

Psicologia Clínica Psicodinâmica ao Serviço da Psiquiatria Comunitária: 14 Anos de Experiência

A Psychodynamic Psychologist in Community Psychiatry: 14 Years of Experience

Tânia Roquette*

RESUMO:

Este artigo pretende resumir de uma forma crítica e reflexiva a actividade da Psicóloga Clínica integrada numa equipa comunitária de um Serviço de Psiquiatria. Procura descrever as características próprias da intervenção psicodinâmica no exercício complementar à intervenção médica e a forma como estas intervenções se complementam numa equipa multidisciplinar tendo o mesmo objecto de estudo – o sujeito em estado de sofrimento – e objectivos comuns de diagnóstico, projecto terapêutico, tratamento, reabilitação e reintegração. Explica ainda de que forma, ao longo destes catorze anos e tendo como principal instrumento a Avaliação Psicológica, se procuraram delinear projectos específicos para cada doente e as respectivas intervenções psicoterapêuticas. O artigo termina com algumas reflexões sobre a integração da Psicologia Clínica Psicodinâmica numa equipa multidisciplinar tendo em conta questões como as fronteiras entre especificidades técnicas, a adequação da linguagem psicodinâmica às outras disciplinas e as implicações das características próprias deste contexto.

Palavras-Chave: Psicologia Clínica Psicodinâmica; Avaliação Psicológica; Projecto e Intervenção Psicoterapêuticos; Psicanálise; Equipa Multidisciplinar Comunitária; Psiquiatria; Psicopatologia.

ABSTRACT

This paper aims to critically review the role of a psychodynamic psychologist integrated in a community outpatient clinic of a Psychiatric Department. It describes the characteristics of a psychodynamic intervention that is complementary to the psychiatric approach while sharing a common goal – the suffering patient – and enhancing the knowledge and understanding of several domains like psychopathology, diagnosis, treatment, rehabilitation and integration. Furthermore it describes how the use of Psychological Assessment led to the formulation of specific individual psychotherapies, spanning 14 years of clinical practice. The paper concludes with some considerations regarding the integration of Psychodynamic Psychology in a multidisciplinary mental health team, addressing issues such as

* Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. ✉ tania.peroq@gmail.com

Recebido / Received: 14/07/12 · Aceite / Accepted: 03/02/13

Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

the boundaries between technical characteristics, the appropriateness of language to other disciplines and psychodynamic implications of the different features of this clinical setting.

Key-Words: *Psychodynamic Psychology; Psychological Assessment; Project and Psychotherapeutic Intervention; Psychoanalysis; Community Multidisciplinary Team; Psychiatry; Psychopathology.*

INTRODUÇÃO

A aplicação da teoria psicanalítica à psiquiatria, desde as suas origens com S. Freud, E. Bleuler e C. G. Jung até à actualidade, tem sido alvo de grandes transformações. Vários modelos, que preconizaram teorias e técnicas próprias, foram implementados e alterados ao longo dos anos, adaptando-se à evolução do pensar e das técnicas clínicas.

O interesse inegável para entender e explicar o mal-estar subjectivo vivenciado pelos doentes/pacientes tem levado os psicanalistas a tirar o pó dos tratados e monografias, revendo os textos clássicos e usando as suas próprias construções psicopatológicas na orientação do quotidiano, submetendo-as ao teste do trabalho clínico, aperfeiçoando-as e reformulando-as à luz do ensino que permanentemente decorre da experiência analítica¹. A teoria psicanalítica deu também um contributo marcado para a psicologia clínica, não só através da aplicação a nível da teoria e prática psicoterapêuticas, mas através do contributo essencial para a interpretação de testes projectivos como o

Teste de Rorschach e o *Thematic Apperception Test* (TAT).

A integração do modelo da psicologia psicodinâmica nos serviços de saúde mental não é, no entanto, simples. A constante pressão dos serviços clínicos para a eficácia e rapidez dos tratamentos, a contestação da credibilidade científica das técnicas psicodinâmicas pelos ramos mais biológicos da Psiquiatria e ainda o confronto com técnicas cognitivo-comportamentais, têm envolvido em alguma controvérsia a relação entre o modelo psicodinâmico e os de outras valências.

Recentemente, investigadores finlandeses estudaram o impacto das Psicoterapias Psicanalíticas ao nível das alterações do metabolismo da serotonina, demonstrando a regularização dos níveis desta monoamina no cérebro dos sujeitos que realizaram este tipo de terapia durante um ano².

As mais recentes meta-análises comprovam a eficácia das terapias psicodinâmicas. Estudos independentes demonstram a existência de ganhos que se estendem muito para além da remissão dos sintomas, os quais se mantêm ao longo do tempo³.

Estes e outros estudos têm contribuído para a promoção da credibilidade científica da teoria e prática psicodinâmicas.

O mote para a realização deste artigo surgiu na sequência da apresentação do relatório, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica. Tem como intuito explicitar características próprias da intervenção psicodinâmica e descrever a importância da sua contribuição numa equipa comunitária multidisciplinar no Serviço de Psiqui-

tria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Este Serviço tem como missão a promoção da Saúde Mental e o tratamento, nas vertentes biológica, psicológica e social, dos utentes acima dos 18 anos com perturbações mentais e residentes no Concelho da Amadora e nas freguesias de Queluz, Belas, Massamá e Casal de Cambra do concelho de Sintra. Tem ainda como missão assegurar a prevenção primária e o tratamento de doenças mentais, bem como a reabilitação e reinserção social dos indivíduos delas portadores. O seu modelo de funcionamento assenta nalguns princípios como a continuidade de cuidados pela mesma equipa, o seguimento assertivo dos doentes na comunidade, a articulação com os cuidados de saúde primários e na promoção de uma grande diversidade de intervenções terapêuticas⁴. Nesse sentido, procura desenvolver uma rede de serviços locais cuja finalidade é responder de forma eficiente às diferentes necessidades de cuidados de saúde mental das populações a seu cargo. Por outro lado, e de forma complementar, o Serviço de Psiquiatria visa ainda a criação e promoção de condições que favoreçam a investigação e o ensino nos diferentes sectores que o integram, bem como a motivação, a participação e o desenvolvimento de capacidades e competências dos profissionais. O Serviço é composto por quatro unidades funcionais (Unidade de Internamento de Doentes Agudos, Unidade de Hospital de Dia, Unidade de Psiquiatria de Ligação e Unidade de Psiquiatria Comunitária) que se articulam entre si e com outras entidades. A Unidade de Psiquiatria Comunitária integra quatro equipas multidisciplinares (Amadora, Brandoa, Damaia e Queluz/

Massamá) que se localizam na comunidade junto dos Cuidados de Saúde Primários, e duas áreas de reabilitação – o espaço@com. Cada uma das equipas comunitárias é composta por dois Psiquiatras, uma Psicóloga, uma Assistente Social, dois Enfermeiros e uma Administrativa.

Um dos objectivos do Serviço consiste na garantia da continuidade de cuidados prestados aos doentes, através de uma estreita articulação entre a actividade hospitalar e a actividade comunitária que se concretiza na realização de reuniões semanais à quarta-feira, entre as equipas das várias unidades, garantindo a partilha de informação e a discussão da melhor estratégia terapêutica.

O objectivo principal deste artigo é divulgar como foi estruturada e funciona a intervenção da psicologia clínica na equipa multidisciplinar da Amadora, tendo em conta as características do Serviço acima explicitadas.

CARACTERÍSTICAS DA CONSULTA

Desde o início do seu funcionamento, há catorze anos, a consulta de Psicologia Clínica tem baseado a sua prática em duas vertentes principais: a resposta às necessidades da instituição em que está integrada (num serviço hospitalar e seguindo uma prática comunitária inserida num centro de saúde) e a articulação estreita com outras intervenções técnicas, indispensável a um exercício multidisciplinar.

Os doentes que chegam a esta consulta surgem essencialmente por duas vias: ou por referência interna (doentes provenientes de unidades deste Serviço – Internamento,

Hospital de Dia ou Psiquiatria de Ligação) ou por referência externa (a grande maioria enviados pelos médicos de família).

Exceptuando casos pontuais, que são referenciados logo após a triagem elaborada pela equipa de enfermagem (casos esses que, em discussão de equipa, levem a encontrar critérios para se dar início à Avaliação Psicológica antes da primeira consulta psiquiátrica), a grande maioria dos doentes que são avaliados passaram inevitavelmente pela consulta médica e vêm com uma hipótese de diagnóstico psiquiátrico. Este é elaborado segundo os critérios da DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Classification of Mental Disorders – Fourth Edition*) ou do ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Problems – 10th Revision*) que procuram libertar o diagnóstico psiquiátrico de toda a subjectividade e têm como principal objectivo reunir, em diferentes grupos nosológicos, medidas objectivas de psicopatologia.

As duas vias de referência influenciam as expectativas de cada doente. A principal diferença prende-se com a existência, no primeiro grupo acima referido (doentes referenciados por unidades deste Serviço), de uma vivência subjectiva do espaço terapêutico que promove, nos doentes com maior *insight*, uma queixa formulada como um pedido seu. Ainda dentro deste grupo de doentes, existem características importantes que os diferenciam dos doentes vindos através de referência externa. Por exemplo, no caso dos doentes referenciados após o internamento, ocorreu um acompanhamento da evolução clínica por todos os profissionais da equipa comunitária nas reuniões de articulação

com o internamento. Este acompanhamento durante o próprio internamento permite, nas situações pós-alta, a existência de um conhecimento prévio e até de um contacto pessoal promovido pelos profissionais de enfermagem e, sempre que necessário, pelos de psicologia.

Relativamente ao segundo grupo de doentes (na maioria referenciados por indicação do médico de família ou por outras especialidades médicas), constata-se frequentemente que não têm antecedentes de seguimento em consulta de Psiquiatria e que vêm na sequência da agudização de um quadro sintomático psicopatológico sem indicação para internamento.

Sendo uma consulta sediada num centro de saúde e pertencente a um serviço público com recursos limitados, possui características próprias e diferentes das da clínica privada. Ao contrário desta última, em que o pedido é feito directamente ao psicólogo, na consulta comunitária há um caminho sujeito a vários critérios de triagem, de ordem mais objectiva e clínica, que sustentam a decisão de que o doente tem indicação, de acordo com o seu diagnóstico e gravidade do quadro clínico, para seguimento numa equipa de psiquiatria e não nos cuidados de saúde primários.

Não existe uma reciprocidade na escolha paciente-equipa, já que a equipa é única na área de residência do doente e é ela que submete o doente à indicação para a especialidade de psiquiatria e para a consulta de psicologia. Não havendo indicação reencaminha-o para o médico de família.

Sendo óbvio que são práticas inerentes à clínica institucional de hoje, elas acarretam

uma vivência subjectiva particular para o indivíduo que, de certa forma, colide, não só com o princípio básico de qualquer intervenção terapêutica, nomeadamente no que diz respeito ao contrato psicoterapêutico que implica uma escolha mútua, mas também com a promoção da autonomia do doente, objectivo último de qualquer intervenção neste âmbito.

O modo que se encontrou para superar estas e outras condicionantes, quer nos casos em que o desconhecimento sobre a intervenção psicológica impera (por ex.: “não sei porque estou aqui, foi o Sr. Dr. que mandou...”), quer naqueles em que a queixa e o discurso psiquiátrico prevalecem, e dado que o suporte teórico é psicanalítico, tem sido ajudar o doente a transformar este tipo de queixas num pedido do próprio, remetendo para a consciência do seu mundo interno e vivências subjectivas.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Para além de objectivos mais específicos, em qualquer tipo de pedido de Avaliação Psicológica existe a necessidade de compreensão do funcionamento psíquico, análise da sua estrutura e principais características – a descrição do ser psicológico.

Paralelamente à observação clínica, a escolha dos métodos auxiliares depende do tipo de pedido. Na maioria dos casos é aplicada a metodologia projectiva, pela necessidade de caracterização psicodinâmica com fins de encaminhamento/projecto terapêutico (psicoterapêutico, médico e/ou reabilitação). Para além desta, são aplicados métodos

quantitativos, nomeadamente a 1ª Edição Portuguesa da WAIS-III (*Weschler Adult Intelligence Scale – Third Edition*) e alguns testes psicométricos, quando o pedido requer uma avaliação cognitiva e/ou relatórios no âmbito de inspecções de saúde e de exames médico-legais.

Sublinha-se a importância da formulação psicodinâmica através das metodologias projectivas por serem estas as que permitem, neste tipo de prática clínica, aceder de um modo mais rápido e fidedigno à caracterização do funcionamento psíquico, tendo em conta a capacidade de *insight*, o tipo de defesas e a problemática predominante. De realçar ainda a importância desta formulação para a elaboração de um diagnóstico psicodinâmico, fundamental para que a ele se possa adequar o tipo de intervenção psicoterapêutica.

ALGUMAS DIFERENÇAS ENTRE A ENTREVISTA PSICODINÂMICA E A ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

A diferença do olhar psicodinâmico sobre o sintoma “reside na complexidade por detrás da sua evocação e na vontade de controlar alguma tendência perturbadora, havendo a necessidade de compreender e ultrapassar o conflito causado pela batalha pelo controlo, bem como pela perturbação que esta causa”²⁵. Para aceder a uma formulação psicodinâmica é necessário chegar a uma compreensão psicológica do paciente, sendo a subjectividade a única via para tal. Com efeito esta é a única via que permite discernir o significado de determinado comportamento através da compreensão

de uma narrativa que vai dando resposta a questões relacionadas com os padrões de relação existentes que possam fornecer indícios de conflitos latentes, os pressupostos e crenças óbvias que possam ajudar a explicar a forma dos sintomas e ainda os mecanismos de defesa usados para lidar com a ansiedade e conflitos menos e mais evoluídos. Questões como estas permitem formular uma compreensão com um significado pessoal e não como algo estranho ao próprio doente.

Outras características da abordagem psicodinâmica, que a diferencia da psiquiátrica, foram analisadas pelo autor psiquiatra e psicanalista Glen O. Gabbard⁶. Um desses aspectos prende-se com a relação entre o diagnóstico e o tratamento. Se para os médicos o diagnóstico precede invariavelmente o tratamento, a abordagem dinâmica tem já por si uma perspectiva terapêutica. Ao contrário da entrevista psiquiátrica, em que o doente é sujeito a uma série de questões cooperando de um modo passivo na procura do diagnóstico nosológico, na formulação psicodinâmica a aproximação é feita de modo a promover uma aliança activa na qual o doente é um real organizador do seu próprio modo de comunicação e em que quem ouve se torna numa aparente “testemunha” ao longo deste processo. Trata-se de uma situação claramente intersubjectiva na qual os aspectos que são revelados não devem ser confundidos com a relação real. Manter esta distinção sempre presente na relação é fundamental em termos terapêuticos, mesmo antes do diagnóstico ficar claro.

Ainda na perspectiva de Gabbard⁶, um outro contributo fundamental, bem diferente da

avaliação sintomatológica, diz respeito à importância dada a todos os movimentos projectivos do doente em relação ao terapeuta e à ressonância afectiva do próprio terapeuta na relação com o sujeito em avaliação. Estes aspectos transferenciais e contratransferenciais são fundamentais pela forma como afectam profundamente a atitude do doente e o tipo de relação que estabelece. Por outro lado, uma leitura atenta desses movimentos fornece dados valiosos em termos das características dos mecanismos psíquicos para a formulação psicodinâmica. Nesta formulação é fundamental a noção de repetição, inerente à transferência, de um conjunto de elementos ligados a figuras do passado que são perpetuados na relação do presente. É na vivência da relação terapêutica que estes aspectos internalizados, responsáveis por movimentos disfuncionais, se podem tornar conscientes e elaborados à luz de uma relação mais saudável. Também relacionada com as partes projectadas, encontra-se a reacção do próprio terapeuta e eventuais conflitos que possa provocar. O conjunto e a interpretação desses mesmos conflitos foram subdivididos pelo autor Henrich Racker⁷ em contratransferência concordante, quando os afectos sentidos são semelhantes aos que o doente sentiu em criança, e em contratransferência complementar, quando o que o terapeuta sente é idêntico aos objectos internalizados, isto é, aos que as figuras parentais sentiram. Apesar da distinção entre ambas nem sempre ser fácil, o que é fundamental para a formulação do diagnóstico psicodinâmico é a compreensão por identificação empática com o doente e as inferências cruciais que daí se possam

retirar, nomeadamente no que diz respeito à identificação de mecanismos defensivos inconscientes.

ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO CLÍNICAS

Na primeira consulta procura-se deixar claro, desde o início, que os objectivos da avaliação se prendem, essencialmente, com a caracterização do funcionamento psíquico, podendo assim contribuir para complementar e fornecer novas possibilidades na formulação do projecto terapêutico. O projecto em si pode contemplar intervenções a vários níveis na consulta ou ainda a possibilidade de encaminhamento para outras estruturas ou valências deste Serviço. O esclarecimento *a priori* destes objectivos protege muitas vezes o próprio doente da construção de falsas expectativas em relação à Avaliação Psicológica. Reforça ainda a ideia de que o projecto individual pode requerer a intervenção de vários técnicos e que, por isso, é delineado em equipa. Qualquer projecto psicoterapêutico só é possível ser delineado no fim da avaliação, após a formulação psicodinâmica, o diagnóstico e a escolha do tipo de psicoterapia, pelo que só nesse momento será discutido com o doente.

História Clínica

Depois de esclarecidos os objectivos da avaliação é então sugerido ao doente que procure, da forma mais espontânea possível, expressar a razão da sua vinda à consulta, bem como fornecer os dados da sua história pessoal e vida actual. Através do diálogo directo procura-se preencher lacunas do discurso,

tais como elementos que possam não ter sido ditos espontaneamente e que sejam importantes para a caracterização e compreensão do sujeito psicológico.

Em relação aos motivos da vinda à consulta é necessário reter quais as principais queixas sintomáticas, factores desencadeantes e antecedentes na sua história. No que diz respeito à medicação é essencial perceber o significado que esta tem para o próprio. Para além disto, fazem parte desta avaliação inicial aspectos relacionados com doenças orgânicas diagnosticadas e consumos abusivos de álcool e/ou de drogas ilícitas.

Dado que a população assistida na consulta é muito heterogénea, com um grande número de emigrantes, maioritariamente de países africanos de língua portuguesa, é fundamental conhecer, a par dos dados biográficos, o contexto familiar e social, os antecedentes étnicos, a ligação cultural ao país de origem e o grau de inserção social em Portugal.

Na história do seu desenvolvimento são fundamentais dados acerca de acontecimentos mais relevantes desde a infância, percorrendo a adolescência, a entrada na vida adulta e a actualidade, bem como as relações mais significativas, tendo em conta a ressonância afectiva que provocam e as temáticas que suscitam. São ainda de igual importância dados tais como: o nível de escolaridade, o percurso profissional e a eventual presença de psicopatologia na família.

Observação Clínica

Apesar de o doente já ter tido uma observação psiquiátrica e ter sido reportada na referência à psicologia a sintomatologia detec-

tada, a observação psicopatológica é crucial numa primeira observação pela psicologia. Ao longo da primeira entrevista clínica é necessário reter qual o tipo de apresentação actual, nomeadamente a aparência geral, o tipo de humor e o discurso, bem como as características salientes do estado mental. Relativamente a este, é fundamental avaliar possíveis alterações a vários níveis: da orientação espaço-temporal, relativamente à situação e à própria pessoa; da percepção, no caso de existirem alterações evidentes, e qual o significado que elas têm para o próprio; do pensamento e seus principais determinantes psicológicos, tais como o nível da clareza de consciência e da consciência do Eu, a inteligência, a memória e a vigiidade; da afectividade, já que a observação sobre o estado emocional é uma fonte importante de informação sobre os mecanismos de defesa (por exemplo, ser capaz de expressar um afecto doloroso ou uma fantasia através da verbalização é algo que revela a presença de mecanismos mais evoluídos por oposição aos que são expressos através do agir).

METODOLOGIA PROJECTIVA

Como já foi referido anteriormente, na maioria das avaliações recorre-se ao uso de metodologias projectivas – Teste de Rorschach e *Temathic Apperception Test* (TAT) – sendo a interpretação feita à luz da teoria psicanalítica com supervisão regular. A supervisão não só proporciona uma maior segurança e clarificação nas interpretações feitas, como também aprofunda os conhecimentos em função de um melhor diagnós-

tico diferencial, essencial na clarificação do tipo de psicopatologia.

A interpretação dos dois testes é feita numa perspectiva de complementaridade: enquanto o Teste de Rorschach permite aceder, segundo M. Marques⁸, “à formulação e compreensão de como é que cada sujeito procede internamente, de quais os processos mentais implicados em qualquer relação de objecto, processos a serem concebidos como dinâmicos, interactivos e situacionais, bem como aceder à natureza das relações, ligações e transformações que são estabelecidas entre o interno e o externo”, o TAT proporciona a projecção de fantasias, desejos e conflitos na relação com o outro, na medida em que se propõem ao sujeito em avaliação, de uma forma mais explícita, cenários relacionais. Citando Françoise Brelet⁹ o “prazer de fantasiar, de inventar uma história, de criar um mundo e de o exteriorizar e eventualmente de o partilhar, é em nossa opinião a característica essencial da situação-TAT”.

Os critérios usados na interpretação de ambos os testes são fundados no diagnóstico diferencial e na “articulação entre imagem, afectos e representações”⁸, critérios esses evidenciados de forma sintética por C. Chabert¹⁰ no que diz respeito ao Teste de Rorschach, e extensíveis à interpretação do TAT, explorados por V. Shantoub¹¹.

Na metodologia projectiva procura-se apreciar segundo C. Chabert¹⁰ “a qualidade da relação ao real, o duplo jogo em processos primários e em processos secundários, o registo conflitual e a análise dos mecanismos de defesa”. Estes critérios, no seu conjunto, estabelecem distinções que permitem identi-

ficar funcionamentos característicos da linha neurótica, limite e psicótica: “No registo das neuroses e do seu núcleo comum da natureza intrapsíquica dos conflitos, a dramatização colocada em ambos os testes, como o efeito mais típico do conflito neurótico, é expressa mais sobre a forma de uma excitação do pensar, traduzida pelo excesso cinestésico na neurose obsessiva, enquanto se exprime por uma extrema excitação sensorial traduzida pelo excesso de respostas-cor na histeria”¹².

No registo dos funcionamentos limite, em que o conflito pulsional ocupa um lugar preponderante, C. Chabert¹² definiu e interpretou sinais particulares como “a insistência no assinalamento dos contornos e o sobreinvestimento dos limites, (...) a recusa da fonte interna da pulsão (...) e a especificidade especular das representações” e de como “à angústia branca, a da depressão narcísica, vem opor-se a angústia vermelha, a da castração e da neurose, e de como o Rorschach pela riqueza dos seus componentes cromáticos, vem mostrar de forma exemplar esses desvios e essas diferenças”.

No registo das psicoses, o trabalho desta autora debruçou-se essencialmente sobre a investigação das perturbações do pensamento, evidenciadas essencialmente no Teste de Rorschach “pela dispersão dos conteúdos, a fragmentação das localizações, a descontinuidade, a ausência de referências estruturantes e a falta de permanência dos limites e dos objectos” assumindo ainda que este teste “não constitui um instrumento de diagnóstico suficientemente subtil, de um ponto vista psiquiátrico, para permitir diferenciar claramente formas precisas de esquizofrenia”¹².

No entanto, o mesmo permite distinguir claramente dois campos psicóticos: um onde impera o pensamento delirante e proliferam produções de elos associativos arbitrários, e um outro, por oposição, em que o ataque a esses elos se torna evidente pela aridez fantasmática e pela ausência de associações.

A avaliação projectiva tem sido um instrumento fundamental como método na prática clínica, permitindo não só o acesso às principais características do funcionamento psíquico como também a formulação de diagnósticos diferenciais, ajudando a esclarecer dúvidas e a enriquecer o conhecimento sobre a psicopatologia psicodinâmica de cada doente.

FORMULAÇÃO PSICODINÂMICA

Neste modelo de actividade clínica, a formulação psicodinâmica proporciona a escolha mais adequada do nível de psicoterapia e complementa a perspectiva descritiva do diagnóstico psiquiátrico com uma compreensão do funcionamento psicológico do doente e da sua doença.

Um dos exemplos mais frequentes desta complementaridade é o de poder fornecer, ao psiquiatra responsável pela prescrição, uma melhor compreensão no que diz respeito ao significado que a medicação tem para o doente. Principalmente quando a *compliance* é um problema, a compreensão do funcionamento psicológico pode ser uma fonte de informação essencial.

Para Gabbard¹³, o diagnóstico psicodinâmico pode promover uma melhor compreensão de como os cinco eixos da DSM-IV se relacionam

uns com outros. Partindo da noção de que todas as doenças surgem numa personalidade preexistente, dever-se-á ter sempre em consideração de que forma o diagnóstico da personalidade do Eixo II contribui para o quadro nosológico existente a nível do Eixo I. O mesmo se aplica para os outros Eixos que implicam o impacto de patologia orgânica e a presença de agentes *stressantes*, tanto a nível consciente como inconsciente, no quadro sintomatológico presente.

A caracterização do funcionamento psíquico procura descrever e relacionar aspectos fundamentais, tais como: capacidade adaptativa do Ego – se o doente testa adequadamente a realidade distinguindo o seu mundo interno da realidade externa; controlo dos impulsos – se existe um Ego suficientemente forte que consiga adiar ou mesmo evitar a descarga dos impulsos; sentido crítico – se o doente é capaz de antecipar a consequência dos seus actos; nível de mentalização – se existe uma origem interna das suas problemáticas que pode ser relacionada com a sintomatologia e as características a nível relacional; qualidades das relações de objecto – a maturidade e a natureza das relações de objecto internalizadas são analisados a nível mais superficial, perscrutando relatos das relações de infância e da actualidade e, sobretudo a nível mais inconsciente, através da interpretação dos aspectos reais, transferenciais e contratransferenciais da relação; características do self – sua coesão e maturidade (nível de risco de desorganização face a perturbações externas por acontecimentos de vida, e internas por estados temporários de regressão e desestabilização ao serviço do crescimento, e nível de dependência do reco-

nhecimento externo) e seus limites (se existe uma clara diferenciação entre o seu mundo interno e a noção do outro, diferente e distinto de si e que tipo de relação existe entre corpo e mente); mecanismos de defesa – se são processos defensivos primários (negação, projecção, introjecção, identificação projectiva, clivagem, idealização, onnipotência etc.), se são processos defensivos secundários (recalçamento, regressão, isolamento, intelectualização, racionalização, deslocamento, formação reactiva, inversão, identificação, sexualização, humor, altruísmo, sublimação etc.), a importância de compreender a sua forma interna e subjectiva (a nível consciente e inconsciente) e de que forma o doente recorre a estes mecanismos de modo a proteger-se do sofrimento. Estes e outros aspectos, ligados à vivência subjectiva, podem tomar maior ou menor relevância consoante o quadro sintomatológico e as circunstâncias de vida. Procura-se uma caracterização exaustiva do funcionamento psicológico nos seus aspectos mais relevantes e na relação entre eles, em função do projecto terapêutico considerado mais adequado para cada caso.

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Todas as áreas relacionadas com a Avaliação Psicológica que se procuram caracterizar e que contribuem de forma crucial para a elaboração de um diagnóstico psicodinâmico vão sendo reavaliadas ao longo do processo terapêutico.

Mas, no momento de o delinear, o diagnóstico tem implicações a vários níveis, como refere N. Macwilliams¹⁴: planeamento do tratamento –

uma correcta formulação de diagnóstico revela quais as opções nas áreas decisivas do estilo de relacionamento, forma das intervenções e tópicos de focalização inicial; apreciação do prognóstico – ao avaliar o grau de profundidade e extensão dos problemas da personalidade e também o nível de *insight*, tipo de defesas e de problemática é possível adequar a expectativa de progressos ao longo do tratamento; protecção do próprio doente – a avaliação inicial cuidada permite dizer ao doente o que pode esperar, evitando criar falsas expectativas em relação ao projecto terapêutico; nível de empatia – quanto mais profundo for o conhecimento da problemática, melhor será a compreensão do sofrimento do doente e a autenticidade no ouvir empático, no “sentir com”; prevenção de fugas ao tratamento – todos os factores acima referidos promovem uma boa aliança terapêutica e contribuem para diminuir a probabilidade de rupturas ao longo do processo terapêutico.

A aplicação dos testes projectivos que resultam na formulação de um diagnóstico psicodinâmico tem ainda a função, dadas as características da população desta consulta (numerosa e com grave psicopatologia), de fornecer elementos para decidir, com critérios claros, se existe indicação para intervenção psicoterapêutica e de que tipo.

INDICAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

De acordo com Cawley¹⁵ é feita a distinção entre três níveis da terapia psicodinâmica:

Nível Externo – psicoterapia de apoio que tem como principal objectivo restaurar ou manter a funcionalidade em dois tipos de doentes: um,

em que o quadro sintomatológico é reactivo a crises tais como luto, divórcio, perda de emprego, dificuldades académicas, sobretudo quando o sofrimento e a tensão prejudicam as suas formas habituais de lidar com os conflitos; o outro, constituído por doentes profundamente incapacitados emocional e interpessoalmente, com um diagnóstico de esquizofrenia crónica, doença bipolar grave ou graves perturbações de personalidade. Este último grupo é constituído por doentes para os quais, dada a gravidade e muitas vezes os *deficits* decorrentes do quadro sintomatológico que apresentam, não se vislumbram melhorias sendo possível, no entanto, proporcionar uma ajuda contínua no sentido de se promover uma melhor adaptação.

São psicoterapias que exigem um contacto regular, semanal na maioria dos casos, podendo posteriormente passar a quinzenal ou mesmo mensal. Os objectivos dependem das características de cada doente: idade, diagnóstico psicodinâmico e psiquiátrico, prognóstico (se possível de elaborar), circunstâncias sociais e apoio familiar. No entanto, existem objectivos que são considerados comuns e que *a priori* se podem estabelecer: melhorar a adaptação psicológica e social, reforçando as defesas mais evoluídas; reforçar igualmente qualidades e realizações alcançadas, a par de um trabalho de consciencialização das limitações próprias e do tratamento em curso; prevenir descompensações, evitando possíveis reinternamentos e deteriorações inerentes a recaídas graves.

Nível intermédio – Considerado como estando num nível exploratório mais profundo do que a psicoterapia de apoio mas inferior ao

da psicoterapia psicanalítica estruturada, tem em comum com esta última a clarificação de conflitos no âmbito de uma relação aprofundada, confrontando defesas e interpretando motivos menos conscientes quando considerado apropriado. Distingue-se também pelo facto de, a nível mais profundo a transferência e contratransferência serem o principal centro de exploração analítica e, neste nível intermédio estas duas componentes são apenas assinaladas como informação para auxiliar a relação psicoterapêutica. Esta é o meio de excelência para a compreensão psicodinâmica do doente, onde a consciencialização dos mecanismos de defesa e os mecanismos transferenciais e contratransferenciais são apenas veículos para tal. O processo de interpretação destes fenómenos e alguma confrontação prudente de defesas podem ser utilizados para avaliar a conveniência e a indicação para um trabalho psicoterapêutico mais profundo¹⁵.

A distinção entre este nível intermédio e o considerado nível mais profundo faz sentido, em termos conceptuais, quando se consegue separar estas modalidades de tratamento em função de objectivos, de técnicas e até de indicações e contra-indicações. Mas na prática clínica o que se acaba por constatar é que ao longo do processo psicoterapêutico ocorrem “flutuações” entre estes níveis. Mesmo numa Psicoterapia considerada psicanalítica, de um nível mais profundo, ocorrem períodos em que a intervenção tem de ser mais de apoio, por circunstâncias de vida do doente ou por períodos de descompensação clínica. Também acontece delinear um projecto psicoterapêutico que se pode considerar de nível

intermédio e após algumas sessões ser aconselhável a passagem da regularidade semanal para bissemanal, ocorrendo assim uma mudança em termos exploratórios para um nível mais profundo.

Nível mais profundo – psicoterapia psicanalítica, nível que é considerado como a Psicoterapia centrada na exploração e mudança do funcionamento “...intrapsíquico e interpessoal e tem como objectivos uma maior completude, maturidade e realização pessoal (...). A este nível são explorados fenómenos de transferência e contratransferência e identificadas motivações inconscientes, ansiedades e defesas especialmente se emergirem no «aqui e agora»”¹⁵. Por oposição às psicoterapias de apoio, que não exploram conflitos inconscientes e procuram apenas o reforço das defesas mais evoluídas, neste nível de Psicoterapia Psicanalítica, um dos principais focos é precisamente a resolução de conflitos a nível inconsciente, interpretando aspectos transferenciais, contratransferenciais e resistências presentes ao longo do processo. A promoção do *insight*, nomeadamente em relação aos aspectos que vão surgindo na relação psicoterapêutica, permite através da interpretação, um progressivo conhecimento da própria dinâmica do doente. Aspectos ligados às relações de objecto primárias internalizadas podem ser tornados conscientes através da sistemática interpretação, não só dos aspectos transferenciais já referidos, mas também, pela identificação de padrões relacionais repetidos ao longo da vida, bem como das características relacionais actuais. A relação psicoterapêutica permite, não só tornar conscientes as

pectos inconscientes, mas também promover a vivência, na própria relação espaço intra subjectivo/espaço transaccional, de formas mais evoluídas de resolução de conflitos e a integração no *self* de aspectos antes não mentalizados.

Relativamente a estes aspectos que vão sendo internalizados ao longo do processo psicoterapêutico, são de voltar a sublinhar as diferenças, referidas no início deste artigo, que existem a propósito da proveniência (interna ou externa ao Serviço) dos doentes e as que decorrem da vivência subjectiva do espaço terapêutico, particularmente em doentes que já passaram por uma unidade de reabilitação. A qualidade desse potencial terapêutico¹⁶ depende da forma como a equipa dessa unidade lidou com os aspectos menos evoluídos do doente, da atitude terapêutica ao longo do trabalho de reabilitação e de como a internalização dessa atitude terapêutica facilita todos os aspectos mencionados no parágrafo anterior. Se é possível falar da relação psicoterapêutica como um laboratório de observação de aspectos relacionais conscientes e inconscientes, o caminho para isso é muito facilitado pela passagem por uma unidade onde já se promoveu, de forma mais ou menos explícita, um espaço no qual a sinalização e contenção de mecanismos menos evoluídos tem o objectivo de promover as dimensões mais evoluídas do funcionamento. Trata-se da criação de uma função através da dimensão relacional, referido pelo autor T. Cahn¹⁶, como fundamental para promover os pré-requisitos para uma intervenção psicoterapêutica.

Neste nível algumas Psicoterapias evoluem para uma regularidade bissemanal, princi-

palmente pelo facto de existir a prevalência do agir, nos casos de diagnóstico de patologia limite, com comportamentos auto e/ou heteroagressivos. O risco de passagem ao acto, como sinal de gravidade em termos psicopatológicos, reforça a necessidade de adoptar este nível de psicoterapia. Poderão ser contra-indicações para este tipo de Psicoterapia os seguintes aspectos revelados pela Avaliação Psicológica: fragilidade egóica importante, limitações a nível do *insight*, inteligência limitada e falta de motivação para um trabalho dirigido à mudança. Nestes casos a psicoterapia de apoio torna-se o tratamento indicado, mas mesmo para estes é “necessário uma capacidade de compromisso com a continuidade dos acordos do tratamento e ausência de aspectos anti-sociais graves”¹⁷.

Outra indicação para psicoterapia psicanalítica é a possibilidade dos sujeitos tirarem maior benefício por serem mais jovens, com um bom *insight* e capacidade de simbolização. No caso do diagnóstico de patologias limite é fundamental a existência de capacidade de contenção narcísica. No diagnóstico de psicose é essencial que exista um lado da personalidade suficientemente saudável para poder identificar e transformar o lado menos saudável. Nas neuroses diagnosticadas os critérios de prioridade prendem-se com um elevado grau de sofrimento psíquico e com a falta de condições sociais e económicas, bem como com o desejo de autoconhecimento e transformação.

As limitações institucionais (a exigência de intervenções a curto prazo, o número elevado de doentes e a gravidade do ponto de vista psicopatológico) levam a optar pela frequên-

cia semanal na maioria dos casos, e só excepcionalmente, como já foi referido nos casos de risco grave de passagem ao acto, pela alteração para a frequência bissemanal.

DISCUSSÃO

Psicologia Clínica Psicodinâmica Integrada numa Equipa Multidisciplinar

Sublinha-se aqui a importância do conceito ligado à intervenção biopsicossocial, particularmente na prática da Unidade Comunitária e nas equipas multidisciplinares que a constituem.

Tom Burns¹⁸ considera que o início das equipas de saúde mental comunitárias, como hoje as conhecemos, teve lugar quando as várias valências técnicas envolvidas no tratamento de um determinado doente, começaram a reunir-se regularmente. Essas reuniões passaram a assumir a responsabilidade de rever o progresso do doente e de tomar decisões conjuntas sobre os projectos terapêuticos. A compreensão da problemática do doente tornou-se, ela também, multifacetada reflectindo assim as diferentes componentes do projecto terapêutico planeado.

De acordo com este modelo, as avaliações psicológicas (psicodinâmicas e/ou cognitivas) partilham com as avaliações psiquiátricas, sociais e de enfermagem, uma visão complementar dos vários diagnósticos em função de um projecto terapêutico, de tratamento, de reabilitação e reintegração dos doentes. As reuniões semanais que decorrem no Serviço, para além das que surgem de modo espontâneo durante os tempos de consulta entre os elementos da equipa, são

fundamentais para a discussão de casos e de projectos terapêuticos.

Quer se decida por um projecto psicoterapêutico ou não, um dos principais contributos da Avaliação Psicológica, com a caracterização do funcionamento psíquico do sujeito e especial ênfase nos mecanismos de defesa, é fornecer à equipa elementos que de alguma forma permitam prever as respostas ao tratamento e o tipo de reacções contratransferenciais que possam ser desencadeadas nos elementos da equipa. Possibilita ainda à equipa formular estratégias e um discurso comum mantendo a coesão das várias especificidades das intervenções.

Fronteiras entre Especificidades Técnicas

O primeiro “confronto” é com a equipa médica, quando os saberes específicos da psicologia clínica e da psiquiatria se cruzam no mesmo objecto de estudo – o sujeito em sofrimento. O encaminhamento de qualquer doente depende, na maioria dos casos, dos psiquiatras e, como foi mencionado anteriormente, as referências são muitas vezes baseadas em critérios objectivos/clínicos, nomeadamente no que se refere ao esclarecimento de diagnóstico, o que torna mais claro o objectivo da Avaliação Psicológica. Também existem critérios de ordem subjectiva quando, por exemplo, se encontram explícitas a indicação e a urgência de um acompanhamento psicológico/psicoterapêutico. Nestes critérios, por vezes, podem existir aspectos contratransferenciais inconscientes do próprio médico a ter em conta, embora não devam ser interpretados quando o projecto é delineado em conjunto. Todas as intervenções, quando feitas por vários técnicos da equipa,

são mais eficazes se existir uma boa comunicação e se todos estiverem a par do que vai sendo decidido. Só assim se pode deixar claro junto do próprio doente qual o papel e o objectivo de cada intervenção. A rede de apoio, que se estabelece entre as várias valências, funciona como segurança para cada um dos elementos técnicos e também para o próprio doente que muitas vezes encontra no acompanhamento da equipa um espaço relacional e um suporte social.

Linguagem da Psicologia Clínica Psicodinâmica versus linguagem da Medicina/Enfermagem

No seguimento do que já foi mencionado, procura-se sempre tornar o discurso psicodinâmico mais acessível às outras valências técnicas. Nesse sentido, e sem perder a linguagem própria da teoria e prática psicodinâmicas, o objectivo é tornar o “ser psicológico” (linguagem da psicologia clínica) mais próximo do “ser doente/sintoma” (linguagem médica/enfermagem). O encontro entre as várias especificidades das linguagens técnicas depende obviamente de quem quer entender e de quem se quer fazer entender e, nesta experiência, tem sido sempre possível que elas contribuam para o mesmo fim: o alívio do sofrimento do doente que procura este tipo de ajuda.

Características do *Setting*

As características da consulta tornam o *setting* psicoterapêutico muito vulnerável a informações vindas dos outros elementos da equipa e da própria instituição, o que acarreta implicações a vários níveis. O trabalho

dos dados da realidade encontra-se muitas vezes ligado à delimitação entre o papel do psicólogo clínico inserido numa equipa com a qual o doente contacta e o espaço psicoterapêutico. O intuito é de “traduzir” esses dados da realidade para a dimensão simbólica e interpretá-los em termos transferenciais. Outras questões são por vezes colocadas a nível das fronteiras entre o papel do psicólogo clínico e o do psicoterapeuta. Quando, por exemplo, um doente é acompanhado em Psicoterapia e é accionado um processo de reforma, a elaboração de um relatório clínico nesse contexto pode comprometer a relação psicoterapêutica. Estas e outras questões vão sendo debatidas em contexto de supervisão, com colegas e com a equipa, o que vai permitindo tomar decisões clínicas adequadas, tornando possível também uma maior segurança face a muitos casos de extrema gravidade seguidos nesta consulta.

CONCLUSÃO

Este Serviço teve início em 1996 e um ano depois foi nele integrada a especialidade de psicologia clínica. A autonomia concedida pela direcção tornou possível estruturar e adequar, ao longo destes anos, uma intervenção que se considera parte integrante da multidisciplinaridade deste Serviço.

Em 2009 foi apresentado o relatório para Mestrado a que se faz referência e a partir do qual se elaborou este artigo. Desde 1997 até à presente data, muitas mudanças foram ocorrendo na Equipa da Amadora e no Serviço. A cooperação da psicologia dinâmica para o saber e prática clínica das várias

valências técnicas tem sido de grande enriquecimento pelo conhecimento adquirido, pelo contributo prestado e pelas relações profissionais e pessoais que foram sendo estabelecidas.

A experiência e maturidade profissionais daí resultantes tornam hoje esta prática clínica, por um lado mais fácil de exercer por se encontrar menos “contaminada” pelos aspectos pouco saudáveis das relações institucionais, e por outro mais exigente pela profundidade clínica que se pretende alcançar e também pela crescente responsabilidade profissional. Mantém-se o princípio de que à medida que os Serviços aumentam na sua complexidade é essencial que mantenham a sua estruturação, de uma forma coerente mas flexível e que estejam sobretudo preparados para responder às diferentes necessidades que um mesmo doente poderá ter em fases diferentes do seu percurso¹⁹.

Embora o nosso doente prioritário continue a ser o doente com patologia psicótica, o facto de se ter verificado um aumento significativo do número de doentes com patologias reactivas à situação de crise actual, obrigou a uma readaptação e esforço suplementar.

Responder a este e a muitos outros desafios exige constante diálogo entre pares e adaptações da prática técnica e clínica, mantendo assim uma boa integração da psicologia clínica psicodinâmica na multidisciplinaridade deste Serviço com os princípios fundamentais porque se rege.

Conflitos de Interesse / *Conflicting interests*:

O autor declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The author has declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author has declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Álvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F: Fundamentos de Psicopatologia Psicoanalítica. Madrid. Editorial Sintesis. 2004; 113.
2. Gabbard G O: Psychodynamic Psychiatric in Clinical Practice. Washington DC. American Psychiatric Press, Inc. 2000; 19.
3. Shedler J: The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. American Psychologist Association 2010; 65: 98-109.
4. Cardoso G, Maia T: Serviços Psiquiátricos na Comunidade com Base no Hospital Geral: Um método Português. PsiLogos. 2008/2009; 6(2)/7(1-2); 56-66.
5. Macwilliams N: Formulação Psicanalítica de Casos. Lisboa; Climepsi; 2004.
6. Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatric in Clinical Practice. Washington DC. American Psychiatric Press, Inc. 2000; 89-115.
7. Racker H: Transference and Countertransference. New York. International Universities Press; 1968.
8. Marques ME: Psicologia Clínica e o Rorschach. Lisboa; Climepsi; 1999.
9. Brelet F: Le T.A.T. – Fantasma et Situation Projective; Paris; Dunod; 1986.
10. Chabert C: O Roschach na Clínica do Adulto. Lisboa; Climepsi; 1998.

11. Shantoub V *et al.*: Manual de Utilização do TAT. Lisboa; Climepsi; 1999.
12. Chabert C: A Psicopatologia à Prova no Rorschach. Lisboa; Climepsi; 2000.
13. Gabbard GO: Psychodynamic Psychiatric in Clinical Practice. Washington DC; American Psychiatric Press, Inc; 2000; 67-87.
14. Macwilliams N: Diagnóstico Psicanalítico. Lisboa; Climepsi; 2005.
15. Bateman A, Brown D, Pedder J: Principios e Prática das Psicoterapias. Lisboa; Climepsi; 2003.
16. Cahn T: Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings. Karnac; London; 1998; 1-23.
17. Kernberg O F: Psicanálise, Psicoterapia Psicanalítica e Psicoterapia de Apoio: Controvérsias Contemporâneas. Revista Francesa de Psicanálise. Número especial: "Psicanálise Contemporânea". São Paulo, Imago Editora. 2001;23-49
18. Burns T: Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices. New York; 2004.
19. Maia T: Editorial. PsiLogos; 2005: 1(2): 5.