



M478d McWilliams, Nancy.
Diagnóstico psicanalítico : entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico / Nancy McWilliams ; tradução: Gabriela Wondracek Linck ; revisão técnica: Inúbia Duarte. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014.
447 p. ; 25 cm.

ISBN 978-85-65852-93-7

1. Psicanálise. I. Título.

CDU 159.964.2

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

Nancy McWilliams

DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO

ENTENDENDO A ESTRUTURA DA
PERSONALIDADE NO PROCESSO CLÍNICO

2ª EDIÇÃO

Tradução:
Gabriela Wondracek Linck

Revisão técnica:
Inúbia Duarte
Psicóloga.

Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
Psicanalista Member of the International Psychoanalytical Association.
Fundadora, docente e supervisora no Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP).
Sócia jubilada e ex-presidente da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul.
Coordenadora do Mestrado em Psicologia da PUCRS (1978).
Professora titular do Curso de Psicologia e coordenadora da Pós-graduação em Psicologia da PUCRS (1991).
Fundadora e coordenadora do Núcleo de Estudos em Psicoterapia (NEP; 1982-1987).

BIBLIOTECA
DO IEPP



2014

grama pode incorporar muitas de suas descobertas. No entanto, algumas conceitualizações que emergem de estudos empíricos contemporâneos representam ângulos de visão significativamente diferentes. Meu objetivo não é estabelecer uma disputa com outras organizações de conceitos de desenvolvimento, estrutura ou temperamento, mas oferecer uma imagem sintética e simplificada para os que estão começando a se aventurar nesse confuso campo.

1

Por que diagnóstico?

Para muitas pessoas, incluindo alguns terapeutas, "diagnóstico" é um palavrão. Todos presenciamos o mau uso das formulações psicodiagnósticas: uma pessoa complexa é supersimplificada de maneira leviana pelo entrevistador que está ansioso em razão de incerteza; uma pessoa angustiada é tratada de forma linguisticamente distante pelo terapeuta que não consegue lidar com o sentimento de dor; uma pessoa problemática é punida com um rótulo que dá ideia de patologia. Racismo, sexismo, heterossexismo, classismo e numerosos outros preconceitos podem ser (e com frequência têm sido) fortalecidos pela nosologia. É comum nos Estados Unidos, onde as companhias de seguro distribuem números determinados de sessões para categorias de diagnóstico específicas, muitas vezes desafiando a própria opinião do terapeuta, o processo de avaliação ser alvo especial de corrupção.

Uma das objeções ao diagnóstico deve-se à visão de que os termos diagnósticos são inevitavelmente pejorativos. Paul Wachtel (comunicação oral, 14 de março de 2009), por exemplo, fez recente referência ao diagnóstico como "insultos de *pedigree* fantasioso". Jane Hall escreve que "etiquetas são para roupas, não para pessoas" (1998, p.46). Terapeutas experientes costumam tecer tais comentários, mas suspeito que, em seu próprio aprendizado, tenha sido útil lidar com uma linguagem que generalizou as diferenças individuais e com suas implicações para o tratamento. Uma vez que se aprendeu a observar os padrões clínicos que foram estudados por décadas, se pode jogar o livro pela janela e saborear a unicidade individual. Termos diagnósticos podem ser usados de forma objetiva ou insultante. No entanto, se eu obtiver sucesso ao transmitir as diferenças individuais com respeito, os leitores não irão recorrer aos termos diagnósticos a fim de se sentirem supe-

riores a outras pessoas. Em vez disso, contarão com uma linguagem rudimentar útil à imaginação de diferentes possibilidades subjetivas. Um aspecto significativo, tanto do crescimento pessoal quanto do profissional.

O abuso da linguagem diagnóstica pode ser demonstrado com facilidade, o que não quer dizer que isso seja um argumento para que seja descartada. Todos os tipos de males podem surgir em nome de ideais valiosos – amor, patriotismo, cristianismo, etc. – não por culpa de sua perspectiva original, mas justamente porque esta foi pervertida. A pergunta que deve ser feita é: A aplicação cuidadosa e não abusiva dos conceitos psicodiagnósticos aumenta as chances de o cliente obter ajuda?

Existem ao menos cinco vantagens relacionadas ao empreendimento do diagnóstico quando realizado de forma sensível e após treinamento adequado: (1) sua utilidade para o planejamento da terapia, (2) suas implicações em relação ao prognóstico, (3) sua contribuição à proteção dos consumidores de serviços de saúde mental, (4) seu valor em capacitar o terapeuta na transmissão de empatia, (5) seu papel na redução da probabilidade de pessoas facilmente perturbáveis fugirem ao tratamento. Além disso, existem outros benefícios decorrentes do processo diagnóstico que facilitam a terapia de maneira indireta.

No processo diagnóstico, exceto em casos de crise, as sessões iniciais com um cliente devem ser usadas para coleta extensiva de informações objetivas e subjetivas. Costumo (ver McWilliams, 1999) dedicar a primeira sessão com um paciente aos detalhes do problema atual e suas causas. No final dessa sessão, procuro verificar em que nível está o conforto da pessoa em relação a continuarmos o tratamento juntos. Então, explico que posso compreender o problema de forma mais abrangente se ele for localizado em um contexto mais amplo, e peço permissão para, na próxima consulta, fazer uma série de perguntas, assim como anotações confidenciais. Além disso, sempre digo ao cliente que se sinta livre para não responder a perguntas que porventura o façam se sentir desconfortável (isso raramente acontece, mas as pessoas parecem apreciar esse comentário).

Não estou convencida do argumento de que basta permitir que uma relação se desenvolva para criar um clima de confiança no qual todo o material pertinente irá emergir uma hora ou outra. Uma vez que o paciente se sinta íntimo do terapeuta, pode ficar mais difícil (e não mais fácil) trazer à tona certos aspectos de seu comportamento ou de sua história pessoal. As reuniões dos Alcoólicos Anônimos (AA) estão cheias de pessoas que passam anos fazendo terapia, ou consultando outros grupos de profissionais da área da saúde mental, sem nem sequer terem sido questionadas sobre abuso de substâncias. Para aqueles que associam uma sessão diagnóstica com imagens de autoritarismo e posturas do tipo “sou mais santo que você”, deixe-me chamar atenção para o fato de não haver razão para que uma entrevista rigorosa não seja conduzida em uma

atmosfera de sincero respeito e sentimento de igualdade (cf. Hite, 1996). Os pacientes normalmente são gratos aos profissionais por sua meticulosidade. Uma mulher que entrevistei, e que já havia passado por vários terapeutas, me disse: “Nunca nenhum deles se interessou tanto assim por mim!”.

DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO VERSUS DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DESCRITIVO

Ainda mais do que quando escrevi a primeira edição deste livro, hoje o diagnóstico psiquiátrico descritivo, base dos sistemas DSM e CID, se tornou normativo. E de tal forma que o DSM é frequentemente chamado de “Bíblia” da saúde mental, e os alunos o estudam como se possuísse algum tipo de *status* epistêmico evidente. Embora seja possível uma convivência entre o diagnóstico inferencial/contextual/dimensional ligado à subjetividade e o diagnóstico psiquiátrico descritivo (Gabbard, 2005; PDM Task Force, 2006), o tipo de avaliação contido neste livro tornou-se mais a exceção do que a regra. Observo esse estado das coisas com apreensão. Permitam-me mencionar brevemente, em relação ao DSM, minhas reservas quanto ao diagnóstico descritivo e categórico. Algumas delas podem findar com o surgimento do DSM-5, mas prevejo que as amplas consequências de termos nos curvado a uma taxonomia categórica e baseada em características desde 1980 irão persistir por algum tempo.

Primeiro, falta ao DSM uma definição implícita de saúde mental ou bem-estar emocional. A experiência clínica psicanalítica, no entanto, supõe que, além de ajudar os pacientes a mudar comportamentos e estados mentais problemáticos, os terapeutas podem tentar ajudá-los a se aceitarem com suas limitações e a melhorarem a resistência aos traumas, o senso de controle, a tolerância em relação a um grande número de pensamentos e afetos negativos, a capacidade de dar seguimento sozinho aos próprios avanços, a autoestima realista, a capacidade de estabelecer relações íntimas, as sensibilidades morais e o reconhecimento dos outros como portadores de outras e separadas subjetividades. Já que pessoas não possuidoras dessas capacidades nem conseguem imaginá-las, é raro pacientes reclamarem de sua ausência; apenas querem se sentir melhor. Podem chegar ao tratamento alegando um transtorno específico do Eixo I, mas seus problemas podem ir muito além dos sintomas que relatam.

Em segundo lugar, apesar de um sincero esforço para aumentar a validade e a confiabilidade ter inspirado essas edições, a validade e confiabilidade dos DSMs pós-1980 têm sido decepcionantes (ver Herzig e Licht, 2006). A tentativa de redefinir a psicopatologia para facilitar certos tipos de pesquisa produziu, de forma inadvertida, descrições de síndromes clínicas que são artificialmente discretas e que falham em capturar as experiências mais complexas do paciente. Enquanto o esforço de expurgar o viés psicanalítico que

permeava o DSM-II é compreensível agora porque existem outras formas poderosas de conceitualizar a psicopatologia, a ênfase na vivência subjetiva do cliente com seus sintomas produziu uma versão rasa e distante da experiência do sofrimento mental que representa um fenômeno clínico; o que se parece com a ideia de que a descrição da duração e dos compassos de uma composição musical representa a própria música. Essa crítica aplica-se especialmente à seção dedicada aos transtornos da personalidade do DSM, mas também se aplica ao tratamento de condições como ansiedade ou depressão, cujos diagnósticos envolvem fenômenos de observação externa, como batimento cardíaco acelerado, mudanças de hábitos alimentares e de sono; em vez de apenas interpretar a ansiedade como separação ou aniquilação ou pensar que a depressão seja analítica ou introspectiva (Blatt, 2004) – aspectos essenciais para o auxílio e a compreensão clínica.

Terceiro, apesar de o sistema DSM ser frequentemente chamado de um “modelo médico” de psicopatologia, nenhum médico equipararia a remissão dos sintomas com a cura da doença. A reificação de categorias de “transtorno”, em desafio à grande parte da experiência clínica, teve muitas consequências negativas não intencionais. O pressuposto de que os problemas psicológicos são mais bem observados como síndromes de sintomas discretos encorajou companhias de seguro e instâncias governamentais a especificarem o denominador comum mais baixo de alteração e a insistirem em que isso é tudo o que vão cobrir, mesmo quando está claro que as reclamações atuais do paciente são a ponta de um iceberg emocional que causará problemas no futuro se ignorado. O enfoque categórico também beneficiou as indústrias farmacêuticas, às quais interessa que uma lista de “transtornos” distintos não pare de crescer, já que podem criar medicamentos específicos para cada um deles.

Em quarto lugar, muitas das decisões sobre o que incluir nos DSMs pós-1980, e onde incluir, parecem, em retrospecto, ter sido arbitrárias, inconsistentes e influenciadas pela indústria farmacêutica. Por exemplo, todos os fenômenos envolvendo o humor foram colocados na seção de transtornos do humor, e o ranço diagnóstico de personalidade depressiva desapareceu. O resultado foi a percepção equivocada de que muitos dos problemas da personalidade seriam na verdade episódios distintos de um transtorno do humor. Outro exemplo: se lermos cuidadosamente as descrições do DSM sobre alguns transtornos do Eixo I que são vistos como crônicos e profundos (p. ex., transtorno de ansiedade, transtornos somatoformes), não fica claro por que esses transtornos não seriam transtornos da personalidade.

Mesmo quando a lógica para incluir ou excluir uma condição é clara e defensável, o resultado pode parecer arbitrário da perspectiva dos terapeutas. A partir do DSM-III, foi estabelecido um critério de inclusão que exige presença de informações de pesquisa para o transtorno alegado. Ao mesmo tempo em que havia pesquisas empíricas suficientes sobre personali-

dades dissociativas para encher a categoria de transtorno da personalidade múltipla do DSM, mais tarde renomeada como transtorno dissociativo da identidade, havia muito pouca pesquisa sobre dissociação na infância. Logo, apesar de todos os terapeutas concordarem que uma pessoa não desenvolve uma identidade dissociativa sem ter passado por um transtorno dissociativo na infância, não há (e escrevo isso em 2010) qualquer diagnóstico para crianças dissociativas no DSM. Na ciência, a observação naturalística normalmente precede hipóteses testáveis. Novas psicopatologias (p. ex., vício na internet, sobretudo em pornografia, uma versão da compulsividade desconhecida até que a tecnologia a permitisse) são observadas pelos terapeutas antes de poderem ser pesquisadas. A destituição da experiência clínica de significativa influência nas edições pós-1980 do DSM criou esse tipo de dilema.

Por fim, gostaria de comentar sobre um sutil efeito social do diagnóstico categórico: ele pode contribuir para um tipo de autoestranhamento, a reificação dos estados do *self* para os quais a pessoa implicitamente renega a responsabilidade. “Eu tenho fobia social” é um jeito mais alienado e afastado do *self* de dizer: “Sou uma pessoa terrivelmente tímida”. Quando sua patente do Prozac expirou, Eli Lilly colocou a mesma receita em uma pílula cor de rosa, chamou-a de Serafem, e criou uma nova “doença”: transtorno pré-menstrual (TPM) (Cosgrove, 2010). Muitas mulheres ficam irritáveis durante o período pré-menstrual, mas uma coisa é dizer “Desculpe, estou meio mal hoje, estou naqueles dias” e outra é anunciar “Eu tenho TPM”. Para mim, soa como se o primeiro dissesse respeito ao comportamento de alguém, aumentando a possibilidade de se obter uma recepção calorosa dos outros, ressaltando o senso comum “a vida às vezes é difícil”; enquanto o segundo implica a existência de uma enfermidade tratável, distanciando os outros dessa experiência e assegurando uma crença infantil de que tudo pode ser consertado. Talvez essa seja apenas minha perspectiva idiossincrática, mas noto a presença dessa mudança quase imperceptível perturbando muitos pressupostos tradicionais.

PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO

O planejamento do tratamento é a lógica tradicional do diagnóstico. Ele supõe um paralelo entre a psicoterapia e o tratamento médico, e, na medicina, a relação entre diagnóstico e terapia é (idealmente) bastante direta. Esse paralelo às vezes ocorre na psicoterapia e às vezes não. É fácil ver o valor de um bom diagnóstico pelas condições nas quais um enfoque de tratamento endossado de comum acordo existe. Os exemplos incluem o diagnóstico de abuso de substâncias (implicação: torna a psicoterapia contingente à desintoxicação química e à reabilitação) e de transtorno bipolar (implicação: demanda tanto terapia individual quanto medicação).

Embora inúmeras intervenções focadas em problemas caracteriológicos tenham sido desenvolvidas nos últimos 15 anos, a prescrição mais comum para os transtornos da personalidade é a terapia psicanalítica a longo prazo. Mas tratamentos psicanalíticos, incluindo a psicanálise, não são procedimentos uniformes aplicados inflexivelmente à personalidade do paciente. Mesmo o analista mais clássico será mais cuidadoso com os limites necessários diante de um paciente histérico, mais afetuoso com uma pessoa obsessiva, mais tolerante em relação ao silêncio de um paciente esquizoide. Esforços do terapeuta em demonstrar empatia não garantem que cada paciente sinta o mesmo – é preciso inferir algo sobre a psicologia individual da pessoa para saber o que pode ajudá-la a se sentir reconhecida e aceita. Avanços relativos ao entendimento de pessoas com transtornos psicóticos (p. ex., Read, Mosher e Bentall, 2004) e funcionamento *borderline* (p. ex., Bateman e Fonagy, 2004; Clarkin, Levy, Lenzeweger e Kernberg, 2007; Steiner, 1993) levaram a abordagens que não são “análises clássicas”, mas calcadas em ideias psicodinâmicas. Para usá-las, no entanto, é preciso primeiro verificar se o cliente vive em constante luta com os estados psicóticos ou *borderline*, respectivamente.

É comum que, devido a propósitos de pesquisa, se definam as terapias (analíticas ou não) como procedimentos técnicos específicos. Os próprios terapeutas podem determinar o que fazem como uma oferta de oportunidades para um novo aprendizado emocional no qual a “técnica” seja secundária no que diz respeito ao potencial da relação em si. As terapias analíticas não são atividades monolíticas impingidas do mesmo modo a todos. Uma boa formulação diagnóstica informará as escolhas do terapeuta nas áreas cruciais de estilo de relação, tom das intervenções e tópicos sobre o foco primário. Com o aumento da prática das terapias cognitivo-comportamentais (TCC), começamos a observar abordagens que lidam com sérios problemas de personalidade desenvolvidas por terapeutas dessa orientação (p. ex., Linehan, 1993; Young, Klosko e Weishaar, 2003). Como resposta às próprias experiências com individualidade e complexidade, os terapeutas da TCC estão agora escrevendo sobre formulação de caso (p. ex., Persons, 2008) em grande parte pelas mesmas razões que eu. Espero que este livro seja útil a eles, assim como a meus colegas psicanalistas.

IMPLICAÇÕES PROGNÓSTICAS

O profissional que espera de um paciente com caráter obsessivo o mesmo nível de progresso que seria atingido com uma pessoa que de repente desenvolveu uma obsessão intrusiva corre o risco de cometer dolorosos equívocos. Uma apreciação dos problemas pessoais em profundidade e extensão beneficia tanto o terapeuta quanto o paciente. As catego-

rias do DSM às vezes contêm conclusões sobre a gravidade e eventual prognóstico de uma condição em particular – a organização das informações ao longo de eixos foi um movimento nesse sentido –, mas às vezes elas simplesmente permitem que se estabeleça uma classificação aceita de comum acordo sem qualquer informação implícita sobre o que se pode esperar do processo terapêutico.

Um grande tema deste livro é a futilidade de fazer um diagnóstico com base apenas nos problemas manifestados. A fobia de alguém com personalidade depressiva ou narcisista é um fenômeno diferente da de uma pessoa caracteristicamente fóbica. Uma das razões pelas quais a psicanálise tem má fama é que tem sido mal exercida; tem-se simplesmente colado uma etiqueta em cima das queixas atuais dos pacientes. Além disso, é impossível realizar uma boa pesquisa sobre entidades diagnósticas diferentes se elas estiverem sendo definidas estritamente por suas manifestações aparentes. Tanto nesse caso como no de qualquer análise automatizada, se é lixo o que entra, é lixo o que sai.

A força da tradição psicanalítica está em sua apreciação das diferenças entre um sintoma relacionado ao estresse e um problema inerente à personalidade. (Isso nem sempre é verdade. Freud a princípio fez algumas distinções entre indivíduos categoricamente histéricos e pessoas com outro tipo de funcionamento psicológico que tinham reações histéricas, ou entre o que poderia ser levado em consideração para definir uma pessoa obsessiva funcionando em um estágio *borderline* e o que seria considerado para definir uma pessoa com neurose obsessiva.) Uma mulher bulímica que desenvolve seu transtorno da alimentação no primeiro semestre da faculdade e que reconhece seu comportamento como impulsivo e autodestrutivo é uma paciente muito diferente de uma mulher que tem ciclos de “comer e vomitar” desde o ensino fundamental e considera seu comportamento normal. Ambas irão se deparar com os critérios do DSM para bulimia, mas se pode esperar racionalmente que a primeira cliente mude seu comportamento em apenas algumas semanas, enquanto uma meta realista para a segunda é a de mais ou menos um ano para que possa perceber com clareza os custos do seu problema alimentar e a necessidade de mudança.

PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR

Práticas de diagnóstico conscientes encorajam a comunicação ética entre os profissionais e seus potenciais clientes, um tipo de “verdade na publicidade”. Na busca de uma avaliação cuidadosa, o terapeuta pode falar ao paciente algo sobre o que pode ser esperado e, assim, evitar prometer demais ou criar desvios. Descobri, por exemplo, que poucos pacientes ficam chateados quando ouvem que contar sua história e relatar

seus desafios pessoais vai requerer da psicoterapia um longo tempo antes que ela possa resultar em uma mudança, que depende mais de uma experiência interna do próprio paciente. Muitos até mesmo se sentem encorajados quando o terapeuta aprecia a profundidade de seus problemas e se dispõe a um compromisso de longa data. Margaret Little (1990) ficou aliviada quando um analista que consultou disse-lhe: "Mas você está muito doente!".

Um paciente recente, homem psicologicamente sofisticado que visitou muitos profissionais antes de chegar a mim com queixas do que considerava "tendências obsessivas graves", me confrontou: "Então você é a especialista do diagnóstico; e como foi que me categorizou?". Dei um grande suspiro e respondi: "Acho que o que mais me saltou aos olhos foi a quantidade de paranoia contra a qual você vem lutando". "Finalmente alguém entendeu!", ele disse. Para aqueles clientes que demandam uma cura milagrosa e aos quais falta o desejo ou a habilidade de se comprometer com algo tão sério quanto uma mudança genuína, um *feedback* honesto sobre o diagnóstico permite que recuem agradecidos e não desperdiçem seu próprio tempo ou o do terapeuta atrás de mágica.

Terapeutas trabalhando em condições em que apenas a terapia a curto prazo é possível podem se sentir tentados a acreditar, e a convencer os seus pacientes, que a terapia breve é a melhor escolha. Essa terapia, de fato, é às vezes preferível por razões terapêuticas, mas os terapeutas devem resistir à tendência humana de fazer da necessidade uma virtude. Uma boa avaliação dará ao entrevistador informações sobre em que medida exatamente uma abordagem a curto prazo irá ajudar de maneira significativa uma pessoa em particular. É doloroso para ambas as partes admitir as limitações. A alternativa de o profissional e/ou o paciente acreditarem que se possa realizar uma terapia efetiva levando em conta apenas as restrições externas contribui para uma autculpaabilidade de ambas as partes ("Qual o problema comigo? Por que não consegui fazer o progresso que você disse que faríamos em seis semanas?). Situações de terapia invertida são comuns: na era que se convencionou chamar de época de ouro da psicanálise, muitas pessoas faziam terapia por anos quando deveriam estar fazendo um tratamento para adição a drogas ou frequentando grupos de apoio ou fazendo terapia e se medicando. Uma avaliação diagnóstica cuidadosa reduz as possibilidades de alguém empregar um tempo extraordinário em um relacionamento profissional do qual está obtendo pouco proveito.

A COMUNICAÇÃO DA EMPATIA

O termo "empatia" praticamente se diluiu pelo excesso de uso. Mas ainda não há outra palavra que melhor distinga o "sentimento com" do "sentimento por" que constitui a razão principal para que se diferencie

empatia de simpatia (ou "compaixão", "pena", "preocupação" e termos semelhantes que implicam um nível de distanciamento defensivo em relação à pessoa que sofre). Em geral se usa "empatia" no sentido de calor, aceitação, reações simpáticas ao cliente sem se importar com o que lhe convenha do ponto de vista emocional. Uso o termo ao longo deste livro em seu sentido literal de capacidade de sentir emocionalmente algo que outra pessoa está sentindo.

Meus pacientes que são terapeutas com frequência expressam uma brutal autocrítica sobre sua "falta de empatia" quando se deparam com uma reação hostil ou assustada do cliente. Meus colegas desejam não sentir tais afetos angustiados; é muito desagradável reconhecer o quanto a psicoterapia pode incluir níveis primitivos de ódio e miséria, dos quais ninguém nos preveniu quando decidi trabalhar ajudando pessoas. Terapeutas que passam por isso podem estar sofrendo por um excesso, em vez de por uma falta, de empatia; já que, quando de fato realmente se sentem com um paciente, estão sentindo a hostilidade, o terror, a miséria e outros estados mentais conflitantes dele. Os afetos das pessoas envolvidas na terapia podem estar carregados de intensa negatividade e induzem os outros a nada mais do que uma resposta calorosa. É óbvio até para uma pessoa completamente destreinada que não se deve agir tendo como base esse tipo de reação emocional. O menos óbvio é que tais reações são de grande valor. Elas podem ser fundamentais na realização de um diagnóstico que permita encontrar um caminho para lidar com a infelicidade do paciente de modo que seja entendida como um problema genuíno, e não recebida com uma compaixão maquinal, profissionalmente não atenta às particularidades de uma personalidade única que está sentada na outra cadeira.

Alguém que ataca um entrevistador tachando-o de manipulador, por exemplo, pode ter, além de possíveis outras características, um caráter essencialmente histérico ou uma personalidade psicopática. Uma resposta terapêutica irá depender da hipótese do profissional. Diante de uma pessoa que se organiza de modo histérico, pode-se comentar sobre seus sentimentos de medo e impotência. Com uma pessoa psicopata, pode ser mais adequado fazer uma apreciação irônica de suas qualidades como vigarista. Se o terapeuta não ultrapassar o rótulo de "manipulador" em direção a uma inferência mais profunda, é difícil que propicie ao paciente um sentimento mais profundo de que está sendo compreendido. Se a generalização for absoluta – quando, por exemplo, se vê todos os clientes manipuladores como histéricos ou como psicopatas – o contato terapêutico será realizado só até certo ponto. Uma pessoa com uma dinâmica histérica pode se sentir devastada ao ser interpretada como se estivesse manipulando um jogo de cinismo quando na verdade está desesperada por conforto para a criança assustada que tem dentro de si; um psi-

copata não sentirá nada além de desprezo por um terapeuta que não percebe que o foco de seu problema está em uma propensão de sempre querer levar vantagem sobre os demais.

Outro aspecto do valor do diagnóstico ao possibilitar que o terapeuta transmita empatia envolve a situação comum de um paciente com organização de personalidade *borderline* que contata um serviço de emergência com uma ameaça de suicídio. Os profissionais que atendem emergências mentais são em geral treinados em um modelo genérico de intervenção de crise (pergunte sobre o plano, os meios e sua letalidade), e esse modelo normalmente os satisfaz. Pessoas com funcionamento psicológico *borderline* tendem a falar sobre suicídio não quando querem morrer, mas quando estão sentindo o que Masterson (1976) chamou, com razão, de "depressão do abandono". Elas precisam contra-atacar seus sentimentos de pânico e desespero com a sensação de que alguém se importa com o quanto mal se sentem. É comum que tenham crescido aprendendo que ninguém presta atenção aos sentimentos a não ser que você anuncie o caos. Uma avaliação de intenção suicida apenas os exaspera, enquanto o entrevistador é, quanto à experiência subjetiva não muito consciente dos pacientes, distraído do conteúdo de suas ameaças quando eles sentem urgência de falar sobre seu contexto.

O esforço de um terapeuta em dar continuidade a procedimentos padrão de intervenção em crises sem uma sensibilidade diagnóstica pode ser contraterapêutico, e mesmo perigoso, já que pode frustrar os pacientes *borderline* até o ponto de eles sentirem que, para serem ouvidos, precisam demonstrar em vez de discutir seus sentimentos suicidas. Isso também pode levar o terapeuta a odiar o paciente, uma vez que a pessoa parece estar pedindo ajuda, mas rejeita os sinceros esforços do terapeuta para ajudá-la (Frank et al., 1952). Profissionais socorristas treinados para identificar pacientes *borderline* tornam-se aptos a reagir aos afetos dolorosos por trás da ameaça de suicídio, em vez de fazer um inventário suicida imediato; paradoxalmente, é provável que eles previnam mais atos autodestrutivos do que seus colegas que avaliam de maneira automática a questão do suicídio. Eles também podem se deparar com menos experiências desmoralizantes de odiar o cliente por "não cooperar" ou "não ser verdadeiro".

PREVENINDO FUGAS DO TRATAMENTO

Uma questão relacionada envolve a manutenção do tratamento de um paciente inconstante. Muitas pessoas abandonam a ajuda profissional e ficam preocupadas que o apego ao terapeuta represente um grave perigo. Aqueles com personalidades hipomaniacas, por exemplo, devido a

experiências anteriores de dependência de outros que se revelaram desastrosas, tendem a abandonar o relacionamento assim que o calor do terapeuta estimule anseios de dependência. Pessoas pseudoIndependentes, cuja autoestima requer a negação de sua necessidade de cuidado, podem também cogitar fugir do tratamento quando ele ocorre em termos de apego, porque se sentem humilhados quando reconhecem implicitamente a importância emocional de outra pessoa. Entrevistadores experientes podem identificar no fim de uma sessão inicial se estão lidando com alguém cuja personalidade tende ao abandono. Pode ser reconfortante para pacientes hipomaniacos ou pseudoIndependentes se o terapeuta comentar o quanto difícil pode ser para eles encontrar coragem para permanecer na terapia. A hipótese parece verdadeira, e também aumenta a probabilidade de que esse cliente resista a tentações de fuga.

VANTAGENS ADICIONAIS

As pessoas sentem-se mais à vontade quando percebem que seu entrevistador está tranquilo. Uma relação terapêutica tem grandes chances de um bom começo se o cliente sentir a curiosidade, a relativa falta de ansiedade e a convicção do terapeuta de que o tratamento apropriado pode ter início uma vez que o paciente seja mais bem compreendido. Um terapeuta que se sente pressionado a começar a *fazer terapia* antes de ter um bom conhecimento provisório da psicologia pessoal do paciente irá, como um motorista com algum senso de direção mas sem um mapa da rota, sofrer de uma ansiedade desnecessária. (É claro, alguém está fazendo terapia durante um processo de avaliação diagnóstica; o processo por si só contribui para uma aliança de trabalho sem a qual o tratamento se torna um ritual vazio, mas a concordância formal sobre como as duas partes irão proceder, e quais serão os limites e as responsabilidades de cada um dos participantes, precisa derivar de uma formulação diagnóstica.) O paciente sentirá a ansiedade e desejará saber sobre a competência do profissional. O ciclo de autorresposta pode levar a todos os tipos de problemas iatrogênicos básicos.

O processo de diagnóstico proporciona a ambos algo a ser feito antes que o cliente se sinta seguro o bastante para se abrir espontaneamente sem que a estrutura de conforto seja questionada. Os terapeutas podem subestimar esse processo inicial, durante o qual têm a oportunidade de aprender sobre coisas que serão de difícil exposição para o paciente mais tarde durante o tratamento. Muitos adultos respondem sobre questões de sua prática sexual ou de seus hábitos alimentares com relativa franqueza enquanto estão falando com alguém que ainda é considerado um estranho, mas, uma vez que o terapeuta começa a se tornar íntimo e familiar (talvez lembrando a própria mãe do paciente), as palavras não

saem com tanta facilidade. Quando uma transferência de relação de parentesco é ativada, o cliente pode ser encorajado a lembrar que, no início do tratamento com essa pessoa cujo juízo condenatório agora é temido, todos os tipos de intimidades foram revelados sem incorrerem em choque ou desaprovação. As experiências contrastantes de um paciente durante a fase inicial de diagnóstico e fases posteriores do tratamento chamam atenção para o seguinte fato: transferência é transferência (i.e., não uma completa e acurada leitura da personalidade do terapeuta), um *insight* que às vezes pode ser crucial para que a pessoa entenda o que ela costumava projetar nos relacionamentos.

Uma das fontes do desconforto de alguns terapeutas com o diagnóstico pode ser o medo do diagnóstico equivocado. Felizmente, uma formulação inicial não precisa estar "certa" para proporcionar todos os benefícios aqui descritos. Uma hipótese diagnóstica guia o entrevistador na direção de uma atividade mais focada e de baixa ansiedade, independentemente de ela depois ser confirmada ou não por posteriores evidências clínicas. Levando em conta a complexidade humana e a falibilidade profissional, formulação é sempre tentativa e deve ser reconhecida como tal. Os pacientes em geral são gratos aos terapeutas que evitam a pretensão e demonstram o cuidado de considerar diferentes possibilidades.

Por fim, um efeito colateral positivo do diagnóstico é seu papel de manutenção da autoestima do terapeuta. Entre os perigos que rondam uma carreira terapêutica estão os sentimentos de fraudulência, as preocupações sobre o fracasso dos tratamentos e o esgotamento físico e mental. Esses processos são enormemente acelerados por expectativas não realistas. Desmoralização profissional e introspecção emocional têm implicação de longo alcance tanto para os terapeutas quanto para aqueles que acabaram dependendo desses profissionais. Se souber que um paciente depressivo sofre de transtorno *borderline* e não de uma estrutura de personalidade neurótica, o terapeuta não ficará surpreso se durante o segundo ano de tratamento ele cometer uma tentativa de suicídio. Uma vez que comecem a ter esperanças reais de mudança, os pacientes *borderline* frequentemente sentem pânico e firtam com ideias de suicídio em uma tentativa de se protegerem da devastação que sentiriam caso se permitissem ter esperanças para depois acabarem frustrados. Questões a respeito desse tipo de crise podem ser discutidas e aprimoradas (p. ex., quanto aos medos recém-mencionados, sentidos em relação à esperança e ao desapontamento; à culpa em relação a objetos de amor e à transferência do desgaste emocional investido neles para o terapeuta e a outras fantasias que podem ser expiadas, como a culpa por uma tentativa de morrer), de modo a promover conforto emocional tanto para o cliente quanto para o terapeuta.

Tenho me deparado com muitos terapeutas talentosos e dedicados que perderam a confiança e encontraram razão para se livrar de um

paciente ostensivamente suicida no exato momento em que este está expressando, de forma bastante *borderline* e provocativa, o quão importante e eficaz o tratamento está se tornando. Em geral, na sessão que precede a tentativa de suicídio o paciente demonstra pela primeira vez confiança ou esperança de um modo que nunca havia demonstrado antes, e o terapeuta fica animado após um trabalho tão árduo com um paciente tão difícil e controverso. Depois, com o comportamento suicida, as esperanças do próprio terapeuta desmoronam. A animação anterior é tachada de ilusória e interesseira, e o ato autodestrutivo do paciente é considerado uma evidência de que todas as expectativas do terapeuta foram frustradas. As recriminações abundam: "Talvez meu professor de Psico 101 estivesse certo quando dizia que a terapia psicanalítica é uma perda de tempo". "Talvez eu deva passar este paciente para um terapeuta de outro gênero." "Talvez eu devesse convidar um psiquiatra de orientação na linha da biologia para assumir o caso." "Talvez eu devesse transferir o paciente para o Grupo de Aditos Crônicos." Terapeutas que têm personalidade com tendência a depressão (Hyde, 2009) são rápidos em transformar qualquer contratempo em autocensura. Facilitar o diagnóstico pode evitar essa pretensão, permitindo que a esperança realista prevaleça e mantendo o terapeuta e o paciente nas trincheiras clínicas.

LIMITES DA UTILIDADE DO DIAGNÓSTICO

Como uma pessoa que trabalha sobretudo com terapia de longo prazo, por tempo indeterminado, acho que a avaliação cuidadosa é mais importante em dois pontos: (1) no início do tratamento, pelas razões já descritas; e (2) em tempos de crise ou de impasse, quando repensar o tipo de dinâmica com o qual estou lidando pode ser a chave para focar em mudanças eficazes. Uma vez que tenho bons sentimentos por uma pessoa, e que o trabalho vai indo bem, paro de pensar diagnosticamente e apenas fico imersa no relacionamento sempre único que se estabelece entre mim e o cliente. Se me surpreendo em constante preocupação com questões de diagnóstico, começo a suspeitar que estou me defendendo contra a ideia de pensar na dor do paciente o tempo inteiro. O diagnóstico pode, como qualquer outra coisa, ser usado como defesa contra a ansiedade ante o desconhecido.

Finalmente, devo mencionar que há pessoas para as quais as existentes categorias de desenvolvimento e tipologia da personalidade são, no máximo, uma mal-adaptação. Quando o profissional acha que qualquer rótulo mais obscurece do que ilumina, irá descartá-lo e acabar caindo no senso comum da "decência humana", como o marinheiro perdido que descarta o mapa de rota "inútil" e passa a se guiar por umas poucas

estrelas conhecidas. E mesmo quando uma formulação diagnóstica é adequada para um cliente em particular, há disparidades enormes entre as pessoas em dimensões que ultrapassam seu nível de organização quanto ao estilo defensivo; e a empatia e a cura podem ser buscadas em sintonia com algumas dessas outras dimensões. Uma pessoa profundamente religiosa, de qualquer tipo de personalidade, demandará primeiro que o terapeuta demonstre respeito por sua profundidade de convicção (ver Lovinger, 1984); intervenções influenciadas pelo diagnóstico podem ser de valor, mas apenas de maneira secundária. De forma semelhante, às vezes é mais importante, ao menos no início da fase de adaptação ao tratamento, considerar que as complicações emocionais de alguém de certa idade, raça, etnia, origem social, deficiência física ou orientação sexual são mais importantes do que apreciar seu tipo de personalidade.

O diagnóstico não deve ser aplicado além da sua utilidade. Uma vontade contínua de reavaliar um diagnóstico inicial sob a luz de novas informações é parte do que constitui um terapeuta ideal. À medida que o tratamento prossegue, com qualquer ser humano individual, a supersimplificação inerente aos nossos conceitos diagnósticos começa a ficar surpreendentemente clara. As pessoas são muito mais complexas do que as nossas categorias mais inteligentes reconhecem. Logo, mesmo a avaliação de personalidade mais sofisticada pode se tornar um obstáculo à percepção do terapeuta para as nuances fundamentais do material único que nos fornece cada paciente.

SUGESTÕES PARA OUTRAS LEITURAS

Meu livro preferido sobre entrevistas, principalmente devido a seu tom, ainda é o *The Psychiatric Interview* (1954), de Harry Stack Sullivan. Outra obra clássica que é repleta de referências úteis e sábias recomendações técnicas é o *The Initial Interview in Psychiatric Practice*, de Gill, Newman e Redlich (1954). Foi muito influenciada pelo trabalho de MacKinnon e Michels (1971), cujas premissas básicas são semelhantes às apresentadas neste livro. Eles finalmente editaram, com a Buckley, uma versão revisada do clássico tomo de 2006. Em *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Glen Gabbard (2005) integrou com excelência o diagnóstico estrutural e dinâmico ao DSM. Para um resumo bem-escrito sobre o trabalho empírico na personalidade, aplicado à área da prática clínica, recomendo o livro de Jefferson Singer, *Personality and Psychotherapy* (2005).

³ N. de T. Publicado pela Artmed Editora sob o título *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*.

O *Severe Personality Disorders* (1984), de Kernberg, contém uma breve, porém bastante acurada, seção sobre a entrevista estrutural. Muitos terapeutas iniciantes acham difícil ler Kernberg, mas sua escrita aqui é translúcida. Meu próprio livro sobre formulação de caso (McWilliams, 1999) complementa este volume porque considera sistematicamente outros aspectos da avaliação clínica que vão além do nível e do tipo de organização de personalidade, e meu livro posterior sobre psicoterapia (McWilliams, 2004) recai sobre as sensibilidades que subjazem às abordagens psicanalíticas para ajudar pessoas. O *Beginnings* (2002), de Mary Beth Peebles-Kleiger, também baseado em experiências clínicas de longa data, é excelente, assim como o livro de Tracy Eells (2007), mais baseado em pesquisa do que em formulação. Para uma medida empírica das capacidades inerentes à pessoa completa que os terapeutas devem avaliar, considere o Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP) (Shedler e Westen, 2010; Westen e Shedler, 1999a, 1999b). Finalmente, o *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006) preenche muitas das lacunas deixadas pelo presente livro.

BIBLIOTECA
DO IEPP