

Fundamentos do psicodiagnóstico

Jurema Alcides Cunha

2

Já disseram e repetimos que, enquanto os psicólogos em geral realizam avaliações, os psicólogos clínicos, entre outras tarefas, realizam psicodiagnósticos. Pode-se dizer que avaliação psicológica é um conceito muito amplo. Psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica, feita com propósitos clínicos e, portanto, não abrange todos os modelos de avaliação psicológica de diferenças individuais. É um processo que visa a identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência ou não de psicopatologia. Isso não significa que a classificação psiquiátrica seja um objetivo precípua do psicodiagnóstico, mas sim que, para medir forças e fraquezas no funcionamento psicológico, devem ser considerados como parâmetros os limites da variabilidade normal (Yager & Gitlin, 1999). É esta abordagem que confere a perspectiva clínica a esse tipo de avaliação de diferenças individuais.

O psicodiagnóstico derivou da psicologia clínica, introduzida por Lighter Witmer, em 1896, e criada sob a tradição da psicologia acadêmica e da tradição médica. Consta que nem ao fundador da psicologia clínica agradou a designação “clínica”, adotada apenas por falta de melhor alternativa (Garfield, 1965). Não obstante, tudo indica que essa tradição médica, associada à psicologia clínica, teria efeitos marcantes na formação da identidade profis-

sional do psicólogo clínico, oferecendo-lhe, por um lado, modelos de identificação e, por outro, acentuando as suas dificuldades nas relações interprofissionais.

Aquele fim de século e o começo do seguinte foram marcantes pelos trabalhos de Galton, que introduziu o estudo das diferenças individuais, de Cattell, a quem se devem as primeiras provas, designadas como testes mentais, e de Binet, que propôs a utilização do exame psicológico (por meio de medidas intelectuais) como coadjuvante da avaliação pedagógica. Por tais razões, a esses três autores é atribuída a paternidade do psicodiagnóstico (Fernández-Ballesteros, 1986).

A nossa tradição psicométrica, assim alicerçada, ficou melhor sedimentada pela difusão das escalas Binet, seguidas pela criação dos testes do exército americano, Alfa e Beta. Se a contribuição da psicometria foi e é essencialmente importante para garantir a cientificidade dos instrumentos do psicólogo, torna-se importante, conforme salienta Groth-Marnat (1999), estabelecer a diferença que existe entre o psicometrista e o psicólogo clínico. O primeiro tende a valorizar os aspectos técnicos da testagem, enquanto, no psicodiagnóstico, há a utilização de testes e de outras estratégias, para avaliar um sujeito de forma sistemática, científica, orientada para a resolução de

problemas. O psicometrista “utiliza testes para obter dados”, e, em sua abordagem, “o produto final é muitas vezes uma série de traços ou descrições de capacidades”. Mas é importante lembrar que “essas descrições tipicamente não estão relacionadas com o contexto total da pessoa e nem se voltam para os problemas singulares que ela possa estar enfrentando” (p.3).

Por outro lado, ainda no século passado, a comunidade científica foi muito marcada pelas descobertas ocorridas no campo da biologia, com início na verificação da “correlação de síndromes clínicas com modificações morfológicas observadas na autópsia” (Klerman, 1990, p.15) e continuada por outra série de descobertas, como pelas “tentativas feitas para correlacionar síndromes mentais com achados de autópsia e dados bacteriológicos” (p.16). A base científica fornecida à medicina pela biologia levava psiquiatras a buscarem as causas da doença mental no organismo e, em especial, no sistema nervoso central. Em consequência, “os pacientes psiquiátricos, não mais considerados lunáticos, se tornaram ‘nervosos’ (...) ou ‘neuróticos’ ” (Wolman, 1965, p.1121). Dessa época data a divisão dicotômica dos transtornos psiquiátricos em “orgânicos” e “funcionais”. Foi nessa escola pré-dinâmica da psiquiatria que surgiu Kraepelin, que se notabilizou por seu sistema de classificação dos transtornos mentais e, especialmente, por seus estudos diferenciais entre esquizofrenia e psicose maniaco-depressiva. Em consequência, as classificações nosológicas e o diagnóstico diferencial ganharam ênfase.

Não obstante, mesmo no período entre as duas grandes guerras, a classificação das doenças mentais pressupunha uma hierarquia, conforme o modelo médico, em grandes classes: “transtornos mentais orgânicos, psicoses, neuroses, transtornos de personalidade e estados reativos/transitórios”. Quando se evidenciava uma condição orgânica, esta “tomava precedência sobre todos os outros diagnósticos” (Klerman, 1990, p.18). Neste cenário, tiveram especial importância as obras de Freud e Kraepelin, caracterizando bem a diferença entre estados neuróticos e psicóticos, dentre os trans-

tornos classificados como funcionais (não-orgânicos). Tal distinção foi considerada muito adequada porque “parecia combinar cinco aspectos da psicopatologia, simultaneamente: 1) sintomas descritivos; 2) causação presumida; 3) psicodinâmica; 4) justificação para hospitalização; 5) recomendação sobre tratamento” (p.18-19).

Deste modo, Freud, que provinha da melhor tradição neurofisiológica, representou o primeiro elo de uma corrente de conteúdo dinâmico, logo seguido pelo aparecimento do teste de associação de palavras, de Jung, em 1906, e fornecendo lastro para o lançamento, mais tarde, das técnicas projetivas.

Nesse cenário, Rorschach publicou sua monografia, em 1921, que teve maior divulgação na década seguinte. O teste passou a ser utilizado como um passo essencial (e, às vezes, único) do processo de diagnóstico. A grande popularidade alcançada nas décadas de quarenta e cinquenta é atribuída ao fato de que “os dados gerados pelo método eram compatíveis com os princípios básicos da teoria psicanalítica” (Vane & Guarnaccia, 1989, p.7).

Esse foi o período áureo das técnicas de personalidade. Embora o Rorschach e o TAT fossem os instrumentos mais conhecidos, começaram a se multiplicar rapidamente as técnicas projetivas, como o teste da figura humana, o Szondi, o MPAS e tantos outros.

O entusiasmo que cercou o advento das técnicas projetivas pode ser, em grande parte, explicado por dois fatores de peso: 1) o fato de que os testes, tão valorizados na época anterior, principalmente na área militar e da indústria, já não pareciam tão úteis “na avaliação de problemas da vida (neurose, psicose, etc.)” (Groth-Marnat, 1999, p.4), e 2) a valorização atribuída pela comunidade psiquiátrica ao entendimento dinâmico.

Entretanto, a partir de então, as técnicas projetivas começaram a apresentar certo declínio em seu uso, por problemas metodológicos, pelo incremento de pesquisas com instrumentos alternativos, como o MMPI e outros inventários de personalidade, por sua associação com alguma perspectiva teórica, notavelmente a psicanalítica (Goldstein & Hersen, 1990), e pela ênfase na interpretação intuitiva

apesar dos esforços para o desenvolvimento de sistemas de escore (Vane & Guarnaccia, 1989). Apesar disso, essas técnicas ainda são bastante utilizadas, embora com objeções, por parte dos psicólogos que propugnam por avaliações de orientação comportamental e biológica.

Atualmente, há indiscutível ênfase no uso de instrumentos mais objetivos, interesse por entrevistas diagnósticas mais estruturadas, notadamente com o incremento no desenvolvimento de avaliações computadorizadas de personalidade, que vêm oferecendo novas estratégias neste campo (Butcher, Keller & Bacon, 1985).

Também, as necessidades de manter um embasamento científico para oferecer respostas adequadas e compatíveis com os progressos de outros ramos da ciência, especialmente em termos de questões diagnósticas, criadas por modificações introduzidas nas classificações oficiais, têm levado à revisão, renormatização e criação de novas estratégias de avaliação.

Aliás, Zacker, já em 1989, afirmava que o reconhecimento da qualidade do psicodiagnóstico tem que ver, em primeiro lugar, com um refinamento dos instrumentos e, em segundo lugar, com estratégias de *marketing* de que o psicólogo deve lançar mão para aumentar a utilização dos serviços de avaliação pelos receptores de laudos. Na mesma década, Groth-Marnat (1984) salientava a importância do profissional se familiarizar com as reais necessidades do usuário, observando que, muitas vezes, psicólogos competentes acabam por “fornecer uma grande quantidade de informações inúteis para as fontes de encaminhamento” (p.20) por falta de uma compreensão adequada das verdadeiras razões que motivaram o encaminhamento ou, em outras palavras, por desconhecimento das decisões que devem ser tomadas com base nos resultados do psicodiagnóstico. Recentemente (1999), insistiu na mesma idéia, afirmando que o psicólogo clínico deve “entender o vocabulário, o modelo conceitual, a dinâmica e as expectativas da fonte de encaminhamento*” (p.31).

*N. da A. Em inglês, *referral setting*, para o que é difícil encontrar equivalência precisa em português.

As sugestões apontadas, de conhecer as necessidades do mercado e de desenvolver estratégias de conquista desse mercado, parecem se fundamentar na pressuposição de que o psicólogo, sobrecarregado com suas tarefas, não está avaliando a adequabilidade de seus dados em relação ao público usuário.

Mas que público é esse? Que serviços ou profissionais podem ter necessidade de solicitar psicodiagnósticos? Primeiramente, vejamos onde costuma trabalhar um psicólogo que lida com psicodiagnóstico. Segundo Groth-Marnat (1999), o psicólogo clínico mais frequentemente exerce suas funções numa instituição que presta serviços psiquiátricos ou de medicina geral, num contexto legal ou educacional, bem como em clínicas psicológicas. Em termos de Brasil, embora cada vez mais se encontrem profissionais da psicologia trabalhando nesses ambientes, especialmente em instituições de cuidados com a saúde, é muito comum que o psicodiagnóstico se realize em clínicas ou em consultórios psicológicos, em que ele recebe encaminhamento principalmente de médicos psiquiatras ou de outra especialidade (pediatras, neurologistas, etc.), da comunidade escolar, de juizes ou de advogados, ou atende casos que procuram espontaneamente um exame, ou são recomendados a fazê-lo por algum familiar ou amigo.

A questão básica com que se defronta o psicólogo é que, embora um encaminhamento seja feito, porque a pessoa necessita de subsídios para basear uma decisão para resolver um problema, muitas vezes ela não sabe claramente que perguntas levantar ou, por razões de sigilo profissional, faz um encaminhamento vago para uma “avaliação psicológica”. Em consequência, uma das falhas comuns do psicólogo é a aceitação tácita de tal encaminhamento, com a realização de um psicodiagnóstico, cujos resultados não são pertinentes às necessidades da fonte de solicitação.

É, pois, responsabilidade do clínico manter canais de comunicação com os diferentes tipos de contextos profissionais para os quais trabalha, familiarizando-se com a variabilidade de problemas com que se defrontam e conhecendo as diversas decisões que os mesmos

pressupõem. Mais do que isso: deve determinar e esclarecer o que dele se espera, no caso individual. Esta é uma estratégia de aproximação, que lhe permitirá adequar seus dados às necessidades das fontes de encaminhamento, de forma que seus resultados tenham o impacto que merecem e o psicodiagnóstico receba o crédito a que faz jus.

CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO

Definição

Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos (*input*), em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados (*output*), na base dos quais são propostas soluções, se for o caso.

Caracterizamos o psicodiagnóstico como um processo científico, porque deve partir de um levantamento prévio de hipóteses que serão confirmadas ou infirmadas através de passos predeterminados e com objetivos precisos. Tal processo é limitado no tempo, baseado num contrato de trabalho entre paciente ou responsável e o psicólogo, tão logo os dados iniciais permitam estabelecer um plano de avaliação e, portanto, uma estimativa do tempo necessário (número aproximado de sessões de exame).

O plano de avaliação é estabelecido com base nas perguntas ou hipóteses iniciais, definindo-se não só quais os instrumentos necessários, mas como e quando utilizá-los. Pressupõe-se, naturalmente, que o psicólogo saiba que instrumentos são eficazes quanto a requisitos metodológicos. Portanto, a questão, aqui, é o quanto certos instrumentos podem ser eficientes, se aplicados com um propósito específico, para fornecer respostas a determinadas perguntas ou testar certas hipóteses.

Selecionada e administrada uma bateria de testes, obtêm-se dados que devem ser inter-relacionados com as informações da história

clínica, da história pessoal ou com outras, a partir do elenco das hipóteses iniciais, para permitir uma seleção e uma integração, norteada pelos objetivos do psicodiagnóstico, que determinam o nível de inferências que deve ser alcançado.

Tais resultados são comunicados a quem de direito, podendo oferecer subsídios para decisões ou recomendações.

Objetivos

O processo do psicodiagnóstico pode ter um ou vários objetivos, dependendo dos motivos alegados ou reais do encaminhamento e/ou da consulta, que norteiam o elenco de hipóteses inicialmente formuladas, e delimitam o escopo da avaliação. Portanto, relacionam-se essencialmente com as questões propostas e com as necessidades da fonte de solicitação e “determinam o nível de inferências que deve ser alcançado na comunicação com o receptor” (Cunha, 1996, p.50).

Resumidamente, os objetivos mais comuns são apresentados no Quadro 2.1.

Como se pode pressupor, dependendo da simplicidade ou da complexidade das questões propostas, variam os objetivos.

As perguntas mais elementares que podem ser formuladas, em relação a uma capacidade, um traço, um estado emocional, seriam: “Quanto?” ou “Qual?”. Um exemplo comum de exame com tal objetivo seria o de avaliação do nível intelectual, que permitiria uma *classificação simples*. O examinando é submetido a testes, adequados a sua idade e nível de escolaridade. São levantados escores, consultadas tabelas, e os resultados são fornecidos em dados quantitativos, classificados sumariamente.

Estritamente, se o examinador se restringe a tal objetivo, sua tarefa seria caracterizada mais como a de um psicometrista do que a de um psicólogo clínico. Todavia, o psicólogo clínico, que não perde a referência da pessoa do examinando, dificilmente iria se restringir a tal objetivo, porque analisaria escores dos subtestes (se tivesse usado um instrumento WIS), bem como diferenças inter e intratestes, que são

QUADRO 2.1 Objetivos de uma avaliação psicológica clínica

Objetivos	Especificação
<i>Classificação simples</i>	O exame compara a amostra do comportamento do examinando com os resultados de outros sujeitos da população geral ou de grupos específicos, com condições demográficas equivalentes; esses resultados são fornecidos em dados quantitativos, classificados sumariamente, como em uma avaliação de nível intelectual.
<i>Descrição</i>	Ultrapassa a classificação simples, interpretando diferenças de escores, identificando forças e fraquezas e descrevendo o desempenho do paciente, como em uma avaliação de déficits neuropsicológicos.
<i>Classificação nosológica</i>	Hipóteses iniciais são testadas, tomando como referência critérios diagnósticos.
<i>Diagnóstico diferencial</i>	São investigadas irregularidades ou inconsistências do quadro sintomático, para diferenciar alternativas diagnósticas, níveis de funcionamento ou a natureza da patologia.
<i>Avaliação compreensiva</i>	É determinado o nível de funcionamento da personalidade, são examinadas as funções do ego, em especial a de <i>insight</i> , condições do sistema de defesas, para facilitar a indicação de recursos terapêuticos e prever a possível resposta aos mesmos.
<i>Entendimento dinâmico</i>	Ultrapassa o objetivo anterior, por pressupor um nível mais elevado de inferência clínica, havendo uma integração de dados com base teórica. Permite chegar a explicações de aspectos comportamentais nem sempre acessíveis na entrevista, à antecipação de fontes de dificuldades na terapia e à definição de focos terapêuticos, etc.
<i>Prevenção</i>	Procura identificar problemas precocemente, avaliar riscos, fazer uma estimativa de forças e fraquezas do ego, de sua capacidade para enfrentar situações novas, difíceis, estressantes.
<i>Prognóstico</i>	Determina o curso provável do caso.
<i>Perícia forense</i>	Fornecer subsídios para questões relacionadas com “insanidade”, competência para o exercício das funções de cidadão, avaliação de incapacidades ou patologias que podem se associar com infrações da lei, etc.

Fonte: Cunha, in Taborde, Prado-Lima & Busnello, 1996, p.51 (reproduzido com autorização da Editora).

suscetíveis de interpretação. Então, teria condições de identificar forças e fraquezas no funcionamento intelectual. No caso, o objetivo do exame seria de *descrição*. Mas, se se detivesse a examinar certos erros e desvios, poderia levantar pistas que servissem de base para hipóteses sobre a presença de déficits cognitivos. O objetivo ainda seria o de descrição, mas o processo seria mais complexo.

Também seria descritivo o exame do estado mental do paciente ou o exame das funções do ego, freqüentemente realizados sem a administração de testes, pelo que não são de competência exclusiva do psicólogo. O exame do estado mental do paciente, por exemplo, é um tipo de recurso diagnóstico que envolve a exploração da presença de sinais e sintomas, eventualmente utilizando provas muito simples, não-padronizadas, para uma estimativa sumária de algumas funções, como aten-

ção e memória. Este constitui um exame subjetivo de rotina em clínicas psiquiátricas, muitas vezes complementado por um exame objetivo.

Freqüentemente, dados resultantes desse exame, da história clínica e da história pessoal permitem atender ao objetivo de *classificação nosológica*. Essa avaliação com tal objetivo é realizada pelo psiquiatra e, também, pelo psicólogo, quando o paciente não é testável. Nesse caso específico, pode-se dizer que ambos usam preferencialmente um modelo categórico para analisar a psicopatologia, isto é, devem fazer um julgamento clínico sobre a presença ou não de uma configuração de sintomas significativos (Dobson & Cheung, 1990). Dessa maneira, estariam verificando o que o paciente tem de similar com outros pacientes na mesma categoria diagnóstica. Se o trabalho se restringisse a chegar a um código classi-

ficatório, não caberia a sua qualificação como psicodiagnóstico propriamente dito.

Não obstante, quando o paciente apresenta condições para testagem, é possível se desenvolver um psicodiagnóstico em estrito senso: o psicólogo organiza seu plano de avaliação e lança mão de uma bateria de testes, para verificar cientificamente suas hipóteses, ou, ainda, para levantar outras a serem analisadas, conforme a história e o contexto de vida do paciente. A classificação nosológica, além de facilitar a comunicação entre profissionais, contribui para o levantamento de dados epidemiológicos de uma comunidade. Assim, deve ser usada, mas, num psicodiagnóstico, a tarefa não se restringe a conferir quais os critérios diagnósticos que são preenchidos pelo caso.

Outro objetivo praticamente associado a esse é o de *diagnóstico diferencial*. O psicólogo investiga irregularidades e inconsistências do quadro sintomático e/ou dos resultados dos testes para diferenciar categorias nosológicas, níveis de funcionamento, etc. Naturalmente, para trabalhar com tal objetivo, o psicólogo, além de experiência e de sensibilidade clínica, deve ter conhecimentos avançados de psicopatologia e de técnicas sofisticadas de diagnóstico.

O objetivo de *avaliação compreensiva* considera o caso numa perspectiva mais global, determinando o nível de funcionamento da personalidade, examinando funções do ego, em especial quanto a *insight*, para indicação terapêutica ou, ainda, para estimativa de progressos ou resultados de tratamento. Não chega necessariamente à classificação nosológica, embora esta possa ocorrer subsidiariamente, uma vez que o exame pode revelar alterações psicopatológicas. Mas, de qualquer forma, envolve algum tipo de classificação, já que a determinação do nível de funcionamento é especialmente importante para a indicação terapêutica, definindo limites da responsabilidade profissional. Assim, um paciente em surto poderia requerer hospitalização e prescrição farmacológica sob os cuidados de um psiquiatra. Um paciente que enfrenta uma crise vital pode se beneficiar com uma terapia breve com um psicoterapeuta. Pressupõe-se que certas

funções do ego estejam relativamente intactas para que haja uma resposta terapêutica adequada para determinados tipos de tratamento.

Basicamente, podem não ser utilizados testes. Esse é um objetivo explícito ou implícito nos contatos iniciais do paciente com psiquiatras, psicanalistas e psicólogos de diferentes linhas de orientação terapêutica. Entretanto, se o objetivo é atingido por meio de um psicodiagnóstico, obtêm-se evidências mais objetivas e precisas, que podem, inclusive, servir de parâmetro para avaliar resultados terapêuticos, mais tarde, através de um reteste.

O objetivo de *entendimento dinâmico*, em sentido lato, pode ser considerado como uma forma de avaliação compreensiva, já que enfoca a personalidade de maneira global, mas pressupõe um nível mais elevado de inferência clínica. Através do exame, procura-se entender a problemática de um sujeito, com uma dimensão mais profunda, na perspectiva histórica do desenvolvimento, investigando fatores psicodinâmicos, identificando conflitos e chegando a uma compreensão do caso com base num referencial teórico.

Um exame desse tipo requer entrevistas muito bem conduzidas, cujos dados nem sempre são consubstanciados pelos passos específicos de um psicodiagnóstico, não sendo, portanto, um recurso privativo do psicólogo clínico. Frequentemente, combina-se com os objetivos de classificação nosológica e de diagnóstico diferencial. Porém, quando é um objetivo do psicodiagnóstico, leva não só a uma abordagem diferenciada das entrevistas e do material de testagem, como a uma integração dos dados com base em pressupostos psicodinâmicos.

Um psicodiagnóstico também pode ter um objetivo de *prevenção*. Tal exame visa a identificar problemas precocemente, avaliar riscos, fazer uma estimativa de forças e fraquezas do ego, bem como da capacidade para enfrentar situações novas, difíceis, conflitivas ou ansiosas. Em sentido lato, pode ser realizado por outros profissionais de uma equipe de saúde pública. Muitas vezes, é levado a efeito utilizando recursos de triagem, procurando atin-

gir o maior número de casos no menor espaço de tempo, portanto, não pressupondo maior profundidade no levantamento de certos indícios de possível patologia, apenas para dar fundamentação ao desenvolvimento de programas preventivos, com grupos maiores. Não obstante, num exame individual, que pode requerer uma dimensão mais profunda, especialmente envolvendo uma estimativa de condições do ego frente a certos riscos ou no enfrentamento de situações difíceis, seria indicado um psicodiagnóstico.

Outro objetivo é o de *prognóstico*, que depende fundamentalmente da classificação nosológica, e, neste sentido, não é privativo do psicólogo. Em muitos casos, todavia, este pode dar uma contribuição importante, na medida em que, por meio do psicodiagnóstico, pode avaliar condições que, de alguma forma, possam ter influência no curso do transtorno. Entretanto, trata-se de uma área que ainda exige muitas pesquisas tanto para a coleta de dados estatísticos sobre o curso possível de certos transtornos quanto sobre a utilização mais adequada da testagem com esse objetivo.

Por último, existe um objetivo de *perícia forense*. O exame procura resolver questões relacionadas com “insanidade”, competência para o exercício de funções de cidadão, avaliação de incapacidade ou de comprometimentos psicopatológicos que etiologicamente possam se associar com infrações da lei, etc.

Geralmente, é colocada uma série de quesitos que o psicólogo deve responder para instruir um determinado processo. Suas respostas devem ser claras, precisas e objetivas. Portanto, deve haver um grau satisfatório de certeza quanto aos dados dos testes, o que é bastante complexo, porque “os dados descrevem o que uma pessoa pode ou não fazer no contexto da testagem, mas o psicólogo deve ainda inferir o que ele acredita que ela poderia ou não fazer na vida cotidiana” (Groth-Marnat, 1984, p.25). As respostas fornecem subsídios para instruir decisões de caráter vital para o indivíduo. Conseqüentemente, a necessidade de chegar a inferências que tenham tais implicações pode se tornar até certo ponto ansiosidade para o psicólogo.

Na realidade, comumente o psiquiatra é nomeado como perito e solicita o exame psicológico para fundamentar o seu parecer. Não obstante, muitas vezes, o psicólogo é chamado para colaborar com a justiça, de forma independente.

Responsabilidade

O diagnóstico psicológico pode ser realizado:

a) pelo psicólogo, pelo psiquiatra (e, eventualmente, pelo neurologista ou psicanalista), com vários objetivos (exceto o de classificação simples), desde que seja utilizado o modelo médico apenas, no exame de funções, identificação de patologias, sem uso de testes e técnicas privativas do psicólogo clínico;

b) pelo psicólogo clínico exclusivamente, para a consecução de qualquer ou vários dos objetivos, quando é utilizado o modelo psicológico (psicodiagnóstico), incluindo técnicas e testes privativos desse profissional;

c) por equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, neurologista, orientador educacional, assistente social ou outro), para a consecução dos objetivos citados e, eventualmente, de outros, desde que cada profissional utilize o seu modelo próprio, em avaliação mais complexa e inclusiva, em que é necessário integrar dados muito interdependentes (de natureza psicológica, médica, social, etc.).

Na prática, o encaminhamento de casos, com vistas a um diagnóstico, para o psicólogo clínico ou para o psiquiatra, tende a obedecer critérios não completamente explícitos que provavelmente têm uma raiz histórica.

O psicodiagnóstico surgiu como consequência do advento da psicanálise, que ofereceu novo enfoque para o entendimento e a classificação dos transtornos mentais. Anteriormente, o modelo para o estudo das doenças mentais remontava ao trabalho de Kraepelin e outros e às suas tentativas para estabelecer critérios de diagnóstico diferencial para a esquizofrenia.

No período anterior a Freud, o enfoque do transtorno mental era nitidamente médico. Os pacientes de interesse para a ciência médica apresentavam quadros graves, estavam hospi-

talizados, e eram identificados sinais e sintomas que compunham as síndromes.

No período freudiano, a abordagem mudou. Os pacientes atendidos não apresentavam quadros tão severos, não estavam internados, e, embora fossem levados em conta os seus sintomas, estes eram percebidos de maneira compreensiva e dinâmica.

Esta tendência de considerar os pacientes em termos de duas grandes categorias de transtornos de certa forma persiste. Os pacientes que apresentam transtornos mais graves e que podem precisar de hospitalização tendem a ser encaminhados para psiquiatras, enquanto os casos menos graves costumam ser encaminhados para psicólogos ou psiquiatras, de acordo com o conceito de transtorno mental e da avaliação da gravidade dos sintomas pela pessoa que identifica o problema e faz o encaminhamento. Na realidade, a atribuição da responsabilidade pelo diagnóstico tradicionalmente vem se baseando numa avaliação sumária do caso e numa expectativa do tipo de tratamento necessário. Mas essa posição vem tendendo a mudar pela consideração do tipo de exame que o caso individual requer. Atualmente, com possível exceção das urgências psiquiátricas, os encaminhamentos começam a ser feitos tendo em vista a complexidade do caso e não a sua gravidade, e, conseqüentemente, a necessidade de que o diagnóstico seja feito por meio de um exame mais ou menos sofisticado.

A definição mais explícita dos casos, cujo diagnóstico deve ser da responsabilidade do psicólogo, pelos membros da sociedade em geral, vai depender essencialmente da atuação profissional do psicólogo e da adequabilidade das respostas que puder dar às necessidades reais do mercado. Sua identidade se associa, portanto, à qualidade do seu desempenho.

OPERACIONALIZAÇÃO

Em termos de operacionalização, devem ser considerados os comportamentos específicos do psicólogo e os passos para a realização do diagnóstico com um modelo psicológico de natureza clínica.

Comportamentos específicos

Os comportamentos específicos do psicólogo podem ser assim relacionados, embora possam variar na sua especificidade e na sua seriação, conforme os objetivos do psicodiagnóstico:

- a) determinar motivos do encaminhamento, queixas e outros problemas iniciais;
- b) levantar dados de natureza psicológica, social, médica, profissional e/ou escolar, etc. sobre o sujeito e pessoas significativas, solicitando eventualmente informações de fontes complementares;
- c) colher dados sobre a história clínica e história pessoal, procurando reconhecer denominadores comuns com a situação atual, do ponto de vista psicopatológico e dinâmico;
- d) realizar o exame do estado mental do paciente (exame subjetivo), eventualmente complementado por outras fontes (exame objetivo);
- e) levantar hipóteses iniciais e definir os objetivos do exame;
- f) estabelecer um plano de avaliação;
- g) estabelecer um contrato de trabalho com o sujeito ou responsável;
- h) administrar testes e outros instrumentos psicológicos;
- i) levantar dados quantitativos e qualitativos;
- j) selecionar, organizar e integrar todos os dados significativos para os objetivos do exame, conforme o nível de inferência previsto, com os dados da história e características das circunstâncias atuais de vida do examinando;
- l) comunicar resultados (entrevista devolutiva, relatório, laudo, parecer e outros informes), propondo soluções, se for o caso, em benefício do examinando;
- m) encerrar o processo.

Passos do diagnóstico (modelo psicológico de natureza clínica)

De forma bastante resumida, os passos do diagnóstico, utilizando um modelo psicológico de natureza clínica, são os seguintes:

a) levantamento de perguntas relacionadas com os motivos da consulta e definição das hipóteses iniciais e dos objetivos do exame;

b) planejamento, seleção e utilização de instrumentos de exame psicológico;

c) levantamento quantitativo e qualitativo dos dados;

d) integração de dados e informações e formulação de inferências pela integração dos dados, tendo como pontos de referência as hipóteses iniciais e os objetivos do exame;

e) comunicação de resultados, orientação sobre o caso e encerramento do processo.