

• **Contribuições do pensamento de Winnicott para teoria e prática do psicodiagnóstico psicanalítico**

Some contributions of Winnicott's thought to the theory and practice of psychoanalytic psychodiagnosis

Contribuciones del pensamiento de Winnicott para la teoría y la práctica del psicodiagnóstico psicanalítico

Rodrigo Jorge Salles¹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (Cad.23)²

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo – SP/Brasil

Resumo: O Psicodiagnóstico em nosso país é uma das funções exclusivas do psicólogo. Trata-se de uma das modalidades de atuação em Avaliação Psicológica realizada no contexto clínico. Apesar de suas contribuições históricas para o campo da Psicologia como ciência e profissão, o Psicodiagnóstico ainda vivencia os resquícios de um conturbado período de críticas destinadas tanto à validade científica de seus instrumentos (testes e técnicas), como também aos seus fundamentos epistemológicos. Evidencia-se a necessidade de revisitar o processo Psicodiagnóstico sob um olhar compreensivo, discutindo seus referenciais teóricos a partir de uma abordagem que reconsidere o modelo ontológico tendo em vista uma perspectiva relacional. O objetivo deste artigo é apresentar uma releitura da teoria e prática do processo Psicodiagnóstico psicanalítico a partir do pensamento de Donald W. Winnicott. A discussão realizada parte da apresentação histórica dos fundamentos epistemológicos do processo Psicodiagnóstico tradicional, buscando uma compreensão relacional da situação diagnóstica e do uso de instrumentos de avaliação psicológica. Para tal, o percurso teórico adotado tenta evidenciar uma nova compreensão do processo Psicodiagnóstico e da situação projetiva, passando por trabalhos que abordam conceitos como verdadeiro e falso *self*, o jogo da espátula, as consultas terapêuticas em psiquiatria infantil, o jogo do rabisco e a discussão de Winnicott sobre o lugar do diagnóstico na prática clínica. Ao final, é apresentado um caso clínico visando ilustrar os conceitos apresentados.

Palavras-Chave: Psicodiagnóstico; Psicodiagnóstico Interventivo; Winnicott, Donald Woods; Técnicas Projetivas; Teste de Apercepção Temática.

¹ Psicólogo, Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IP/USP. Docente no curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu (USJT). Pesquisador no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – APOIAR. E-mail: rodrigojsalles@hotmail.com – End.: Univ.São Judas Tadeu - Rua Taquari, 546, CEP 03166-000 – Mooca – São Paulo, SP. – Brasil.

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Livre Docência em Psicopatologia pela Universidade de São Paulo, Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) na Graduação e na Pós Graduação (Orientadora de Mestrado, Doutorado e Pós Doutorado). Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - APOIAR). E-mail: tardivo@usp.br End.: Instituto de Psicologia – Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bl.F, Cidade Universitária – CEP 05508-030 – Butantã – São Paulo, SP. – Brasil.

Abstract: *The Psychodiagnostic process in our country is one of the psychologist's exclusive functions. It is one of the modalities of acting in Psychological Assessment performed in clinical context. In spite of its historic contributions for Psychology as a science and profession, the Psychodiagnostic still suffers from a hectic period when many critiques were directed not only to the scientific validity of its instruments (tests and techniques) but also to its epistemological bases. There is a clear need to revisit the Psychodiagnostic process from a comprehensive perspective, discussing its theoretical framework from an approach that reconsiders the ontologic model from a relational perspective. The objective of this article is to present a reinterpretation of Psychoanalytical psychodiagnosis theory and practice through the ideas of Donald W. Winnicott. The discussion hereby conducted starts by problematizing the epistemological foundations of the traditional Psychodiagnostic process, seeking a relational comprehension of the use of psychological evaluation instruments and the diagnostic situation. To do so, the chosen theoretical approach aims at bringing forth a new understanding of the Psychodiagnostic process and of projective situations, considering works that involve concepts such as true self and false self, the spatula game, the therapeutic consultations in child psychiatry, the squiggle game, and Winnicott's discussion regarding the place of diagnosis in clinical practice. At the end, a clinical case is presented to demonstrate the concepts discussed.*

Keywords: *Psychodiagnosis; Interventive Psychodiagnosis; Winnicott, Donald Woods; Projective Techniques; Thematic Apperception Test.*

Resumen: *El proceso Psicodiagnóstico en nuestro país es una de las funciones exclusivas del psicólogo. Es una de las modalidades de actuación en Evaluación Psicológica realizada en el contexto clínico. A pesar de sus contribuciones históricas para la Psicología como ciencia y profesión, el Psicodiagnóstico todavía hace frente a un conturbado período de críticas destinadas tanto a la validez científica de sus instrumentos (tests y técnicas), como también a sus fundamentos epistemológicos. Es clara la necesidad de visitar el proceso Psicodiagnóstico bajo una óptica comprensiva, discutiendo sus referenciales teóricos desde un abordaje que reconsidera el modelo ontológico, en favor de una perspectiva relacional. Este estudio busca presentar una relectura de la teoría y práctica del proceso Psicodiagnóstico psicanalítico según Donald W. Winnicott. La discusión realizada parte de la presentación histórica de los fundamentos epistemológicos del proceso Psicodiagnóstico tradicional, buscando una comprensión relacional de la situación diagnóstica y del uso de instrumentos de evaluación psicológica. Así, el percurso teórico adoptado intenta evidenciar una nueva comprensión del proceso Psicodiagnóstico y la situación proyectiva, pasando por trabajos que discuten conceptos como self verdadero y falso, juego de la espátula, consultas terapéuticas (psiquiatría infantil), el juego del garabato y la discusión de Winnicott respecto al lugar del diagnóstico en la práctica clínica. En el fin, se presenta un caso clínico, con el objetivo de ilustrar los conceptos presentados.*

Palabras Clave: *Psicodiagnóstico; Psicodiagnóstico Interventivo; Winnicott, Donald Woods; Técnicas Proyectivas; Test de Percepción Temática.*

O objetivo deste trabalho é apresentar as possíveis contribuições do pensamento de Donald W. Winnicott para a teoria e prática do Psicodiagnóstico Psicanalítico. Como recurso teórico-metodológico, esta exposição será iniciada pela apresentação do Psicodiagnóstico como disciplina científica e prática do psicólogo clínico, discutindo historicamente suas bases científicas e seu papel na atualidade. Em um segundo momento, será apresentada uma síntese dos principais conceitos teóricos de Winnicott que podem contribuir para se pensar a prática do Psicodiagnóstico Psicanalítico, destacando os fenômenos que podem ocorrer no campo relacional estabelecido entre o par profissional-paciente durante o processo de avaliação. Ao final, visando ilustrar estes conceitos, será apresentado um caso clínico¹ de Psicodiagnóstico realizado segundo os pressupostos teóricos apresentados.

O Processo Psicodiagnóstico: aspectos epistemológicos e problemáticas atuais

O Psicodiagnóstico em nosso país é uma das funções exclusivas do psicólogo, caracterizando-se como modalidade de atuação em Avaliação Psicológica realizada no contexto clínico (Cunha, 2007). Como disciplina científica, possibilitou um importante avanço para a Psicologia, tanto pelos estudos de validação e padronização de instrumentos de avaliação, como também pelas contribuições clínicas evidenciadas a partir destes instrumentos. No âmbito da prática, auxiliou no processo de consolidação de uma identidade profissional ao psicólogo clínico, que passou a contar com instrumentos científicos que ofereceriam relativa objetividade a sua prática.

A teoria e prática que subsidiam o processo Psicodiagnóstico passaram por diversas modificações ao longo das últimas décadas. O Psicodiagnóstico, como campo científico, teve diferentes modelos metodológicos derivados de diferentes concepções científicas. A princípio, o paradigma positivista teve grande influência na prática do Psicodiagnóstico. Ancona-Lopez (1984) destaca três orientações advindas da influência do positivismo no Psicodiagnóstico: 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. Como consequência a 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

¹ As informações discutidas neste artigo, bem como o caso clínico apresentado, são parte da dissertação de mestrado intitulada "O Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico com idosos deprimidos na clínica social", defendida em 2014. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos via Plataforma Brasil, sendo aprovada na data de 23/07/2013. O número do protocolo do parecer é 339.709.

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 (1974/1995), 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, 2000, 2007, Tardivo, Salles & Gabriel Filho, 2013) em vista de uma pseudo-objetividade em sua tarefa clínica (Ocampo & Arzeno, 1974/1995). 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 o modelo médico positivista. 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 do psicólogo diante da possibilidade de vivenciar essas angústias.

Em paralelo à consolidação dessa corrente, outra forma de conceber o Psicodiagnóstico 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. 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 (Loli, Abrão & Tardivo, 2016; Salles, 2014; Tardivo, 2013; Tardivo & Gil, 2008).

O avanço desta corrente permitiu o diálogo entre a teoria psicanalítica e o campo da Avaliação Psicológica, que resultou em uma aproximação junto aos constructos psicológicos avaliados, munido agora de um referencial metodológico

mais coerente com sua natureza, possibilitando a avaliação destes fenômenos, a partir de um posicionamento compreensivo, e não mais em termos de explicações de causa-efeito.

O movimento de crítica em relação aos pressupostos epistemológicos do processo Psicodiagnóstico abriu portas para modelos diagnósticos alternativos que começaram a consolidar-se no território brasileiro, permitindo um referencial importante para pensar as etapas do processo, a utilização dos instrumentos de avaliação, bem como o ensino e a pesquisa sobre o Psicodiagnóstico. Estes novos modelos passam a demonstrar cada vez mais a preocupação com a necessidade de pensar o Psicodiagnóstico a partir de uma dimensão holística, priorizando uma relação dialógica não objetificante entre profissional e paciente. Como exemplos, pode-se destacar o Diagnóstico Compreensivo de Walter Trinca (1984, 1997, 2013) e o Psicodiagnóstico Interventivo (Barbieri, 2010; Tardivo, 2000, 2007; Santiago, 1995), práticas diagnósticas em que predomina o olhar clínico do profissional, delegando aos testes o papel de procedimentos complementares na avaliação. Além disso, práticas como o Psicodiagnóstico interventivo, propõem também a dissolução entre as etapas diagnósticas e a intervenção, compreendendo o processo Psicodiagnóstico como uma forma particular de intervenção frente à condição de sofrimento demonstrada pelo paciente que busca o auxílio do clínico Tardivo, 2007).

As discussões propostas pelo movimento crítico no campo da Avaliação Psicológica permitiram a releitura do processo e suas dimensões metodológicas a partir de bases teóricas que reconsideram o modelo ontológico em direção a uma perspectiva relacional, possibilitando um reposicionamento epistemológico na prática do Psicodiagnóstico. A ênfase dada a uma perspectiva relacional, como pré-requisito para uma abordagem compreensiva, repousa nos próprios pressupostos científicos que norteiam as práticas científicas. Uma das proposições clássicas do pensamento científico, é que, os fenômenos investigados devem ser observados em suas condições naturais de ocorrência. Partindo deste pressuposto, o fenômeno psicológico, objeto de estudo do Psicodiagnóstico, deve ser observado e compreendido no âmbito das relações humanas, já que é esta sua condição natural de ocorrência. O psicanalista argentino José Bleger afirma que “as condições naturais da conduta humana são as condições humanas” (1964/1993, pg. 19), em oposição aos fenômenos naturais, que são apreendidos de forma objetiva pelo pesquisador, que busca recriar suas condições de ocorrência a partir de experimentos laboratoriais que excluem as impressões pessoais, os sentimentos e estados subjetivos do observador. Ainda segundo Bleger, a investigação aspirada em um Psicodiagnóstico ocorre em um campo relacional, em um contexto de vínculos e interações, já que “(...) as qualidades de todo objeto são sempre relacionais; derivam das condições e relações nas quais se acha cada objeto em cada

momento” (Bleger, 1964/1993, pg. 20). Ou seja, a investigação proposta em um Psicodiagnóstico se dá sempre entre dois sujeitos e os fenômenos apresentados irão depender dos aspectos que caracterizam esta relação.

Para a continuidade da evolução da prática do Psicodiagnóstico Psicanalítico, além do engajamento em pesquisas sobre instrumentos de avaliação, é necessário também a constante discussão sobre seus referenciais teóricos. Colocado desta forma, é necessário buscar referenciais teóricos que sustentem esta visão de homem como ser em um campo relacional. Podemos encontrar este modelo nas teorias desenvolvidas pelo psicanalista Donald W. Winnicott, que a partir de uma nova semântica, reposiciona a compreensão da natureza humana no campo da Psicanálise, possibilitando a ampliação da visão de homem como um ser à mercê de seus impulsos, para uma visão de homem como um ser em relação (Fulgêncio, 2011). Esta releitura da natureza humana comporta agora uma teoria sobre o desenvolvimento humano não só em termos de seus processos psicopatológicos, mas também uma teoria da saúde, permitindo uma abordagem holística do processo Psicodiagnóstico.

Cabe agora pensar as possíveis contribuições do pensamento de Donald W. Winnicott aos modelos de compreensão do processo Psicodiagnóstico Psicanalítico existentes. Para tal, o percurso adotado tentará evidenciar uma nova compreensão para a situação projetiva a partir de sua teoria sobre o ser, passando por seus trabalhos sobre conceitos como verdadeiro e falso *self* (Winnicott, 1960/1994; 1964/2005), o jogo da espátula (1941/1970), as consultas terapêuticas em psiquiatria infantil (Winnicott, 1984/1971), o jogo do rabisco, (Winnicott, 1968/1994) e a discussão de Winnicott sobre o papel do diagnóstico na abordagem clínica.

A Teoria de Winnicott como guia para o Psicodiagnóstico Psicanalítico

Para iniciar uma discussão sobre contribuições do pensamento de Winnicott para o Psicodiagnóstico, faz-se importante revisitar um dos conceitos teóricos básicos que fundamentam o trabalho com testes na prática do Psicodiagnóstico psicanalítico. Trata-se do conceito de projeção, conceito este que torna possível o acesso aos aspectos latentes da personalidade do indivíduo avaliado, fornecendo uma base teórica para a aplicação dos instrumentos de avaliação psicanalítica. No plano metapsicológico, a projeção encontra sua fundamentação na teoria das pulsões de Freud, teoria segundo a qual o aparelho psíquico é submetido a excitações internas desencadeadas por *quantus* energéticos que buscam uma homeostase, tendo como referência o modelo físico termodinâmico.

O primeiro uso clínico do conceito de projeção foi descrito por Freud em 1896 em seu artigo sobre “Observações adicionais sobre psiconeuroses de defesa”. Neste trabalho, Freud (1896/1976) dedica-se a discussão sobre os

aspectos etiológicos dos quadros neuróticos, descrevendo os processos defensivos empregados diante da angústia. Em um trecho dedicado a discussão sobre a paranoia, Freud descreve que na paranoia, o repreender-se a si mesmo é reprimido de uma maneira que se pode descrever como sendo uma projeção, suscitando um sistema de defesas o qual consiste em desconfiança em relação à outra pessoa.

Freud retoma esta concepção em 1911 na análise do caso Schreber, afirmando que, na projeção, um sentimento de origem interna é vivenciado pelo sujeito como sendo uma percepção externa (Freud, 1911/1976). A definição de projeção também é abordada por Freud em outros trabalhos, a exemplo do capítulo doze, “Determinismo, crença no acaso e superstição – alguns pontos de vista”, editado no volume “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901/1976), em que, a projeção é compreendida como um “simples desconhecimento”, e não só expulsão, de desejos e evocações não aceitos como seus e atribuídos à realidade externa. Outra importante definição sobre a projeção irá aparecer em “Totem e Tabu”, quando Freud, ao discutir a construção de imaginários humanos sobre entidades como demônios, fantasmas, deuses e anjos, afirmando que “o deslocamento para fora – base da projeção – mescla atributos positivos e negativos ao objeto externo” (Freud, 1913/1976).

Em seu dicionário de Psicanálise, Laplanche e Pontalis (2001), descrevem a projeção como uma “(...) operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos, e mesmo objetos, que ele desdenha ou recusa em si”. É importante destacar que essa descrição enfatiza o papel psicopatológico deste processo, ignorando as propriedades da projeção descritas por Freud ao longo da sua obra, ampliando o sentido de projeção para além da sua função defensiva, entendendo também que o processo projetivo comporta a atribuição de valores e qualidades aos objetos externos ao Ego. Esta perspectiva ampliada do conceito de projeção pode ser encontrada na definição apresentada por Hammer (1980/1991), em sua obra sobre desenhos projetivos, onde se lê:

(...) dinamismo psicológico mediante o qual se atribui qualidades, sentimentos, atitudes e anseios próprios aos objetos do ambiente (pessoas, outros, organismos, coisas). O conteúdo da projeção pode ou não ser reconhecido pelo sujeito como parte de si próprio (p. 38).

Hammer amplia o sentido tradicional do termo projeção, que deixa de ser apenas um mecanismo de defesa do Ego contra a angústia, e passa a compreender o ato de externalizar, e não mais expulsar, aspectos da personalidade humana, que incluem tanto seus conflitos, como também suas representações, anseios e ideais. Do ponto de vista topográfico, os aspectos

externalizados incluem conteúdos localizados na esfera inconsciente, como também aspectos mais próximos da consciência.

Cabe entender que a concepção de projeção entendida unicamente como mecanismo defensivo mostra-se problemática quando aplicada a uma prática do Psicodiagnóstico. Tendo em vista que toda prática de avaliação deve privilegiar uma posição holística sobre o homem, a adoção do conceito de projeção destacado por autores como Laplanche e Pontalis (2001) demonstra-se arriscada, pois evidencia uma compreensão de operação que visa à expulsão de elementos conflituosos da personalidade, colocando em evidência uma perspectiva objetificante que privilegia aspectos intraindividuais. Sendo assim, o olhar aqui recairia apenas para aspectos psicopatológicos, impossibilitando a visão do ser humano em sua totalidade, incluindo aspectos saudáveis e adaptativos que devem ser também destacados em uma avaliação psicológica.

Para revisitar os objetivos originais do processo Psicodiagnóstico sob uma ótica compreensiva e relacional, é necessário retomar o desenvolvimento do conceito de projeção apresentado em Freud, incorporando a este conceito outros processos existentes na situação de aplicação de técnicas projetivas. Uma possível contribuição para esta discussão pode ser realizada a partir dos conceitos de verdadeiro e falso *self* desenvolvidos por Donald W. Winnicott (1960/1994; 1964/2005), que apresenta o conceito de falso *self* como uma distorção da personalidade que consiste em enveredar, desde a infância, por uma vida psíquica ilusória e inautêntica, a fim de proteger o *self* verdadeiro, descrito pelo autor como uma forma autêntica de existência. Neste mesmo trabalho, Winnicott apresenta diferentes gradações do falso *self*, que vão desde a renúncia ao processo primário por meio da conduta polida e gentil nas relações interpessoais, até as formas extremas de dissociações esquizoides.

A gênese do falso *self* remete às relações iniciais entre mãe e bebê no estágio de dependência absoluta, período em que o bebê é totalmente dependente dos cuidados maternos. Winnicott (1960/1994) afirma que o lactente pode ter o impulso de expressar um gesto espontâneo que indica a existência de um *self* verdadeiro em potencial. Cabe observar como a mãe lida com esta onipotência infantil revelada pelo gesto espontâneo, gesto que expressa uma associação sensorio-motora que indica a capacidade de criação, sendo um protótipo das formas imaginativas. A mãe suficientemente boa acolhe o gesto espontâneo, vendo nele um sentido e permitindo ao latente a experiência de onipotência. Nestas condições, o *self* verdadeiro vai ganhando força a partir do impulso materno de reforçar o Ego frágil do bebê. Já a mãe descrita como “não suficientemente boa”, substitui o gesto do bebê pelo seu próprio gesto. A criança se torna submissa e vai dando início à construção de um falso *self*. Neste processo a mãe impossibilita a conquista da capacidade simbólica: criar gestos e criar objetos.

Safra, em “A face estética do self” (2005), traz importantes contribuições à compreensão desta situação no âmbito clínico. Para tal, discute a relevância da experiência estética na existência humana, e, como ponto inicial, retoma a dimensão etimológica do termo estética, como “aquilo o que é capaz de percepção”. Para o autor, a experiência estética é o fenômeno pelo qual o indivíduo cria uma forma imagética, sensorial, que veicula sensações subjetivas de agrado, encanto, temor ou horror. Estas imagens, quando atualizadas na presença de um outro significativo, permitem que a pessoa constitua os fundamentos ou aspectos de seu self, podendo então existir no mundo humano de forma autêntica. Em outras palavras, podemos dizer que estas formas imagéticas, que podem ser compreendidas como demonstrações do gesto espontâneo, em contato com um ambiente facilitador, poderão colocar em curso a expressão de aspectos do verdadeiro self, que segundo Winnicott (1960/1994) está sempre em busca de condições ideais para que possa emergir. O papel do analista na situação clínica seria possibilitar uma experiência estética, acolhendo as formas imagéticas criadas pelo paciente.

Realizada esta breve síntese teórica, é interessante pensar estes elementos no processo Psicodiagnóstico, em especial na situação de aplicação de técnicas projetivas. A situação projetiva comporta uma condição “vazia” que deve ser preenchida pelos aspectos da personalidade latente do sujeito avaliado, utilizando para isso de estímulos pouco estruturados (Anzieu, 1978). Estes estímulos convidam o sujeito à realização de tarefas diversificadas, como contar histórias, desenhar, associar diante de pranchas com figuras amórficas, a exemplo das tarefas propostas pelos instrumentos utilizados no Psicodiagnóstico, como o teste do desenho da casa-árvore-pessoa (H.T.P) e a Técnica de Apercepção Temática (T.A.T). Tarefas como desenhar e contar histórias, mais do que tarefas de natureza investigativa, são formas de expressões criativas e símbolos universais presentes desde os primórdios da civilização, que possibilitam a construção da cultura e expressão de modos de existir no mundo. Sendo assim, as tarefas solicitadas nos instrumentos projetivos podem ser consideradas formas imagéticas, que permitem, em certo grau, uma experiência estética que pode conter em seu íntimo o gesto espontâneo do paciente. Em uma proposição mais tradicional de Psicodiagnóstico, esta experiência é acolhida como a projeção de elementos conflituosos da personalidade, mas a partir de uma releitura a partir das proposições de Donald W. Winnicott, podemos compreender esta experiência como um campo potencial para a expressão do verdadeiro *self*.

Esta ideia amplia a leitura psicopatológica que encontramos em alguns instrumentos, abrindo precedentes para a compreensão do sujeito a partir de uma dimensão relacional, já que, a constituição das formas imagéticas depende de uma relação facilitadora que se constrói entre o par, mediada por uma técnica

que deixa de ser apenas um instrumental diagnóstico, passando a ser também um instrumental dialógico. Para entender este posicionamento dialógico no uso dos instrumentos de avaliação, será necessário repensar o *setting* utilizado no Psicodiagnóstico. O *setting* de um Psicodiagnóstico realizado nos moldes tradicionais envolve uma divisão rígida de papéis, onde profissional e paciente possuem funções pré-definidas. É função do profissional avaliar a queixa, investigando seus aspectos latentes, sendo delegado ao paciente o papel de colaborar, oferecendo informações e respondendo aos instrumentos apresentados. A depender de como o profissional lida com esse *setting*, pode-se gerar um distanciamento na relação profissional-paciente, refletindo o modelo queixa-diagnóstico-conduta adotado na prática médica tradicional, pressupondo uma hierarquia de saberes entre profissional e paciente.

Para entender melhor o que é o *setting* na prática de Winnicott, e como ele pode auxiliar na dissolução da rede hierárquica presente no Psicodiagnóstico tradicional, é necessário retomar suas proposições sobre as “Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil”, um dos trabalhos que ilustra a compreensão de Winnicott sobre os papéis do terapeuta e paciente. 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.

As 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, as consultas terapêuticas visam à construção de um *setting* especial, marcado pela afetividade e o desejo de comunicação entre terapeuta e paciente (Winnicott, 1965/1994). 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. Este fenômeno será possível, pois nas consultas terapêuticas o terapeuta é tratado como objeto subjetivo, possuindo um papel pré-estabelecido pelo paciente baseado em suas expectativas (Winnicott, 1971/1984).

Essas expectativas colocam em evidência 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 transferencial. 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 desenvolvimento, 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 psicanalítico. Porque, o psicólogo deve ter claro para si 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 que em alguns casos pode ser objetificante, tornando-se um encontro entre dois sujeitos.

Colocado desta forma, diferentemente do Psicodiagnóstico tradicional, em que o papel do profissional é concebido previamente, com base nas diretrizes estipuladas pela literatura sobre como o terapeuta deve se posicionar e apresentar o enquadre, na perspectiva de Winnicott, este papel é maleável. Há de qualquer forma um *setting* e um enquadre, elementos como tempo de sessão, local e objetivos, continuam sendo importantes diretrizes para este trabalho, porém, devem ser adaptados às necessidades de cada paciente. A ideia é que o *setting* se adapte ao paciente e não o contrário, abordagem coerente com a compreensão de Winnicott sobre a necessidade do ambiente se adaptar às demandas de cada indivíduo.

Se as consultas terapêuticas serviram como modelo para entender o que é o *setting* na clínica de Winnicott, podemos afirmar que o jogo da espátula e o jogo do rabisco proporcionam importantes informações sobre o que seria o diagnóstico, e qual o uso que podemos fazer dos instrumentos psicológicos neste processo. Durante cerca de vinte anos, Winnicott teve a oportunidade de realizar observações de bebês em um contexto particular a que chamou de

“jogo da espátula” (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. No segundo estádio 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 sentir-se 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. 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, revelando seu grau de integração pessoal.

Essas considerações permitem compreender que os três estádios de interação entre bebê-espátula simbolizam a dinâmica de cada sessão nos processos de análise, consultas terapêuticas, como também, no Psicodiagnóstico. 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. O ato de desinvestir a sessão-espátula, sinaliza que a

experiência vivenciada pode ser registrada de forma significativa, podendo agora ser integrada e utilizada de maneira satisfatória. Desta forma, o processo terapêutico adquire o objetivo de fornecer experiências significativas que visam um cuidado rumo à independência do paciente, habilitando-o a utilizar o que vivencia junto ao terapeuta, sem a presença do objeto concreto.

O desinvestimento da espátula (e conseqüentemente da sessão) sinaliza que o paciente pode internalizar a experiência vivenciada, assim como a criança pode internalizar os cuidados maternos no decorrer do seu desenvolvimento saudável, conquistando aquilo que Winnicott denominou como a “Capacidade para estar só” (Winnicott, 1958/1994). Para Ogden (2010), ao falar sobre o desenvolvimento da capacidade para estar só, Winnicott está abordando algo mais sutil: falada da capacidade da criança de assumir o comando da função materna de *holding* ambiental, de forma a criar a matriz de sua mente, um ambiente de *holding* interno. Traduzindo para a clínica, ao sustentar a experiência temporal no *setting*, o analista cria condições favoráveis para que o paciente vivencie as experiências que necessita, podendo internalizar estas experiências e adquirir, gradualmente, a “capacidade para estar só”, ou seja, manter a inscrição do cuidado em seu mundo interno e poder utiliza-lo quando necessário.

O jogo da espátula possibilita uma importante contribuição para o Psicodiagnóstico psicanalítico. Esta contribuição está direcionada para o papel do diagnóstico e a forma como o indivíduo se apropria do objeto “espátula”, que pode ser aqui substituído pelos instrumentos diagnósticos utilizados neste processo. O profissional teria como papel a observação de como o indivíduo lida com o “objeto teste psicológico”, no decorrer dos três estádios deste jogo, que vão do investimento inicial até o desinvestimento do objeto teste. Estas observações permitem compreender o processo de integração do paciente e seu modo de ser no mundo, a partir do diagnóstico de elementos saudáveis e patológicos que representam formas de existir, que vão desde estados mais integrados (neuróticos), até estados que envolvem falhas profundas no processo de integração (psicóticos).

A partir desta perspectiva diagnóstica, é possível hipotetizar que o indivíduo integrado consegue transitar pelos três estágios de forma segura, podendo desinvestir a figura do terapeuta e o objeto teste, pois possui recursos e disponibilidade para armazenar a experiência e caminhar em direção a independência. Já os pacientes que não conseguem fazê-lo, demonstram estar fixados nos estágios de hesitação e/ou fusionados à experiência. No primeiro caso, a hesitação diante da experiência pode ser conseqüência de uma falta de confiança em um ambiente que pode falhar em atender suas necessidades. Já os pacientes que se mantêm fixados na experiência, demonstram um estado de fusão, percebendo os elementos do *setting*, incluindo o terapeuta, como uma extensão de si que não pode ser desinvestida, pois poderia desencadear uma

experiência de desintegração, reproduzindo um padrão anterior de falhas e faltas ambientais.

Tendo como modelo o Jogo da Espátula, a dinâmica temporal das sessões, poderia ser observada a partir de uma perspectiva transversal, na qual o olhar recai sobre a capacidade do paciente em vivenciar os três estágios no decorrer de cada sessão, e também a partir de uma perspectiva longitudinal, em que o clínico se ocuparia da observação do movimento que vai da hesitação ao desinvestimento na totalidade das sessões durante o processo terapêutico/diagnóstico. Esta última perspectiva, a longitudinal, possibilitaria ver o progresso do paciente ao longo do processo, sendo também uma importante diretriz para pensar o encerramento do Psicodiagnóstico, que muitas das vezes é pensado apenas a partir do número de testes a serem aplicados, e não a partir das necessidades do paciente.

Para uma compreensão mais clara sobre o papel do profissional e dos instrumentos em um processo Psicodiagnóstico, é importante destacar outro trabalho desenvolvido por Winnicott, que, mantém estreita relação com as consultas terapêuticas. Trata-se do Jogo do Rabisco (*Squiggle Game*) (Winnicott, 1968/1994), uma técnica elaborada por Winnicott com o objetivo de estabelecer contato com crianças que eram encaminhados ao seu consultório. No que diz respeito ao jogo, Winnicott (1968/1994) 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. (p.232).

Ressalta nele 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, torna-se um importante material para a compreensão das vivências do paciente e, a partir dela, seria permitido a Winnicott formular perguntas e assinalar hipóteses diagnósticas.

Pode-se afirmar que o jogo do rabisco contribuiu diretamente para a reformulação do papel atribuído aos testes psicológicos, com uma maior ênfase nas técnicas projetivas. O jogo do rabisco auxilia na ressignificação do enquadre diagnóstico, substituindo a usual postura neutra do terapeuta por uma abertura ao 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 (Winnicott, 1967/1975). 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, criando um espaço potencial para a expressão do *self*. Colocado dessa forma, é possível afirmar que o Psicodiagnóstico psicanalítico, que tem como referencial o trabalho de Winnicott, não separa a etapa diagnóstica da etapa interventiva, podendo ser considerado um diagnóstico de natureza interventiva, estando em acordo com a compreensão de Psicodiagnóstico Interventivo postulado por autores como Santiago (1995), Tardivo (2007) e Barbieri (2010).

Em paralelo ao desenvolvimento da noção de “temporalidade” na prática do Psicodiagnóstico, tendo como modelo o Jogo da Espátula, e do uso dos instrumentos a partir de uma perspectiva dialógica que privilegia o brincar, tendo como referência o Jogo do Rabisco, podemos pensar também no espaço que estas experiências ocupam dentro de um campo que vai do subjetivo até o objetivo, de dentro para fora. Para isso podemos resgatar as contribuições de Winnicott descritas em seu trabalho sobre os “Objetos e fenômenos transicionais” (1951/2000).

O objeto transicional designa um “objeto especial” (brinquedo, animal de pelúcia, cobertor) adotado pelo bebê. A ideia central é de que este objeto especial seria a primeira posse “não-eu”, que não faz parte do corpo do bebê, mas que também não é um objeto percebido como pertencente à realidade externa. O

interesse de Winnicott não se limita ao objeto em si, e sim na primeira posse, mais precisamente na experiência que envolve esta primeira posse. O foco deste autor é a área intermediária entre a subjetividade e o que é objetivamente percebido, destacando as possíveis contribuições clínicas advindas da exploração destes fenômenos. Winnicott faz uso do termo fenômenos transicionais para falar sobre a existência de uma área intermediária da experiência entre o subjetivo/interno e o objetivo/externo. Esta terceira área intermediária de realidade, a transicional, demarca a transição do estado de onipotência infantil para o início de uma relação objetal, de uma relação narcísica para a possibilidade de um espaço compartilhado que contempla uma experiência de alteridade. Winnicott ainda destaca que esta área intermediária se estende pela vida adulta, sendo neste espaço que se dão as experiências lúdicas da vida adulta, como a criação artística.

Ao abordar os fenômenos transicionais a partir da clínica projetiva, Safra (2003) afirma que o processo maturacional leva o *self* ao estabelecimento de três sentidos de realidade: subjetivo, transicional e compartilhado. Na realidade subjetiva, o mundo é vivenciado como uma continuidade de si-mesmo, tendo como protótipo a experiência ilusória vivenciada pelo bebê, que cria o objeto que necessita, e tem essa experiência sustentada pela figura materna, que permite a onipotência infantil. Já na realidade transicional, a experiência ocorre em um campo que não é totalmente subjetivo e nem objetivo, se dá em uma área intermediária que permite a transição e discriminação entre o eu e o não-eu, a partir da vivência da primeira posse (objeto transicional). Por último, a realidade compartilhada emerge da possibilidade de se criar a externalidade, por meio da destruição do objeto subjetivo. O indivíduo passa a reconhecer o mundo objetivamente, porém sem perder a experiência pessoal, ou seja, desinvestir a “espátula”. Seguindo Safra, podemos inferir que os pacientes que vivenciam a situação do psicodiagnóstico como subjetiva, tendem a utilizar os procedimentos de avaliação como parte de si, no anseio de que, por meio destes instrumentos, suas angústias possam ser reconhecidas. Desta forma o teste é uma extensão de si, que possibilita a comunicação subjetiva das angústias ao profissional. Já os pacientes que experienciam esta situação na realidade transicional, tendem a utilizar os procedimentos diagnósticos como forma de alcançar a experiência relacional que necessitam. O paciente utiliza o teste de modo criativo, como um jogo, criando um espaço potencial para o brincar, em que, a angústia alcança o registro simbólico que permite ao paciente a sensação de continuidade de ser. Neste espaço, o teste não é subjetivo nem objetivo, ele adquire o mesmo estatuto do objeto transicional. Já o paciente que alcança a realidade compartilhada, utiliza o instrumento como forma objetiva para o diálogo de suas questões fundamentais, instaurando uma interlocução com o terapeuta, a partir de uma experiência de

alteridade, onde o teste facilita o encontro com um outro que é reconhecido como tal, e não mais como objeto subjetivo. O paciente integrado pode transitar por estes três sentidos de realidade durante a sessão, ou conjunto de sessões, sem prejuízo para o seu *self* e sua experiência de continuidade de ser.

Desta forma, o processo diagnóstico proporcionado pela situação de um Psicodiagnóstico psicanalítico, deixa de ser apenas a correção do protocolo produzido pelo indivíduo, a partir da consulta a manuais que indicam possíveis indicadores psicopatológicos presentes na produção. Passa a contemplar também os aspectos que emergem da experiência entre o par, possibilitando um diagnóstico relacional, que deixa de focar exclusivamente aspectos sintomáticos descritivos ou conflitos intrapsíquicos, para abordar o diagnóstico como uma forma de compreender em qual momento do processo de integração encontra-se o paciente dentro de uma experiência temporal (estágios de manuseio do instrumento) e espacial (sentidos de realidade). Esta visão também expande a perspectiva diagnóstica para o ambiente, já que, o processo de integração e o tipo de relação são conquistas do indivíduo em seu processo de desenvolvimento emocional na sua inter-relação com o ambiente. Diagnosticar falhas individuais implica também diagnosticar falhas ambientais e, supõe seu correlato, explorar possibilidades de superação e interação.

A prática diagnóstica proposta por Winnicott (1955/2000) envolve identificar o estágio do desenvolvimento emocional em que se encontrava o paciente no momento em que a falha ambiental ocorreu. A partir do tipo de falha e o momento em que ela ocorre, podemos identificar três categorias diagnósticas: os pacientes neuróticos, que funcionam como pessoas inteiras e suas dificuldades se situam no âmbito das relações interpessoais; o grupo de pacientes que começaram a se integrar, mas que ainda não conquistaram plenamente a estabilidade no seu sentido de unidade (podemos situar aqui os pacientes *borderlines*); e por último, os casos onde as falhas ocorreram em um momento muito precoce do desenvolvimento, impossibilitando o estabelecimento de um sentido de unidade, comprometendo a integração no tempo e espaço e a integração entre psique e soma (as psicoses).

Sendo assim, é possível concluir que o diagnóstico em Winnicott fala de uma compreensão da experiência situado no tempo e espaço. O tempo, fala do momento da experiência temporal (hesitação, interesse/vivência de uma experiência e desinvestimento), na relação com o terapeuta e o "objeto teste", já o espaço, diz respeito à compreensão do lugar ocupado por esta experiência (subjetivo, transicional ou compartilhado). O diagnóstico no tempo e espaço indicam a capacidade do paciente de se relacionar com pessoas de forma total ou como objetos parciais, o que revela dados importantes sobre seu processo de integração pessoal. Estas experiências devem ser observadas no âmbito da relação e da capacidade de brincar revelada pelo paciente.

O caso Marta¹

O objetivo deste tópico é contextualizar as informações apresentadas no item anterior, a partir da apresentação de um caso clínico atendido por um dos autores deste trabalho. O caso será apresentado de forma resumida², seguindo a sequência temporal em que os fatos ocorreram, intercalados de uma discussão teórica a partir da teoria de Winnicott. O processo Psicodiagnóstico foi realizado em nove sessões em um centro de convivência para idosos.

A paciente Marta é uma mulher de 63 anos de idade. Tem estatura média, pele morena e cabelos tingidos de negro com raízes brancas, que demonstravam não ser retocados há algum tempo. Apesar da aparência frágil, seu tom de voz é alto e forte, acompanhado de uma fala rápida que condiz com seu pensamento acelerado. Marta é aposentada por invalidez, mas ainda se mantém ativa, participando de diversos trabalhos grupais no Centro de Convivência para idosos, realizando também um curso noturno de maquiagem em uma instituição que fornece cursos técnicos. Possui dois filhos homens, Marcos de 30 anos e Alexandre de 24 anos. Mora atualmente com o filho mais velho, Marcos, enquanto Alexandre mora com sua esposa grávida e o filho de três anos.

Marta é apresentada pelos profissionais de saúde da instituição (psicólogos e assistentes sociais). Nesta mesma ocasião, em uma breve conversa, Marta conta sobre sua complexa relação com o filho mais novo, Alexandre, que vem fazendo uso de maconha. Esse assunto é abordado na própria recepção da instituição, demonstrando a urgência de alguém que está muito angustiada. Ao final dessa breve conversa, é proposto a Marta um encontro na semana seguinte para iniciar o processo de avaliação.

Ao entrar na sala para a primeira entrevista, Marta demonstra desconforto. Sua postura é contrastante àquela apresentada no encontro realizado na recepção. Ela fala pouco, aparenta estar desconfiada e sem entender muito bem o que está fazendo naquele lugar. Após a apresentação do profissional, Marta afirma que não tinha muito o que dizer naquele dia. A necessidade de um espaço para falar de suas angústias era evidente quando entrou em contato com a instituição solicitando acompanhamento, mas parece que agora sentia um bloqueio. A proposta do profissional era fazer perguntas diretivas para entender o histórico de Marta, porém, ao perceber a relutância da paciente, o terapeuta abandona a ideia e se propõe a compreender a dificuldade da paciente em se comunicar naquele encontro.

¹ Neste item, serão utilizados nomes fictícios, visando manter sob sigilo a identidade da paciente e seus familiares.

² As sessões foram resumidas, priorizando trechos e acontecimentos que ilustrem os conceitos abordados no item anterior. Visando uma apresentação mais dinâmica, adotou-se aqui um estilo de escrita clínico, inserindo trechos que ilustrem as falas do terapeuta e da paciente. 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.

A paciente mantém-se tensa, mas na medida em que percebe que o profissional não tentará extrair informações de forma invasiva, parece sentir-se mais confortável. Começa a falar um pouco sobre seu estado de saúde e uma crise provocada pelo aumento da sua glicemia, que ocorrera no início da manhã. Marta é diabética e realiza acompanhamento médico na Unidade Básica de Saúde da região em que mora. Enquanto fala sobre seu estado de saúde, relaciona a crise a atritos na relação com seu filho mais novo, Alexandre. Deste momento em diante, começa a abordar uma série de dificuldades que vem enfrentando, mudando sua postura, que deixa de ser tão reservada e passa a ser mais espontânea. Aborda a dificuldade no relacionamento com o filho e sua preocupação com o consumo de maconha feito por ele. Para o melhor entendimento sobre o que ocorre com o filho, Marta conta a história da sua relação com o marido, tentando estabelecer algum tipo de relação entre os fatos.

De acordo com Marta, o marido foi um homem criado por uma família tradicional da cidade de São Paulo, diagnosticado com esquizofrenia. A família sempre omitiu a existência da doença, embora ele fizesse acompanhamento com profissionais desde a infância. Relata que um dia, ele colocou fogo no próprio corpo e se jogou pela janela. Alexandre tinha três anos neste período. Afirma que tinha uma boa relação com o marido, mas que só não poderia ser descrita como perfeita porque Marta trabalhava muito. Foi funcionária no ateliê de costura de sua sogra, trabalhando como maquiadora. Ao falar sobre o trabalho, relata que foi somente após provar sua eficiência profissional que a família do marido conseguiu aceitá-la. Nesse momento, comove-se e começa a chorar. O terapeuta comenta sobre como deve ser difícil falar sobre assuntos tão delicados. Marta concorda e continua seu relato:

“Eles não gostavam de mim. Acredito que era porque sou negra e o filho era loiro dos olhos azuis. E também por ser pobre e eles de uma família tradicional. Mas quando comecei a trabalhar isso mudou, eles me aceitaram melhor. Só que quando ele morreu, as coisas mudaram de novo. Eles me culpavam pela morte dele, como se eu tivesse que ter notado que ele não estava bem. Como se tivesse que evitar.”

As intervenções realizadas pelo terapeuta são pontuais. Faz poucas perguntas, limitando-se a estimular sua fala a partir de gestos e expressões não verbais que demonstram preocupação e cuidado, não só em relação ao conteúdo de sua fala, mas também ao estado emocional despertado por ela.

Fala sobre seus filhos e as diferenças de comportamento e personalidade. Seu filho mais velho é descrito como um homem trabalhador e estudioso, enquanto Alexandre como alguém que não consegue se manter por muito tempo em nenhum trabalho, e que também não conseguiu terminar sua formação

universitária. Ao se dar conta da comparação, tenta reparar trazendo eventos que justifiquem os comportamentos do filho mais novo. Fala da morte do pai, da morte recente do avô, ao qual Alexandre era muito ligado, e também da aproximação com a atual esposa, com a qual teve um filho depois de três meses de relacionamento. Ao falar da esposa de Alexandre, Marta esboça certo desconforto. Afirma que ela é uma boa pessoa, mas que está sempre acompanhada de pessoas de caráter duvidoso, e que isso poderia ter influenciado o início do consumo de maconha por parte do filho mais novo.

A fala sobre o filho é sempre carregada de muita ambivalência. Ao mesmo tempo que parece criticá-lo, tenta também justificar suas ações e comportamentos. Ainda na primeira entrevista, conta que no passado, teve dois Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE). Sua recuperação foi lenta devido às sequelas do segundo AVE, porém recuperou-se completamente, não apresentando nenhuma sequela grave desses dois episódios. Afirma que Alexandre a ajudou muito durante esse período e, contra as suas expectativas, se saiu muito bem como cuidador.

Nesta primeira sessão, Marta trouxe um panorama geral com assuntos que foram retomados nas sessões posteriores. Desde o primeiro encontro, já demonstra um tema que será central durante o processo: o sentimento de culpa. É possível observar na dinâmica da sessão que tem dificuldades em confiar neste ambiente. Tem medo do julgamento em relação a seus comportamentos atuais para com o filho, e também o receio de ser culpabilizada pela morte do marido, como se fosse sua responsabilidade ter que evitar o incidente que levou a sua morte.

A hesitação inicial na sessão, demonstrada por uma postura rígida, cautelosa, como se tivesse que apalpar de forma cuidadosa o espaço que adentra, revela o medo de encontrar na figura do terapeuta um juiz que atue da mesma forma que a família de seu marido. Porém, em seu íntimo, demonstra uma grande esperança em obter ajuda neste espaço e poder ter uma relação onde seja verdadeiramente compreendida. Ao perceber indícios disso, o terapeuta muda o ritmo da sessão e abandona a postura clássica de entrevistador, que tende a ser adotado nas primeiras entrevistas de um Psicodiagnóstico. Naquele momento, perguntas em excesso seriam invasivas para Marta, sendo mais importante posicionar-se de forma compreensiva como alguém que não estaria ali para julgar suas ações, e que compreende as dificuldades enfrentadas por ela nestes últimos anos. É neste momento que podemos destacar a importância de adaptar o *setting* à necessidade do paciente, que pode variar em cada sessão, impossibilitando enquadres rígidos. Posição semelhante será adotada nas entrevistas subsequentes, permitindo a passagem gradual de uma hesitação inicial, semelhante à apresentada pelos bebês no jogo da espátula de Winnicott, para a possibilidade de se vivenciar uma experiência com a figura do terapeuta.

Na segunda sessão, Marta se apresenta mais disposta, relatando inclusive que teve a oportunidade de refletir sobre o que os assuntos abordados na sessão anterior. A partir de poucas intervenções do terapeuta, que apenas incentiva suas associações, Marta diz que “as coisas estão se clareando”:

“Às vezes acho que minha cabeça é igual esse chão (aponta para o piso da sala que é composto por peças de quebra cabeça coloridas). Em alguns momentos fica tudo esparramado e não consigo ver nada, mas às vezes tudo vai se juntando.”

Ao relatar que passou um tempo refletindo sobre o encontro, Marta aborda o conteúdo de uma forma semelhante àquela apresentada pelos pacientes de Winnicott antes das consultas terapêuticas. Trata-se de uma tentativa de elaboração do encontro, percebendo o profissional como um objeto subjetivo, uma extensão do seu mundo interno, chegando a afirmar que teve “conversas mentais” com o terapeuta durante a semana. Ao final, chega à seguinte conclusão:

“Acho que eu que sou muito ansiosa. Como te disse na semana passada eu protegi muito ele (Alexandre). Ele perdeu o pai muito cedo, depois o avô, com quem ele era muito ligado, e depois eu tive o AVC.”

Diante desta fala, o profissional percebe um movimento para o *insight* apresentado por Marta, revelando uma condição psíquica madura e bem integrada e realiza então uma das poucas interpretações presentes em todo o atendimento:

Terapeuta: “Entendo a sua atitude de se colocar no lugar do Alexandre acho que isso demonstra a sua necessidade de compreender o que vem acontecendo com ele sem julga-lo. Mas acho que existem duas coisas que ficam um pouco misturadas, aquilo que é do Alexandre...”

Marta completa a frase dizendo: *“E aquilo que é meu né?”*

A fala é seguida de um tom de humor, revelando que a paciente está cada vez mais à vontade e disposta a um encontro, aceitando bem as intervenções do profissional. Nesta mesma sessão, Marta e o terapeuta iniciam a aplicação do Teste de Apercepção Temática para Idosos (SAT).¹ O terapeuta lhe explica a tarefa do teste e o motivo para sua utilização. Afirma que a proposta seria tentar

¹ 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 temas relacionados ao envelhecimento, caracterizando-se como um teste projetivo temático que possibilita a investigação de questões e problemáticas específicas desta etapa da vida (Bellak & Abrams, 2012). A versão brasileira do SAT foi adaptada por Adele de Miguel, Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva e Silésia Maria Veneroso Delphino Tosi. No Psicodiagnóstico de Marta, foram utilizadas todas as 17 pranchas, distribuídas durante as sete sessões a partir do segundo encontro.

compreender um pouco mais sobre o que vem acontecendo com ela, e que a atividade poderia ser interrompida quando ela julgasse necessário e/ou se sentisse desconfortável.

Nas primeiras pranchas, Marta traz relatos curtos e descritivos. A inserção do instrumento parece causar certa relutância, gerando uma resistência, como se houvesse uma regressão à mesma postura apresentada no início da primeira sessão. Verifica-se novamente a hesitação diante do “objeto teste psicológico”, acompanhada de uma latência alta entre a apresentação da prancha e o início da verbalização. Apesar disso, logo nas primeiras pranchas, Marta associa as figuras presentes nos estímulos com pessoas conhecidas ou com períodos específicos da sua vida. Não conta histórias, conforme é solicitado nas instruções do teste, mas se utiliza do instrumento como forma de expressar suas vivências, como um objeto subjetivo, uma extensão de si para colocar em trânsito suas vivências pessoais e estados emocionais, tão difíceis de serem comunicados de outra forma.

No decorrer da aplicação das demais pranchas, Marta vai demonstrando um maior interesse pela atividade. Faz relatos sérios e com profundidade, mas ao mesmo tempo, traça comentários com humor, demonstrando que está à vontade. Na prancha 3, que traz como tema as relações familiares, afirma que a figura a faz lembrar da sua infância e da relação com os pais. Relembra uma infância descrita como “maravilhosa”, com pais atenciosos, cuidadosos e apaixonados. Afirma que a prancha, além de tudo, representa um “sonho”, uma situação ideal. E diz:

“Eu no futuro com meu marido e filhos. Isso me deixa triste, meus filhos cresceram sem pai. Poderia ter sido como nessa foto, mas meu marido foi covarde. Ele fugiu disso...”

Comove-se então, afirmando que esta situação é o oposto daquela existente em sua família. Permite-se expressar pela primeira vez o sentimento de raiva em relação ao marido e sua atitude, revelando agora a sensação de abandono e a quebra dos seus ideais. Neste momento, o terapeuta interrompe a aplicação para conversar sobre o conteúdo despertado, postura diferente da posição neutra comumente adotada por profissionais durante a aplicação de testes, revelando novamente a necessidade de se adaptar às demandas da paciente. Este tipo de postura foi retomada em diversos momentos do processo Psicodiagnóstico, possibilitando uma relação dialógica no uso do instrumento. O teste passa a ser cada vez mais um objeto facilitador para a expressão instrumento de avaliação. Ao término da segunda sessão, o profissional sinaliza que a atividade será retomada nos próximos encontros.

A transição na relação com o teste como objeto subjetivo para um sentido de realidade transicional irá ocorrer nas sessões seguintes. Nestes encontros, Marta pergunta espontaneamente sobre a atividade e sobre a possibilidade de retomá-la, demonstrando interesse no que está sendo produzido. Suas verbalizações diante das pranchas continuam a ter caráter pessoal, remetendo a vivências passadas, situações presentes e também ideais e coisas que busca para o seu futuro. Porém, a atitude diante da prancha não é mais tão introspectiva, passa a se assemelhar cada vez mais a uma brincadeira, com tom humorado, mas também reflexivo.

Diante da prancha 10, que mostra uma pessoa mais velha, com a saúde comprometida, remetendo a temas relacionados à dependência física, Marta diz, em um tom que mescla humor e revolta:

“Incrível a dinâmica deste trabalho. É exatamente isso que não quero para mim! Já passei por isso, e sabe quantas pessoas me visitaram? Nenhuma! Tô revoltada com essa foto. Não quero isso! Isso explica tudo que falei da outra foto. Não quero chegar aqui (aponta para a prancha). Esse velho com esse roupão, solitário. Quero um monte de amigos aqui. Solidão é horrível. Solidão a dois então é pior ainda!”

Na prancha anterior, de número nove, fala sobre um relacionamento atual com um homem que conheceu na instituição. Demonstra certo descontentamento com a relação, mas parece gostar da sua companhia. O tema aparece em pelo menos duas pranchas, possibilitando a abordagem sobre suas relações amorosas. Na prancha seguinte, diante de uma figura de uma mulher apreensiva aguardando uma possível ligação telefônica, Marta diz:

“Isso aqui parece coisa de vidente hein? Essas figuras! Essa aqui sou eu pensando em tudo isso que te disse! (Aponta para a prancha). É bem isso, impressionante. Não tão bonita né (Ri), mas sou eu sim. 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 você” (Começa a rir).

A relação com o instrumento e também com o terapeuta parece se modificar gradualmente, adquirindo intensidade e revelando sua capacidade em brincar na sessão, indicando saúde apesar de todas as experiências negativas vivenciadas. Na transferência estabelecida não fala só sobre a reedição do passado, mas sobre a esperança diante de um possível futuro onde pode encontrar relações mais estáveis e harmoniosas, assim como aquela que vivencia junto à figura do terapeuta e diz:

“Olha, já passei por dois psicólogos depois da morte do meu marido. Mas não sei, não me dava bem. Não gostava. Um deles era super reconhecido aqui em São Paulo. Mas eu ficava pensando “Ai gente, que coisa esquisita ficar aqui com esse papo de aranha”. Não gostava da cara dele! Ficava incomodada com as perguntas que fazia. Mas aqui não. Gostei dessa atividade. Foi muito interessante. Essa coisa de ter as figuras, eu olhava para elas e vinha tudo que tava sentindo. Fica até mais fácil pra eu entender.”

O processo Psicodiagnóstico pode evidenciar a importância da perda do marido em seu histórico atual e sua relação com a queixa que trás desde a primeira sessão, a relação com Alexandre. Demonstra uma constante ambiguidade diante da perda do marido, por vezes acusando-o pela covardia e abandono, e em outros momentos culpando-se por não ter feito algo que pudesse evitar esta situação. Após, relata que o filho foi “superprotegido” e “mimado” por ela e pelos avós paternos, como tentativa de suprir a falta paterna e preservá-lo da fatalidade que envolveu a morte do pai.

No decorrer dos encontros e aplicação dos testes, Marta vai obtendo *insights* sobre a influência que esta perda exerceu tanto em sua vida como na de seu filho. A relação de seu filho com a maconha passa a ser um assunto secundário, e fala abertamente sobre as dificuldades em lidar com este luto, ainda não elaborado. Ao final do processo, relata uma aproximação com o filho resultante da nova postura adotada nesta relação. Deixa de superprotegê-lo constantemente e passa a manter certa distância, porém, demonstrando ainda interesse e cuidado. Começa a se ocupar cada vez mais de sua própria vida pessoal, que foi sendo deixada de lado em decorrência da constante preocupação com Alexandre. Ela encerra seu curso técnico de maquiagem, passa a destinar mais tempo à relação com seu namorado, e também retoma a relação com o filho mais velho, que era constantemente deixado de lado para estar próxima do filho mais novo. Durante este período, Alexandre consegue um novo emprego e tenta reduzir o uso da maconha, podendo agora lidar de forma mais madura com as questões da vida adulta.

Nas sessões finais, Marta relata uma visita feita por ela e os filhos ao túmulo do marido:

“Em função do dia de finados meu filho mais velho e o Alexandre me pediram pra irmos ao cemitério visitar o pai. Foi ideia deles, achei interessante. Fomos e foi muito bom. Quando chegamos em casa, o Alexandre e minha nora dormiram lá. Eles nunca quiseram dormir na minha casa antes. No domingo eles começaram a brigar. Eu o levei pro meu

quarto e sentei ele na cama. Comecei a dizer que eles não deveriam ficar discutindo assim, ela está alterada por causa da gravidez, ele estava nervoso por ter indo ao cemitério e ver o tumulto do pai. Era melhor conversarem com calma depois. E pela primeira vez senti ele me ouvindo com calma. No final ele me abraçou, chorou. Acho que estamos nos dando bem melhor.

Esta visita ao cemitério foi significada por Marta como um “acerto de contas” com seu passado, em que a culpa deixa de ser tão pesada quanto era antes. O reflexo direto se dá na própria relação com o filho, em que, em uma situação de atrito, ela consegue ocupar a posição materna, colocando limites, porém sendo acolhedora, postura essa que antes parecia impossível de ser adotada por Marta, que sentia uma constante necessidade de reparar os atos do seu filho.

Nas sessões, é possível perceber a transição gradual de uma postura subjetiva diante do teste e do terapeuta para algo compartilhado. Marta brinca com o teste, mas reconhece a importância dos encontros para sua comunicação emocional. Avança de uma posição de hesitação, apresentada nos primeiros encontros, para a possibilidade de vivenciar uma experiência compartilhada com o terapeuta. Ao final do processo, assumindo a mesma posição das crianças de Winnicott diante da espátula, Marta avança para um desinvestimento das sessões, após ter vivenciado as experiências que necessitava. Não demonstra dificuldades no desligamento, apesar da intensa carga afetiva apresentada nestes poucos encontros. Ao final, reafirma a importância das sessões e os benefícios que obteve a partir delas, mas assinala que agora precisa “caminhar com suas próprias pernas”, concretizando o desinvestimento das sessões e fechando o ciclo deste processo.

Do ponto de vista diagnóstico, foi possível perceber aspectos latentes da personalidade de Marta e a influência que estes exerciam em suas relações atuais, em especial na relação com o filho. A abordagem relacional possibilitou constatar uma organização neurótica de personalidade muito integrada, que diante de um ambiente acolhedor, pode mobilizar seus recursos próprios para dar conta de situações que vinha vivenciando. A integração da personalidade também foi evidenciada pela experiência temporal e espacial, que transitam da hesitação para o desinvestimento, e da experiência subjetiva para a compartilhada.

Considerações Finais

O presente artigo teve como intuito apresentar as possíveis contribuições da obra de Donald W. Winnicott para o Psicodiagnóstico Psicanalítico. A partir da discussão teórica foi possível abordar a importância da relação entre profissional e paciente na formulação diagnóstica do caso, aproximando o

processo Psicodiagnóstico das discussões contemporâneas sobre intersubjetividade na clínica psicanalítica.

O diagnóstico relacional, tendo como referência a teoria de Winnicott, deve priorizar um uso dialógico dos instrumentos de avaliação, aproximando-se de uma experiência lúdica em que o paciente pode se expressar a partir dos instrumentos. A experiência resultante revelará o grau de integração e desenvolvimento emocional, a partir do tipo de experiência temporal apresentada, que vai da hesitação, vivência de uma experiência e desinvestimento, como também o espaço ocupado pela experiência, subjetivo, transicional ou compartilhado. Foi possível observar, a partir de um caso clínico, que o paciente neurótico, ou seja, aquele que funciona como pessoa inteira e suas dificuldades situam-se no âmbito das relações interpessoais, consegue transitar de forma saudável e criativa por entre os três tipos de experiências no tempo e espaço.

Pode-se perceber a dificuldade em separar a tarefa diagnóstica da tarefa interventiva quando tratamos de um Psicodiagnóstico com o formato descrito neste artigo. Porém, cabe entender que a proposta apresentada compreende que o diagnóstico e a intervenção são partes de um mesmo processo, não podendo ser divididas e separadas de forma tão clara. Este modelo segue a própria experiência de Winnicott em suas Consultas Terapêuticas, que compreendia que diagnóstico e intervenção ocorrem de forma concomitante. A ideia de Psicodiagnóstico interventivo também se mostra mais adequada à realidade apresentada na clínica social e no trabalho do psicanalista em instituições de saúde. Estes campos de trabalho demandam atendimentos focais, inviabilizando modelos que se estendem por um período de tempo muito longo, como aquele estimado em um Psicodiagnóstico tradicional, que pressupõe a necessidade de uma avaliação inicial, para somente em um segundo momento contemplar uma intervenção.

Ainda que este artigo ressalte críticas e paradoxos na teoria e prática do Psicodiagnóstico tradicional, os autores acreditam que pode ser estabelecido algum tipo de articulação entre a discussão apresentada e o modelo de Psicodiagnóstico clássico. É possível pensar que, no momento em que o terapeuta está com seu paciente, deve predominar a dimensão relacional, observando os aspectos apresentados nesta discussão. Porém, nada impede que em um segundo momento, finalizado o contato com o paciente, o profissional possa observar o material produzido a partir das diretrizes descritas nos manuais e protocolos de avaliação, articulando-as com os dados advindos da relação profissional-paciente.

Como indicação para próximos estudos, cabe agora discutir as particularidades deste processo quando utilizado junto a pacientes de maior gravidade, como os casos limites ou pacientes com organização psicótica da personalidade. Faz-se importante entender que tipo de relação estes pacientes

tendem a estabelecer em um *setting* como esse, vislumbrando possíveis alcances e limitações deste tipo de trabalho.

Referências

- Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus. (Trabalho original publicado em 1961).
- Ancona-Lopez, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: W. Trinca (org.). *Diagnóstico Psicológico* (p. 1-13), São Paulo: EPU.
- Barbieri, V. (2010). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, v. 60(131), p. 209-222.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (2012). *SAT: técnica de apercepção para idosos: livro de instruções*. (M. C. V. M. Silva, trad.). São Paulo: Vetor.
- Bleger, J. (1993). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: J. Bleger (org.) *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (p. 9-41), São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).
- Cunha, J. A. (2007). Fundamentos do psicodiagnóstico. In: J. A. Cunha (org.). *Psicodiagnóstico-V* (5ª ed.) (p. 23-31), Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1976). Observações adicionais sobre as psiconeuroses de defesa. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p. 159-183), (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896).
- Freud, S. (1976). A psicopatologia da vida cotidiana. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p. 13-311), (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901).
- Freud, S. (1976). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (p. 23-104), (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1976). Totem e tabu. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (p. 20-123), (J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Fulgêncio, L. (2011). A ética do cuidado psicanalítico para D. W. Winnicott. *A Peste: Revista de Psicanálise, Sociedade e Filosofia*, v. 2(2), p. 39-62.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. (E. Nick, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1980).
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. (P. Tamen, trad, 4a ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Loli, M. S. A., Abrao, J. L. F. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2016). O uso da imaginação no psicodiagnóstico e na psicoterapia com adolescentes. *Boletim de Psicologia*, v. 66(144), p. 79-97.

- Ocampo, M. L. S. & Arzeno, M. E. G. (1995). O processo psicodiagnóstico. In: M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno & E. G. Piccolo (orgs.). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (p. 11-19), São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1974).
- Ogden, T. H. (2010). Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: T. H. Ogden, *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos* (p. 121-137), (D. Bueno, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Safra, G. (1999). A clínica em Winnicott. *Natureza Humana*, 1(1), 91-102.
- Safra, G. (2003). Uma contribuição da clínica do *self* ao estudo dos testes projetivos. In: T. A. Vaisberg & F. F. Ambrósio (orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. p. 44-48.
- Safra, G. (2005). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Salles, R. J. (2014). *O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico com idosos deprimidos na clínica social. Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Santiago, M. D. E. (1995). Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise?. In: M. Ancona Lopez (org.). *Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção* (p. 9-25), São Paulo: Cortez.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2000). Psicoterapia de base analítica e psicodiagnóstico: formas de atuação antagônicas ou complementares?. *Psic – Revista da Vetor Editora*, v. 1(2), p. 28-31.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2007). Psicodiagnóstico interventivo: uma proposta de ensino em atendimento clínico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v. 15(2), p. 128-134.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Gil, C. A. (2008). *APOIAR: novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Sarvier.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). O procedimento de desenhos-estórias na expressão e na compreensão de vivências emocionais. In: W. Trinca (org.). *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estórias e procedimento de desenhos de família com estórias* (p. 145-168), São Paulo: Vetor.
- Tardivo, L. C. T., Salles, R. J. & Gabriel Filho, L. (2013). Uma proposta de formação do psicólogo em saúde mental: ensino, pesquisa e intervenção. *Educação, Sociedade & Culturas*, v. 39(núm. especial), p. 79-89
- Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico do tipo compreensivo. In: W. Trinca (org.). *Diagnóstico Psicológico* (p. 14-24), São Paulo: EPU.
- Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimentos de desenhos estórias: procedimentos de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor.

- Trinca, W. (2013). *Formas compreensivas de investigação psicológica: procedimento de desenhos-estória e procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor.
- Winnicott, D. W. (1970). A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: D. Winnicott, *Da Pediatria a Psicanálise* (p. 139-164), Rio de Janeiro: F. Alves. (Trabalho original publicado em 1941).
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar: uma exposição teórica. In: D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (p. 79-93), (J. O. A. Abreu & V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. (D. L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988).
- Winnicott, D. W. (1994). A capacidade para estar só. In: D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 31-37), (I. C. S. Ortiz, trad.). (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1994). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: D. Winnicott (1994/1965b), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 128-139), (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1994). O jogo do rabisco (Squiggle Game). In: C. Winnicott; R. Shepherd. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 230-243), (J. O. A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winnicott, D. W. (1994). O valor da consulta terapêutica. In: C. Winnicott; R. Shepherd. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (p. 244-248), (J. O. A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas* (389-408), Rio de Janeiro: Imago. p. (Trabalho original publicado em 1951).
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: D. Winnicott, *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas* (p. 374-392), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955).
- Winnicott, D. W. (2005). O conceito de falso self. In: D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (p. 53-68), (P. Sandler, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964).

Recebido: 05/07/2017 / Corrigido: 12/09/2017 / Aceito: 09/11/2017.