-222, 2010b.

BARBIERI, V. Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 505-513, 2010a.

BELLAK, L.; ABRAMS, D. M. **Manual for the senior apperception technique**. New York: P.O. Box 83, 1998.

BELLACK, L. M. D. **Teste de apercepção para idosos e adultos - SAT**. Tradução de Maria Tereza Antonia Pacheco. Campinas: Psy, 1992. (Trabalho original publicado em 1949)

BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BIANCHI, H. **O Eu e o tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento**. Tradução de Jean M. J. Briant. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

BISI, S.; SOUZA, M. I. Relato de atendimento familiar: um adolescente com depressão. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da IV Jornada Apoiar: infância, sofrimento emocional e clínica contemporânea, 2006, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2006. p. 178-186.

BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: _____. (Org.). **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 9-41 (Trabalho original publicado em 1964).

BLEICHMAR, H. B. **Depressão: um estudo psicanalítico**. Tradução de Maria Cecília Tschiedel. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

CARVALHO, J. A. M. D.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CRUZ, M. S.; GUIMARÃES, D. A.; MENEZES, S. L.; SOUZA, C. M.; GABRIEL FILHO, L. T.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Atendimento psicológico de pacientes psiquiátricos segundo o modelo de consultas terapêuticas. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). **Caderno de anais da VII jornada APOIAR: saúde mental e enquadres grupais: a pesquisa e a clínica**, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2009. p. 590-599.

CUNHA, J. A. Fundamentos do Psicodiagnóstico. In: _____. (Org.). **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 23-31.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

DIAS, E. O. O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 588-601, 2008.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 675.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1999.

FONTAINE, R. **A psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Loyola, 2010.

FORLENZA, O. V.; NITRINI, R. Doença de Alzheimer. In: JÚNIOR FRÁGUAS, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu, 2000.

FORLENZA, O. V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 87-95, 2000.

FREITAS, D. C.; Gil, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. (2007). Oficina psicoterapêutica como proposta de um encontro inter-humano em hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.) e colaboradores. **Anais da V Jornada APOIAR: "Saúde Mental nos Ciclos da Vida"**, 2007, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2007. p. 343-347.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 17, p. 197-211. (Trabalho original publicado em 1919).

FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 14, p. 274-291. (Trabalho original publicado em 1917).

FREUD, S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. V. 10, p. 157-250. (Trabalho original publicado em 1909).

FREUD, S. O ego e o id. In: **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 19, p. 13-89. (Trabalho original publicado em 1923).

FREUD, S. O método psicanalítico de Freud. In: _____. **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v. 7, p. 253-262. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1904).

FREUD, S. Sobre a psicoterapia. In: _____. **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v. 7, p. 263-278. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1905).

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 14, p. 89-119. (Trabalho original publicado em 1914).

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: estão os médicos investigando?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 145-149, 2004.

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009

GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 1-2, p. 19-30, 2011.

GIL, C. A. **Envelhecimento e depressão: da perspectiva diagnóstica ao encontro terapêutico**. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GIL, C. A. **Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos**. 181f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GIOVANETTI, R. M.; SANT`ANNA, P. A. Estratégias de psicodiagnóstico interventivo e apoio em crises adaptativas por meio do jogo de areia e da EDAO. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 402-407, 2005.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GOLDFARB, D. C. Psicanálise e Envelhecimento. In: CÔRTE, B., GOLDFARB, D. C. LOPES, R. G. C. (Orgs). **Psicogerontologia: fundamentos e práticas**. Curitiba: Juruá. 2009. p. 29-48.

GOMES, C. I. A formação em psicodiagnóstico e os testes psicológicos. **Psicologia: Teoria e prática**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 60-69, 2000.

GRASSANO, E. **Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas**. Tradução de Leila Salomão L. P. Cury. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GILLIÈRÓN, E. Guévir em quatre séaces psychothérapiques? Chagnet initial et psychothérapie analytique. **Psychotérapies**, Paris, v. 1, n. 3, p. 135-142, 1990.

HIRATA, E.; SHIROMA, M. S. X.; STEINER, A. L. F.; ABREU FILHO, A. G.; TARDIVO, L. S. L. P. C.; OLIVEIRA, A. S. B. Tutoria ao paciente com esclerose lateral amiotrófica: um estudo de caso. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). **Caderno de anais da VIII Jornada APOIAR: promoção de vida e vulnerabilidade social na América Latina: reflexões propostas**, 2010, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2010. p. 228.236.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, p. 679.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Disponível em:

<www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/defaultt_sinopse.shtm> Acesso: 29 jan. 2014.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário de psicanálise**. 4. ed. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASCH, C. **O mínimo Eu: Sobrevivência psíquica em tempos difíceis**. Tradução de João Roberto Martins Filho. 4ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LAZZARI, J. M. W.; SCHMIDT, E. B. Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 211-221, 2008.

LEONCIO, W. A. H.; TARDIVO, L. S. L. C. Consultas terapêuticas de uma criança abrigada e sua mãe: maternando mãe e filha. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.) e colaboradores. Anais da V Jornada APOIAR: "Saúde Mental nos Ciclos da Vida", 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2007. p. 214-240.

LEONCIO, W. A. H.; FERREIRA, C. T.; TAKUSHI, A. L.; VIEIRA, A. Z.; POLETTI, P. C.; PEREIRA, A.; PASSONI, P.; TARDIVO, L. S. L. C. Encontros terapêuticos com crianças abrigadas: um oásis num deserto. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da III Jornada APOIAR: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O Papel da Psicologia Clínica Social, 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2005. p. 117-123.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 431-440, 2005.

LOPES, R. G. C. (2009). Dorian Gray e o pavor frente ao envelhecimento: exercitando um olhar baseado em alguns conceitos da psicanálise. In: CÔRTE, B., GOLDFARB, D. C. LOPES, R. G. C. (Orgs). **Psicogerontologia: fundamentos e práticas**. Curitiba: Juruá, 2009. p. 103-114

MICHAELIS. **Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998, p. 715.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. - 24ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MIRANDA DE SÁ JUNIOR, L. S. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. Saúde feminina: considerações sobre o psicodiagnóstico interventivo na obesidade. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 92-100, 2009.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NERI, A. L. O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: NERI, A.; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p. 13-27.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. O processo psicodiagnóstico. In: OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. (Orgs.). **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1995a. (Trabalho original publicado em 1974).

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. A entrevista de devolução de informação. In: OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. (Orgs.). **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1995b. (Trabalho original publicado em 1974).

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 40, n. 4, p. 734-736, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10 ed. São Paulo: Edusp, 1993.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PASSARINI, G. M. R.; COLACIQUE, M. A. M.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Holding: uma porta que se abre para a vida. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da IX Jornada APOIAR: violência doméstica e trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal, 2011, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2011, p. 557-568.

PAULO, M. S. L. L.; DAVOLE, A.; Mizutani, A. M.; SATO, F.; SUEMATSU, N.; Neto, R.; TARDIVO, L. S. L. C. Consultas terapêuticas no hospital psiquiátrico: relato de caso clínico. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da III Jornada APOIAR: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O Papel da Psicologia Clínica Social. 2005, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2005. p. 42-47.

PAULO, M. S. L. L.; TARDIVO, L. S. L. P. C. O encontro inter humano: relato de experiência clínica em hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.) e colaboradores. Anais da V Jornada APOIAR: "Saúde Mental nos Ciclos da Vida". 2007, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2007. p. 348-358.

PAULO, M. S. L. L.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Psicodiagnóstico interventivo e o emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato em pacientes com depressão. In: Anais do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica e XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos, 2011, Lisboa, **Anais...** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. p. 45-46.

PAULO, M. S. L. L. Psicodiagnóstico interventivo em pacientes adultos com depressão. **Boletim de Psicologia, São Paulo**, v. LVI, n. 125, p. 153-170, 2006.

PAULO, M. S. L. L. **O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato.** 260f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes em comunidades: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PINTO, E. B. A pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 1-2, p. 71-80, 2004.

RONCOLATO, A. A.; GONÇALVES, M. P. C.; HASSE, S. B.; DANTAS, S.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Reflexões acerca da experiência com oficinas terapêuticas em hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Caderno de anais da VII jornada APOIAR: saúde mental e enquadres grupais: a pesquisa e a clínica, 2009, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2009. p. 547-563.

ROUDINESCO, E.; PLON, M.. Verbetes sobre melancolia e sobre mania. **Dicionário de psicanálise.** Trad. de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAFRA, G. A clínica em Winnicott. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 91-102, 1999.

SALLES, R. J.; TARDIVO, L. S. L. P. C. O uso das consultas terapêuticas na atenção ao idoso com transtorno depressivo na comunidade: apresentação do projeto e resultados iniciais. In: TARDIVO, L. S. L. P. C.; VAISBERG, T. M. J. A. (Orgs.). Anais da X Jornada Apoiar: laboratório de saúde mental e psicologia clínica social 20 anos: o percurso e o futuro, 2012, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2012. p. 470-488.

SALLES, R. J.; TIRONE, C.; GABRIEL FILHO, L. T. G.; YOUNES, R.; REGO, L.; GIL, C. A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Percepções de alunos de psicologia sobre um estágio em equipamentos de saúde mental. In: TARDIVO, L. S. L. P. C.; VAISBERG, T. M. J. A. (Orgs.). Anais da X Jornada Apoiar: laboratório de saúde mental e psicologia clínica social 20 anos: o percurso e o futuro, 2012, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2012. p. 337-352.

SANTIAGO, M. D. E. Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise?. In: ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). **Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção.** São Paulo: Cortez, 1995. p. 9-25.

SEMINERIO, F. L. **Diagnóstico Psicológico: Técnica do exame psicológico, fundamentos epistemológicos.** São Paulo: Atlas, 1977.

SIMON, R. **Psicoterapia breve operacionalizada: Teoria e Técnica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos.** São Paulo: EPU, 1989.

- SOBRAL, K. R.; PAULO, M. S. S. L. L.; TARDIVO, L. S. L. P. C. O psicodiagnóstico interventivo e o uso dos instrumentos projetivos como auxiliares no processo terapêutico. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da VI Jornada APOIAR: Saúde mental e violência: contribuições no campo da psicologia clínica social, 2008, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2008. p. 181-191.
- SOUZA, M. A. I.; TARDIVO, L. S. L. P. C. A porta de entrada do APOIAR: estudo quantitativo de pacientes na busca de atendimentos psicológicos. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). e colaboradores. Anais da V Jornada APOIAR: “Saúde Mental nos Ciclos da Vida”, 2007, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2007. p. 166-167.
- SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- STAKE, R. E. **Investigación com estudio de casos**. Tradução de Roc Filella. Madrid: Ediciones Morata, 2007.
- STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do envelhecimento: uma introdução**. (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.) 3ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2002.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. Conceituação e aprendizagem do psicodiagnóstico interventivo: relato da experiência no instituto de psicologia da USP. In: TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A. (Orgs.). **APOIAR: novas propostas em psicologia clínica**. São Paulo: Sarvier, 2008a. p. 40-48.
- TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A.; MANNA, R. E.; MIGUEL, A.; TOSI, S. M. D.; SILVA, M. C. V. M.; ESTEVES, C. Depressão e envelhecimento: aspectos expressos no Sennior Apperception Test (SAT). In: Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e no I Congresso Ibero-Americano. 2011, São Paulo, **Anais...** São Paulo: ABRAPSA – Metodista, 2011. p. 1-34.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. El empleo de técnicas proyectivas en encuentros terapéuticos: relato de un caso. In: Congresso Latinoamericano de Rorschach y otras técnicas proyectiva: Transformaciones em la subjetividad: Retos a la Psicología y sus Instrumentos, 2003, Montevideo, **Anais...** Uruguay: Tradinco, 2003, 695-700.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. **O adolescente em sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas: encontros e viagens**. 171f. Tese (Livre docência). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004a.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. O laboratório de saúde mental e psicologia clínica social e o APOIAR: fundamentos e propostas. **Psic – Revista da Vetor Editora**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 40-47, 2004b.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. O uso e o estudo das técnicas projetivas: perspectivas atuais. **Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 153-165, 2000b.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. Psicodiagnóstico interventivo: uma proposta de ensino em atendimento clínico. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 128-134, 2007.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Psicoterapia de base analítica e psicodiagnóstico: formas de atuação antagônicas ou complementares?. **Psic – Revista da Vetor Editora**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 28-31, 2000a.

TARDIVO, L. S. L. P. C. Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste projetivo - SAT. **Psicologia Saúde & Doenças**, Lisboa, v.9, p. 154, 2008b.

TRINCA, W. Apresentação e aplicação. In: _____ (Org.). **Formas de investigação clínica em psicologia: procedimentos de desenhos estórias: procedimentos de desenhos de família com estórias**. São Paulo: Vetor, 1997. p. 11-34.

TRINCA, W. **O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade**. São Paulo: Vozes, 1983.

TRINCA, W. Processo diagnóstico do tipo compreensivo. In: _____. (Org.). **Diagnóstico Psicológico**. São Paulo: EPU, 1984a. p. 14-24.

TRINCA, W. Referenciais teóricos do processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: _____. (Org.). **Diagnóstico Psicológico**. São Paulo: EPU, 1984b. p. 25-33.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALLE, L. M. S.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Estudo de caso: paciente com transtorno do pânico. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.) e colaboradores. Anais da V Jornada APOIAR: “Saúde Mental nos Ciclos da Vida”. 2007, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2007. p. 203-213.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERTHELYI, R. F. **Temas em evaluación psicológica**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1989.

VICENTE, S. P.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Consultas terapêuticas em odontopediatria. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da IX Jornada APOIAR: violência doméstica e trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal, 2011, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2011. p. 526-540.

VIEIRA, V.; SOUZA, M. I.; BORONAT, A.; TARDIVO, L. S. L. P. C. (2006). Consultas terapêuticas e diagnóstico compreensivo em crianças: relato de caso. In: TARDIVO, L. S. L. P. C. (Org.). Anais da IV Jornada Apoiar: infância, sofrimento emocional e clínica contemporânea, 2006, São Paulo, **Anais...** São Paulo: USP, 2006. p. 156-166.

WILDE, O. **O Retrato de Dorian Gray**. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 2003.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. p. 31-37 (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: _____. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1993 p. 73-88. (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983a. p. 55-61. (Texto original publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. A interpretação na psicanálise In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994b (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: _____. **Textos Selecionados**: Da Pediatria a Psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1970. p. 139-164. (Trabalho original publicado em 1941).

WINNICOTT, D. W. A psicanálise do sentimento de culpa. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983a. p. 19-30 (Trabalho original publicado em 1958).

WINNICOTT, D. W. Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica?. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 114-127 (Trabalho original publicado em 1964).

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984. (Trabalho original publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Tradução de David Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Trabalho original publicado em 1988).

WINNICOTT, D. W. O desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. **Textos Selecionados**: Da Pediatria a Psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993. p. 269-285 (Trabalho original publicado em 1945).

WINNICOTT, D. W. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 70-78. (Trabalho original publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. O jogo do rabisco (Squiggle Game). In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas**: D. W. Winnicott. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994a. p. 230-243. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D. W. O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. (Orgs.). **Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994. p.244-248. (Trabalho original publicado em 1965).

WINNICOTT, D. W. O valor da depressão. In: _____. **Tudo começa em casa**. Tradução de Paulo Sandler. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 59-68. (Texto original publicado em 1963).

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983b. p. 152-155 (Trabalho original publicado em 1962).

WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. **O ambiente e seus processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 38-54 (Trabalho original publicado em 1960).

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para a saúde pública. **Revista Brasileira de Estudo Populacional**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

YESAVAGE J. A.; BRINK T. L.; ROSE T. L.; et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ZARIT, S. H; ZARIT, J. H. **Transtornos mentais em idosos: fundamentos de avaliação e tratamento**. Tradução de Tatiana Russo França. São Paulo: Roca, 2009.

ZIMERMAN, D. E. Depressões. In: _____. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1999. P. 217-237.

ZIMERMAN, G. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO COM IDOSOS DEPRIMIDOS NA CLÍNICA SOCIAL

Pesquisador Responsável: Rodrigo Jorge Salles, Psicólogo, Mestrando em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

O Sr.^(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo “O Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico com Idosos Deprimidos na Clínica Social”. O objetivo deste estudo é discutir a proposta de aplicação de uma intervenção diagnóstica e terapêutica junto a idosos inseridos na comunidade. Caso o senhor^(a) concorde em participar deste estudo, será necessário transcrever os atendimentos realizados durante o seu acompanhamento psicológico. Estes atendimentos serão transcritos pelo próprio pesquisador através de anotações dos dados de cada sessão a partir da memória do pesquisador. O pesquisador compromete-se a manter o sigilo sobre seus dados pessoais de forma a impossibilitar sua identificação. Além da transcrição dos atendimentos, você deverá responder as perguntas de um questionário que visa à avaliação de sintomas depressivos na terceira idade, como também, um teste em que será solicitado a construir narrativas a partir de pranchas com desenhos que evocam algumas situações do processo de envelhecimento. Você poderá obter todas as informações que quiser, e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Havendo necessidade de continuidade do atendimento depois de finalizada a pesquisa, você será devidamente encaminhado para serviços de referência que possam fornecer o atendimento. Pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas estará contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento da ciência que no futuro poderá trazer benefícios a muitas pessoas. O termo será impresso e assinado em duas vias, sendo que uma destas vias ficará com você e a outra será anexada ao projeto de pesquisa, como comprovação documental.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO PSICANALÍTICO COM IDOSOS DEPRIMIDOS NA CLÍNICA SOCIAL

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Desta forma, concordo em participar do estudo.

São Paulo - SP,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Pesquisador Responsável
Rodrigo Jorge Salles
R.G. 14.692.783/CRP: 06 110220

Pesquisadora Orientadora
Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
R.G. 6.817.224-2 / CRP: 06 4667

Em caso de dúvidas estaremos disponíveis através dos telefones abaixo:

Rodrigo Jorge Salles – (11) 98206-2608

Prof. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – (11) 30914173

Em caso de dúvida em relação a cuidados éticos na pesquisa o contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia USP, é: Av. Professor Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 27, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182

ANEXO B**Escala de Depressão Geriátrica – GDS 15**

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão

Referência:

YESAVAGE J. A.; BRINK T. L.; ROSE T. L.; et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.