

Inclui lista de diagnósticos e novidades do DSM-5

7ª EDIÇÃO

PSICOPATOLOGIA PSICOPATOLOGIA

Perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos

Mc
Graw
Hill
Education



SUSAN KRAUSS WHITBOURNE
RICHARD P. HALGIN

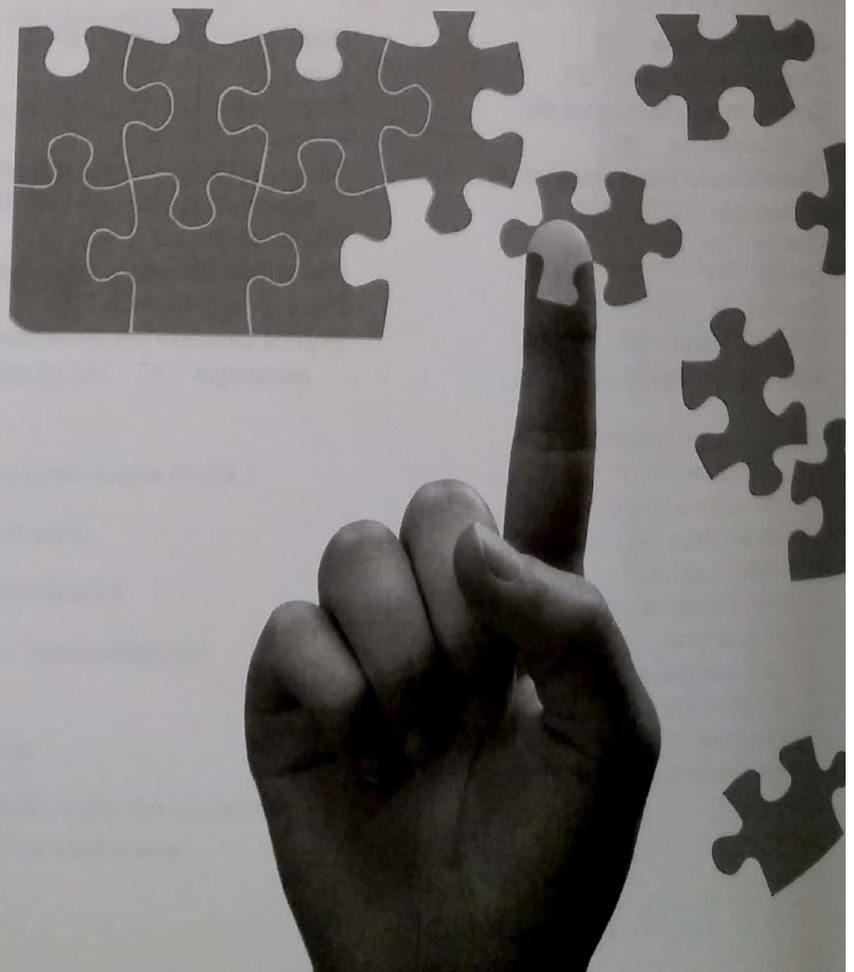
Avaliação

SUMÁRIO

Relato de caso: Ben Robsham.....	47
Características das avaliações psicológicas	48
Entrevista clínica.....	49
Exame do estado mental	52
Teste de inteligência	52
Teste de Inteligência de Stanford-Binet.....	53
Escala de Inteligência Wechsler	53
Teste de personalidade	56
Testes de autorrelato.....	56
Testes projetivos.....	60
Avaliação comportamental	61
Avaliação multicultural.....	61
Avaliação neuropsicológica.....	62
Novidades no DSM-5: Medidas de avaliação da Seção III	63
Você decide: Os psicólogos no sistema legal.....	64
Neuroimagem	65
Histórias reais: Ludwig van Beethoven: Transtorno bipolar	66
Juntando todas as peças.....	68
Retorno ao caso: Ben Robsham.....	68
Resumo.....	69
Termos-chave.....	69

Objetivos de aprendizagem

- 3.1 Definir conceitos-chave de avaliação.
- 3.2 Descrever as entrevistas clínicas.
- 3.3 Identificar o exame do estado mental.
- 3.4 Explicar os testes de inteligência.
- 3.5 Descrever os testes de personalidade.
- 3.6 Reconhecer a avaliação comportamental.
- 3.7 Identificar a avaliação multicultural.
- 3.8 Explicar a avaliação neuropsicológica.
- 3.9 Descrever a neuroimagem.



Relato de caso: Ben Robsham

Razão para o encaminhamento: Ben é um homem caucasiano de 22 anos de idade e 12 de educação formal que foi encaminhado à clínica por seu supervisor após um incidente, quando bateu sua cabeça ao operar um trem do metrô. Ele relatou que, enquanto conduzia sobre a terra, os freios tinham travado ao chegar a uma interseção onde pedestres estavam atravessando. Usando o freio de emergência, havia conseguido parar o trem, mas a parada repentina o fez bater a cabeça no vidro da janela e temporariamente perder a consciência. Ele não consegue lembrar o que aconteceu logo após a pancada. Ben tirou uma licença de duas semanas após o incidente e continuou evitando ir ao trabalho nas duas semanas seguintes. Quando o supervisor lhe telefonou, Ben declarou: "Eu não posso sair de casa. Eles virão me pegar".

História relevante: Ben não tem história de tratamento psiquiátrico. Relatou que nunca teve depressão ou ansiedade e que em geral se sente "muito bem", o que tornava as recentes mudanças em seu estado psicológico ainda mais perturbadoras para ele. Ben contou que nunca usou drogas e

bebe apenas ocasionalmente, quando está em um ambiente social. Além disso, disse que seu avô e seu tio maternos tinham sido ambos diagnosticados com esquizofrenia. Por fim, relatou não ter história médica passada ou atual extraordinária.

Formulação de caso: Visto que os sintomas de Ben surgiram após o incidente, ele será encaminhado para testagem neuropsicológica para excluir possível lesão cerebral traumática.

Diagnóstico: Excluir transtorno neurocognitivo leve devido a lesão cerebral traumática com distúrbio comportamental.

Plano de tratamento: Após uma entrevista inicial na universidade, Ben foi encaminhado para avaliação psicológica e consulta psiquiátrica com o dr. Martin Washington, um neurologista. Os testes administrados pelo clínico estão na Tabela 3.1.

*Sarah Tobin, PhD
Médica*

TABELA 3.1 Testes administrados a Ben

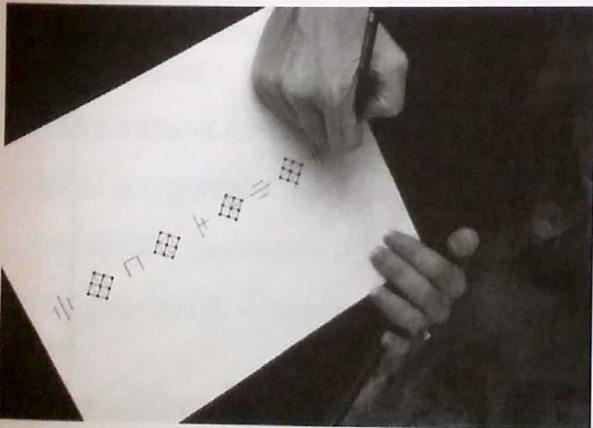
Entrevista clínica
Escala de Inteligência Wechsler para Adultos, quarta edição (WAIS-IV)
Teste de Trilhas, Parte A e B
Teste do Desenho do Relógio
Teste Auditivo Compassado de Adição Seriada (PASAT)
Teste de Nomeação de Boston, segunda edição (BNT)
Escala de Memória Wechsler (WMS)
Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2)

avaliação psicológica

Uma ampla variedade de técnicas de medidas, todas as quais envolvem pessoas fornecendo informações mensuráveis sobre seu funcionamento psicológico.

padronização

Um critério psicométrico que especifica claramente as instruções para administração e pontuação de um teste.



Uma paciente completa uma tarefa visoespacial como parte de uma avaliação neuropsicológica.

3.1 Características das avaliações psicológicas

Uma **avaliação psicológica** é um procedimento no qual o clínico fornece uma avaliação formal do funcionamento cognitivo, da personalidade e psicossocial de um indivíduo.* Como você verá no caso de Ben, uma avaliação abrangente provou ser valiosa para ajudar a entender a natureza de seus sintomas e as possíveis direções para o tratamento.

Os profissionais conduzem avaliações sob uma variedade de condições. Em muitos casos, usam o processo de avaliação para fornecer um diagnóstico, ainda que provisório, do transtorno psicológico de um indivíduo. Entretanto, também podem usar as avaliações por diversas outras razões. Por exemplo, nas avaliações forenses, os clínicos determinam se um suspeito satisfaz os critérios de competência para ser julgado. Poderiam ainda fornecer aos empregadores informações que podem ser usadas para avaliar a adequação de um indivíduo para determinada função. As avaliações também são úteis quando os profissionais são consultados sobre o nível de funcionamento de um indivíduo em uma área específica. Uma mulher mais velha experimentando problemas de memória pode buscar avaliação neuropsicológica para determinar se tem um prejuízo cognitivo que exigirá outra intervenção.

No caso de Ben, o processo de avaliação é fundamental para entender a natureza de seus sintomas atuais. O terapeuta deve avaliar os papéis potenciais tanto de lesão cerebral como de coisas não relacionadas ao incidente do trem que podem ter causado o aparecimento dos sintomas. Seu plano de tratamento imediato e seu desenvolvimento psicológico de longo prazo dependerão do desfecho da avaliação. A dra. Tobin forneceu uma avaliação inicial e, como resultado, decidiu encaminhar Ben para um neuropsicólogo.

Para que tenham utilidade, os terapeutas devem manter as avaliações em padrões que garantam os resultados mais reproduzíveis e precisos. A confiabilidade de um teste indica a consistência das pontuações que produz. Em outras palavras, ele deve produzir os mesmos resultados independentemente de quando seja administrado, e o indivíduo deve responder aos itens do teste de forma semelhante. A validade do instrumento reflete o grau em que ele mede o que se destina a medir. Um teste de inteligência deve medir a inteligência, não a personalidade. Antes de usar um determinado teste, os clínicos devem estar cientes de sua confiabilidade e validade, informações facilmente encontradas na literatura publicada sobre o instrumento.

A profissão esforça-se para criar testes de modo que os resultados produzidos não variem de um profissional para outro. O critério de **padronização** especifica com clareza as instruções de administração e pontuação de um teste. Cada indivíduo que recebe o instrumento deve ter a mesma quantidade de tempo, e cada pessoa que verifica seu resultado deve fazê-lo da mesma maneira, de acordo com os mesmos critérios predefinidos. Além disso, uma determinada pontuação obtida no teste por uma pessoa deve ter um significado claro. De maneira ideal, os criadores desses instrumentos têm um banco de dados suficientemente substancial em relação ao qual comparar as pontuações de cada avaliando.

Além de determinar a confiabilidade e a validade de um teste, é importante levar em consideração sua aplicabilidade a testados de diversas características. Cada vez mais, os editores de testes estão criando suas medidas para uso com uma variedade de indivíduos em termos de nível de capacidade, primeira língua, herança cultural e idade. Por exemplo, os terapeutas podem precisar adaptar instrumentos de avaliação para uso com adultos mais velhos, que podem requerer letras maiores ou mais tempo, assim como instrumentos de escrita especiais para uso com aqueles que têm artrite (Edelstein, Martin, & McKee, 2000). Ainda assim, os profissionais precisam se assegurar de que estão usando o instrumento mais adequado para um determinado cliente.

Ao interpretar os resultados de testes, os profissionais precisam ter o cuidado de não cair na armadilha do chamado "Efeito Barnum". De-

* N. de R. T.: No Brasil, a avaliação psicológica (incluindo-se a psicometria) é um procedimento exclusivo do psicólogo.

signado pelo nome do legendário proprietário de circo P. T. Barnum, esta é a tendência de os clínicos involuntariamente fazerem afirmações genéricas e vagas sobre seus clientes que não caracterizam o cliente de maneira específica. Eis um exemplo de uma declaração de Efeito Barnum: "Júlia costuma ser tímida perto de outras pessoas, mas às vezes pode ser muito extrovertida. Quando se apresenta um desafio, ela com frequência consegue se sair muito bem, mas algumas vezes fica nervosa e intimidada". Essas duas sentenças *podariam* se aplicar a Júlia, mas também *podariam* ser aplicadas à maioria das outras pessoas. Portanto, elas não dizem nada de especial sobre Júlia. Além disso, a maior parte das pessoas acharia difícil discordar desse comentário. Você tem mais probabilidade de encontrar o Efeito Barnum ao ler seu horóscopo ou o texto de um biscoito pessoa. Estas são situações bastante inofensivas, a menos que você decida investir uma grande quantidade de dinheiro com base em um prognosticador tão duvidoso. Em uma situação clínica, o problema é que tais afirmações não são particularmente introspectivas ou reveladoras e não ajudam a inspirar o processo de avaliação.

Os profissionais devem se manter atualizados com a literatura para garantir que estejam usando os melhores métodos de avaliação possíveis. A avaliação baseada em evidência inclui (1) basear-se em achados de pesquisa e em teorias cientificamente viáveis; (2) usar medidas psicometricamente fortes; e (3) avaliar empiricamente o processo de avaliação (Hunsley & Mash, 2007). Seguindo essas diretrizes, os terapeutas garantem que irão avaliar seus clientes usando os materiais mais atuais e apropriados disponíveis. Por exemplo, uma clínica experiente pode ter uma preferência por usar os métodos de avaliação que aprendeu na faculdade, mas deve estar constantemente alerta para novos procedimentos fundamentados em tecnologia ou pesquisa mais recentes. De acordo com o critério (3), ela também deve desenvolver métodos para verificar se suas avaliações estão fornecendo informações úteis sobre seus clientes.

Por exemplo, considere o caso de uma avaliação que sugira que uma cliente está vivenciando sintomas depressivos significativos, ainda que busque ajuda para o que descreve como ataques de ansiedade. Seguindo os critérios para avaliação baseada em evidência, a profissional determinaria se o instrumento ou os instrumentos que usou para fazer o diagnóstico fornecem uma caracterização precisa dos sintomas da mulher conforme eles se desenvolvem ao longo do tratamento. De forma semelhante, no caso de Ben, o terapeuta deve validar cuidadosamente os achados da avaliação neuropsicológica obtendo medidas múltiplas para avaliar possível lesão cerebral.

3.2 Entrevista clínica

Os profissionais normalmente iniciam sua avaliação com a **entrevista clínica**, uma série de perguntas que administram na interação face a face com o cliente. As respostas a essas perguntas fornecem informações básicas importantes sobre os clientes, permitem que descrevam seus sintomas e que os clínicos façam observações capazes de orientar as decisões sobre os próximos passos, os quais podem incluir nova testagem.

A versão menos formal da entrevista clínica é a **entrevista não estruturada**, que consiste em uma série de perguntas abertas em relação aos sintomas do cliente, seu estado de saúde, sua história familiar e de vida e as razões para procurar ajuda. Além de anotar as respostas, o terapeuta também percebe a linguagem corporal do sujeito. Observando os sinais não verbais, o profissional pode notar se o cliente está vivenciando, por exemplo, ansiedade, dificuldades de atenção, falta de disposição para cooperar ou preocupação incomum com a testagem. Ele também pode usar sinais da aparência do cliente que dão outras indicações de seus sintomas, estado emocional ou dificuldades interpessoais. A entrevista clínica típica abrange as áreas resumidas na Tabela 3.2. O terapeuta pode variar a ordem das perguntas e o fraseado exato que usou para obter essa informação.

No caso de Ben, a entrevista clínica forneceu à dra. Tobin informações fundamentais sobre sua história, incluindo não apenas sua formação educacional e vocacional, mas também sua história de relacionamentos. Ela determinou que, antes do incidente, ele gostava de se relacionar com os outros, portanto, seu isolamento atual é uma mudança de seu padrão de funcionamento social anterior.

entrevista clínica

Uma série de perguntas que o médico administra na interação face a face com o cliente.

entrevista não estruturada

Uma série de perguntas abertas para determinar as razões de o cliente estar em tratamento, seus sintomas, estado de saúde, história familiar e história de vida.

TABELA 3.2 Áreas cobertas em uma entrevista clínica

Tópico	Propósito
Idade e sexo	Obter informações demográficas básicas.
Razão para o encaminhamento	Ouvir a razão do cliente para procurar tratamento, em suas próprias palavras.
Educação e história profissional	Obter a situação socioeconômica e determinar se o cliente ainda está trabalhando.
Situação social atual	Descobrir se o cliente mantém um relacionamento atual e o apoio social potencialmente disponível.
História de saúde física e mental	Determinar se o cliente tem alguma doença médica e se houve mudança recente na saúde. Descobrir sobre a história de problema presente, incluindo diagnósticos e tratamentos passados e se o tratamento foi útil ou não.
Uso de droga/álcool e medicamentos atuais	Determinar se o cliente está usando drogas psicoativas (incluindo álcool e cafeína). Obter lista de medicamentos para evitar possíveis interações com quaisquer intervenções psicofarmacológicas.
História familiar	Descobrir se a família do cliente tem transtornos médicos e psicológicos, particularmente algum relevante aos sintomas atuais do cliente.
Observações comportamentais	Observar comportamentos, incluindo não verbais, que indicam se o cliente está experimentando ansiedade ou humor alterado. Também observar se ele parece estar experimentando dificuldades na atenção ou na adesão. Tentar determinar o estado mental do cliente. Comparar sua aparência com a idade declarada. Determinar se é orientado para tempo, lugar e pessoa. Observar quaisquer comportamentos motores incomuns.

O dr. Washington obteve informações mais detalhadas de sua entrevista clínica com Ben. Após questionamento sobre seus sintomas, Ben declarou que tem dificuldade para se concentrar, mas que seu sintoma principal é a ocorrência de “pensamentos muito estranhos” que têm sido bastante perturbadores. Especificamente, ele sente muito medo de sair de seu apartamento porque acredita que a polícia irá prendê-lo como punição pelo “que [ele] fez”. Preocupa-se que os outros o culpem por matar pessoas no incidente e que, se voltar ao trabalho, os passageiros se voltarão contra ele, desse modo resultando em sua captura. Declara que passa várias horas por dia preocupado com as consequências do incidente e, às vezes, ouve vozes acusatórias que o culpam por ferir pessoas e lhe dizem que ele é um “monstro”. Ben relatou que apenas ouviu essas vozes algumas vezes nas últimas quatro semanas. Como a dra. Tobin observou, no entanto, ninguém foi ferido no incidente.

Embora relate que se sente angustiado sobre seus problemas psicológicos recentes, Ben afirmou que não tinha pensamentos de se ferir ou se matar. Ele também relatou que não tem conseguido dormir uma noite inteira desde o incidente. Às vezes, não consegue adormecer, e, quando consegue, pesadelos frequentes sobre o ocorrido o despertam, e sente que as pessoas que acredita ter matado no incidente o estão “assombrando”.

Ben declarou que, mesmo preocupado com o que tem vivenciado recentemente, tinha ficado muito constrangido para falar com alguém, pensando que estivesse “ficando louco”. Visto que não tinha mais se encontrado com os amigos ou com a família, e não estava indo trabalhar, as pessoas em sua vida não tinham conhecimento da extensão de seus problemas psicológicos após o incidente. Ben tirou uma licença para as duas primeiras semanas após o ocorrido e, desde então, tem ligado diariamente alegando estar doente. Quando a sugestão da testagem psicológica foi feita, Ben relatou que estava esperando que ela pudesse ajudar a revelar a natureza de seus sintomas perturbadores.

Como você pode ver, a entrevista clínica é um passo fundamental no processo de diagnóstico devido às informações que fornece em relação a sintomas atuais, história

e disponibilidade de apoio social do cliente. Além disso, o dr. Washington usou a entrevista como uma oportunidade para estabelecer *rapport* com Ben. Ao longo de uma entrevista de 30 a 45 minutos, o terapeuta deve ajudar o cliente a sentir-se o mais relaxado possível. Uma vez que o sujeito está fornecendo informações altamente pessoais, o profissional tenta fazê-lo se abrir por meio de questionamento respeitoso, mas também prático. Nesse sentido, a entrevista clínica não é como uma conversa comum.

Ao contrário da entrevista clínica, a **entrevista estruturada** fornece perguntas padronizadas que são formuladas da mesma forma para todos os clientes. Uma entrevista estruturada pode fornecer um diagnóstico sobre o qual basear o tratamento ou classificar os sintomas do cliente no espectro de um transtorno do DSM.

Uma das entrevistas clínicas mais amplamente utilizadas é a **Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-IV (SCID)**, apresentada na Tabela 3.3. Embora o título use a palavra “estruturada”, os médicos que administram a SCID modificam o fraseado e a ordem das perguntas para acomodar o indivíduo que estão examinando. Eles usam a SCID-I para fazer diagnósticos do Eixo I e a SCID-II para fazer diagnósticos do Eixo II. Ambas são concebidas de modo que o clínico possa adaptar as respostas particulares do entrevistado. As perguntas são formuladas na forma-padrão, mas o entrevistador escolhe quais fazer com base nas respostas do cliente a perguntas anteriores. Por exemplo, se uma cliente afirma que experimenta sintomas de ansiedade, o entrevistador seguiria com questões específicas sobre esses sintomas. Faria perguntas de seguimento apenas se a cliente declarasse que estava experimentando sintomas de

entrevista estruturada

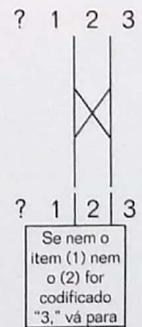
Uma série padronizada de perguntas de avaliação, com um fraseado e uma ordem predeterminados.

Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM-IV (SCID)

Uma entrevista clínica amplamente utilizada.

TABELA 3.3 Exemplo de perguntas da SCID para episódio depressivo maior atual

Episódio depressivo maior atual	Critérios de EDM
Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu humor	A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estavam presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.
No mês passado... ... houve um período de tempo em que você estava se sentindo deprimido ou abatido a maior parte do dia quase todos os dias? (Como era?)	(1) humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (p. ex., parece prestes a chorar).
Se sim: Quanto tempo durou? (Até duas semanas?)	
... e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas que você geralmente apreciava?	(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuído em todas, ou quase todas, as atividades a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
Se sim: Era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Até duas semanas?)	
	<i>Nota:</i> Ao avaliar os seguintes itens, codifique “1” se claramente devido a uma condição médica geral ou a delírios ou alucinações incongruentes ao humor.



FONTE: First, M. B., & Gibbon, M. (2004). “A Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I) e a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo II do DSM-IV (SCID-II). Em M. J. Hilsenroth e D. L. Segal (eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment*, vol. 2: *Personality assessment* (p. 134–143). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

ansiedade. Se ela dissesse que tinha sintomas diferentes, como humor deprimido, então as perguntas de seguimento indagariam mais sobre seu humor (First & Gibbon, 2004). A SCID-I leva de 45 a 90 minutos para ser administrada, dependendo da complexidade dos sintomas do cliente.

Uma vantagem da entrevista estruturada é que trata-se de uma abordagem sistemática menos sujeita a variações de um profissional para outro se comparada a uma entrevista não estruturada. Além disso, qualquer um com o treinamento adequado pode administrar a SCID, não necessariamente apenas profissionais da saúde mental diplomados. Isso tem valor prático na medida em que os clientes podem passar por uma avaliação inicial antes de iniciarem um processo terapêutico. Existe, ainda, uma versão de pesquisa da SCID que os profissionais podem usar para fornecer informações diagnósticas sistemáticas entre diferentes investigações. Os pesquisadores podem ter a confiança de que um diagnóstico de um transtorno do humor baseado na SCID significa a mesma coisa independentemente de quem tenha conduzido o estudo. Uma SCID para o DSM-5 está hoje em desenvolvimento.

3.3 Exame do estado mental

exame do estado mental

Um método de avaliar objetivamente o comportamento e o funcionamento de um cliente em uma série de esferas, com atenção particular aos sintomas associados com transtorno psicológico.

Um clínico usa um **exame do estado mental** para avaliar o estado de espírito atual de um cliente. Ao conduzir esse exame, ele verifica uma série de aspectos do sujeito, incluindo aparência, atitudes, comportamento, humor e afeto, fala, processos de pensamento, conteúdo do pensamento, percepção, cognição, *insight* e julgamento. O desfecho do exame do estado mental é uma descrição abrangente de como o cliente parece, pensa, sente e se comporta.

O Miniexame do Estado Mental (MMSE, Mini-mental state examination) é um instrumento estruturado que o terapeuta usa como um dispositivo de triagem breve para avaliar demência. Ele administra um conjunto de tarefas de memória curtas e compara as pontuações do cliente para estabelecer normas. Se o cliente pontua abaixo de um determinado ponto de corte, o terapeuta pode (e deve) continuar para uma testagem mais profunda de possíveis prejuízos cognitivos.

No caso de Ben, o dr. Washington observou que ele não estava experimentando um estado mental alterado no momento da entrevista. O cliente chegou na hora e estava alerta e totalmente orientado. Sua fala tinha tom, ritmo, volume, velocidade e prosódia normais. O clínico notou que sua linguagem receptiva parecia intacta, e ele era capaz de entender instruções de teste novas. Entretanto, sua aparência geral era um pouco desgredada (i.e., suas roupas estavam amassadas e ele não havia se barbeado). Seu afeto era apropriado, significando que seu estado emocional aparente combinava com o esperado na situação, embora fizesse algumas piadas ao ficar frustrado durante a administração de um teste que achou difícil. Em geral, porém, ao longo de toda a testagem cooperou com o examinador e parecia motivado e interessado nos testes em si. O dr. Washington decidiu não administrar um exame do estado mental formal. Em vez disso, prosseguiu diretamente para uma testagem neuropsicológica e da personalidade.

3.4 Teste de inteligência

Muitas profissões (i.e., saúde mental, ensino, negócios, órgãos do governo) utilizam testes de inteligência (QI) para uma variedade de avaliações, incluindo avaliação cognitiva global, diagnóstico de dificuldades de aprendizagem, determinação de dotação ou retardo mental e previsão de realização acadêmica futura. Os terapeutas às vezes também utilizam testes de QI no diagnóstico de transtornos neurológicos e psiquiátricos, em cujos casos eles são um componente de um procedimento de avaliação mais abrangente. Finalmente, departamentos de recursos humanos com frequência usam testes de QI na seleção de pessoal para avaliar o potencial de desempenho dos empregados em condições específicas.

Por meio desses testes, os profissionais podem obter pontuações padronizadas que lhes permitem avaliar as forças e fraquezas cognitivas de seus clientes. Os testes de inteligência mais comumente utilizados em contextos clínicos são na base individual, fornecendo uma ampla visão das capacidades do cliente de realizar uma variedade de tarefas perceptuais, de memória, de raciocínio e de velocidade.

TABELA 3.4 Tipos de capacidades avaliadas pelo Stanford-Binet 5 (SB5)

Escala	Definição	Exemplo
Raciocínio Fluido	Capacidade de resolver problemas novos	Selecionar fichas de figuras em grupos de três
Conhecimento	Cabedal de informações gerais acumulado	Demonstrar como realizar determinada ação
Raciocínio Quantitativo	Capacidade de resolver problemas com números e conceitos numéricos	Contar um conjunto de itens
Raciocínio Visuoespacial	Capacidade de analisar relacionamentos espaciais e conceitos geométricos	Montar formas tipo quebra-cabeças
Memória Operacional	Capacidade de armazenar, transformar e recuperar informações na memória de curto prazo	Lembrar uma sequência de batidas

FONTE: Roid & Barram, 2004.

Teste de Inteligência de Stanford-Binet

Desenvolvido pela primeira vez no início da década de 1900 por Alfred Binet, o Stanford-Binet está agora em sua quinta edição, conhecida como o Stanford-Binet 5 (SB5). Crianças que fazem esse teste recebem uma pontuação de **desvio de inteligência (QI)**, calculada pela conversão de suas pontuações brutas em escores padronizados que refletem onde o infante se encontra em relação a outros de idade e gênero semelhantes. A pontuação média de desvio de QI é fixada em 100 com um desvio-padrão de 15. Se uma criança recebe uma pontuação de QI do SB5 de 115, isso significa que ela se encontra acima do QI de 68% da população.

Além de produzir uma pontuação de QI global, o SB5 produz pontuações em medidas de escalas intituladas Raciocínio Fluido, Conhecimento, Raciocínio Quantitativo, Raciocínio Visuoespacial e Memória Operacional (Tab. 3.4). Essas escalas visam fornecer um maior entendimento das forças e fraquezas cognitivas da criança não necessariamente transmitidas em uma pontuação de QI global.

Escalas de Inteligência Wechsler

O primeiro teste individual abrangente que os pesquisadores criaram específico para medir a inteligência adulta foi a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS). Desenvolvida originalmente em 1939, por David Wechsler, como o teste Wechsler-Bellevue, a WAIS, publicada pela primeira vez em 1955, está agora em sua quarta edição (WAIS-IV) (D. Wechsler, 2008). Os pesquisadores seguintes desenvolveram testes paralelos para crianças com base no mesmo formato das escalas para adultos. Aqueles em uso atualmente são a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças—quarta edição (WISC-IV) (D. Wechsler, 2003) e a Escala de Inteligência Wechsler Pré-escolar e Primária—terceira edição (WPPSI-III) (D. Wechsler, 2002).

Wechsler a princípio buscou desenvolver um instrumento para ser usado em contextos clínicos, não apenas em escolas. Ele também acreditava que era importante incluir testes verbais e não verbais. Na origem, intitulou essas categorias “Verbal” e “Execução”. Por muitos anos, os profissionais relataram as pontuações da WAIS em termos dessas duas classificações de subtestes. Contudo, ao longo do tempo ficou cada vez mais evidente que essas duas pontuações categóricas não capturavam de forma adequada toda a complexidade do funcionamento intelectual. Portanto, a WAIS-III foi revisada substancialmente em 2008 para se tornar a WAIS-IV, que agora inclui novos testes e um sistema de pontuação diferente.

desvio de inteligência (QI)

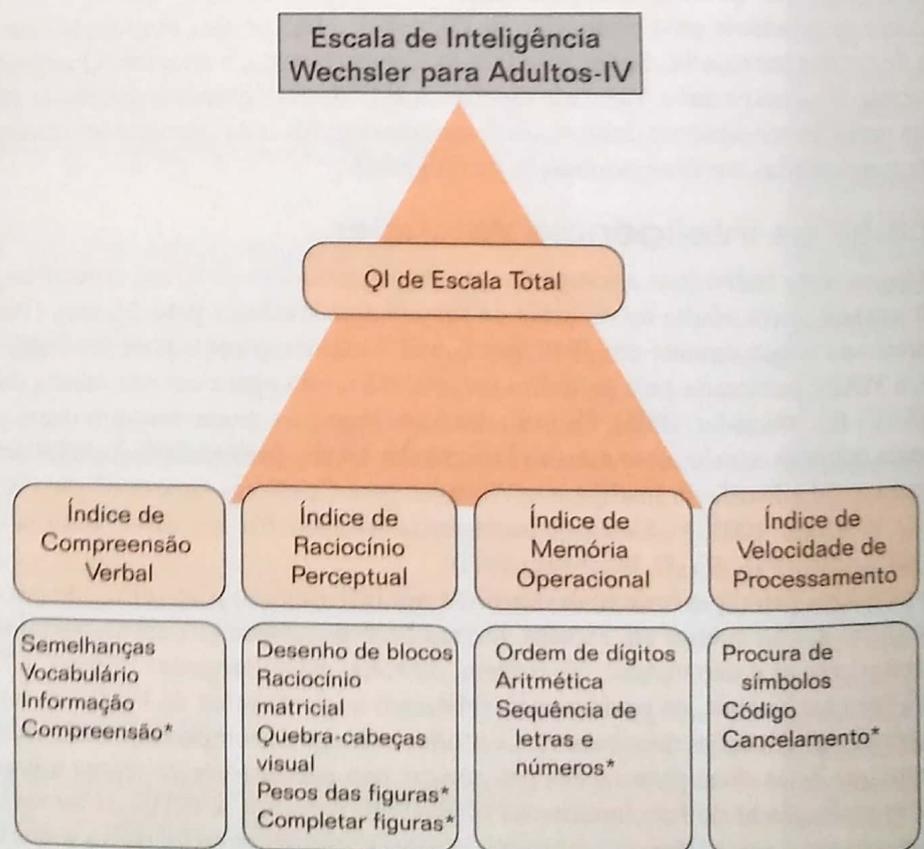
Um índice de inteligência derivado da comparação da pontuação do indivíduo em um teste de inteligência com a pontuação média para o grupo de referência daquele indivíduo.

TABELA 3.5 Escalas na Escala de Inteligência Wechsler para Adultos-IV (WAIS-IV)

Escala	Testes	Tipo de item
Compreensão Verbal	Vocabulário	Defina a palavra "barril"
	Informação	Quantos minutos há em uma hora?
	Compreensão	Por que as plantas necessitam de água?
	Semelhanças	Qual a semelhança entre um elefante e um gato?
Raciocínio Perceptual	Raciocínio matricial	Escolha qual padrão se segue logicamente após um conjunto de padrões
	Quebra-cabeças visual	Organize um conjunto de blocos para que reproduzam um desenho
	Desenho de blocos	Diga o que está faltando em uma figura de um objeto comum
	Completar figuras	
Memória Operacional	Dígitos na ordem direta	Lembre uma série de dígitos na ordem direta
	Dígitos na ordem inversa	Lembre uma série de dígitos na ordem inversa
	Sequência de letras e números	Lembre um conjunto de itens do menor ao maior
		Lembre um conjunto de letras e números misturados do maior para o menor
Velocidade de Processamento	Procurar símbolos	Copie os números que correspondem aos símbolos nas caixas apropriadas
	Codificar	

A WAIS-IV, como suas antecessoras e o SB5, produz uma pontuação de QI global baseada em média normatizada por idade de 100 e desvio-padrão de 15. Entretanto, a escala de QI total não é tão útil para propósitos clínicos quanto as pontuações em Compreensão Verbal, Raciocínio Perceptual, Memória Operacional e Velocidade de Processamento (Tab. 3.5). A intenção da WAIS-IV é permitir aos médicos que examinem mais profundamente o funcionamento cognitivo do cliente ao longo dessas dimensões-chave.

Você pode pensar nas pontuações da WAIS-IV como se formassem um triângulo (ver Fig. 3.1). No topo está o QI de Escala Total (FSIQ), que reflete o funcionamento

FIGURA 3.1 Estrutura da WAIS-IV.

*Subteste suplementar

TABELA 3.6 Pontuações de Ben na WAIS-IV

Escala total:	115		
Índice de Compreensão Verbal	132		
Índice de Raciocínio Perceptual	107		
Índice de Memória Operacional	111		
Índice de Velocidade de Processamento	97		
Subtestes individuais:			
Vocabulário	15	Completar Figuras	12
Semelhanças	17	Código	7
Aritmética	13	Desenho de Blocos	10
Ordem de dígitos	11	Raciocínio Matricial	14
Informação	14	Procura de Símbolos	12
Compreensão	18	Pesos das Figuras	13
Sequência de Letras e Números	10	Quebra-cabeças Visual	10
		Cancelamento	12

cognitivo geral e é o melhor prognosticador isolado de realização escolar na WAIS-IV. Abaixo do escore FSIQ no topo da pirâmide estão quatro pontuações-índice. O Índice de Compreensão Verbal (ICV) avalia o conhecimento adquirido e as habilidades de raciocínio verbal. O Índice de Raciocínio Perceptual (IRP) mede os raciocínios visuoespaciais e fluido. O Índice de Memória Operacional (IMO) mede a capacidade de manter e processar informações na memória. O Índice de Velocidade de Processamento (IVP) mede a capacidade de processar informação não verbal com rapidez. Além de interpretar as pontuações-índice, os terapeutas propõem hipóteses sobre o desempenho dos indivíduos com base em uma interpretação de agrupamentos clínicos, que consistem em várias combinações de pontuações de subescalas individuais.

Visto que a WAIS-IV é administrada em uma base individual, os clínicos têm amplas oportunidades de observar o comportamento dos testados durante o teste, possivelmente obtendo informações diagnósticas valiosas para complementar as pontuações do teste. De fato, as instruções para se calcular a pontuação da WAIS-IV trazem sugestões para o examinador incluir observações comportamentais, como a fluência do indivíduo na língua; a aparência física; problemas com visão, audição ou comportamento motor; dificuldades com atenção e concentração; motivação para testagem; e quaisquer comportamentos incomuns que o testado apresente.

A Tabela 3.6 mostra o desempenho de Ben na WAIS-R. Seu FSIQ era 115, indicando que tem um nível de desempenho acima da média (superior a 68% da população). Todavia, se examinar o padrão inteiro de suas pontuações, você perceberá que Ben demonstrou alta variabilidade entre as pontuações-índice que constituem o FSIQ. Esse tipo de variabilidade sugere uma ampla variação em suas capacidades cognitivas. O médico considerou digno de atenção que a pontuação agrupada de Velocidade de Processamento de Ben era baixa (mais alta apenas que 40% da população). Isso sugere dificuldade com a percepção de padrões e estímulos visuais, particularmente quando a velocidade é um fator. O aparecimento dessa pontuação baixa em um subteste no qual ele deveria ter tido bom desempenho (em razão de seu trabalho) indica que pode haver lesão às áreas de seu cérebro envolvidas no processamento de informação espacial.

Durante a administração da WAIS-IV, o dr. Washington registrou de forma cuidadosa o comportamento de seu cliente, dando corpo ao quadro fornecido pelas próprias pontuações do teste. Ben declarou várias vezes durante toda a sessão de testagem que “eles lhe dão uma falsa confiança no início”, referindo sua frustração à medida que o teste se tornava mais difícil. Apesar dessa frustração, permaneceu determinado a concluir a avaliação. Por exemplo, ele levou quase seis minutos para completar o item final de Desenho de Blocos, e finalmente declarou: “Não faz sentido—não há blocos suficientes”. No subteste de Raciocínio Matricial, levou quase um minuto para cada resposta na par-

te final da tarefa. Enquanto completava o subteste Pesos das Figuras, comentou sobre coisas com as quais as formas no livro de estímulo se pareciam e fez várias piadas durante toda a administração. Na tarefa Sequência de Letras e Números, antes de dar sua resposta a cada item, descrevia como cada uma se correlacionava com o nome de um tipo diferente de navio ou avião do exército. À medida que os testes se tornaram mais difíceis na parte final da sessão de testagem, pareceu visivelmente inquieto e começou a batucar os dedos nas pernas. Em tarefas que exigiam respostas verbais, forneceu elaborações longas e, quando o teste requeria uma resposta curta, às vezes respondia cantarolando.

3.5 Teste de personalidade

Os profissionais usam testes de personalidade para entender os pensamentos, os comportamentos e as emoções de uma pessoa. Há duas formas principais de testes de personalidade: autorrelato e projetivos. Esses testes diferem na natureza de seus itens e na forma como são pontuados.

Testes de autorrelato

Um **inventário clínico de autorrelato** contém perguntas padronizadas com categorias de respostas fixas que o testado pode completar no papel ou no computador. Os testados avaliam a adequação do item a si próprios em uma escala fixa. Esses testes são objetivos no sentido de que a pontuação não envolve qualquer forma de julgamento subjetivo por parte do examinador. Na verdade, os computadores podem tanto pontuar esses testes como produzir relatos explanatórios breves. Entretanto, os médicos precisam equilibrar as vantagens de sua objetividade com a possibilidade de que esses relatos estejam sujeitos ao Efeito Barnum. Visto que se baseiam em um conjunto de algoritmos para produzir seus relatos, os programas de computador correm o risco de ser excessivamente genéricos e não adaptados às idiosincrasias particulares do testado.

Apesar de tudo, uma vantagem importante dos inventários de autorrelato é que são bastante fáceis de administrar e pontuar. Por consequência, grandes números de pessoas podem realizá-los de uma maneira eficiente. Os clínicos podem tirar partido da riqueza de informações sobre a validade e a confiabilidade dos inventários de autorrelato mais conhecidos ao interpretarem as pontuações de seus próprios clientes.

Há literalmente centenas de inventários clínicos de autorrelato, muitos dos quais os pesquisadores desenvolveram de forma específica para investigar problemas médicos ou determinadas áreas de pesquisa. Como é o caso com testes como o MMPI, os profissionais devem ter o cuidado de garantir que as medidas satisfaçam os padrões de confiabilidade e validade antes de interpretarem suas pontuações.

O inventário de autorrelato mais popular é de longe o Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (MMPI), publicado originalmente em 1943. A versão atual desse teste é sua revisão de 1989, conhecida como o MMPI-2 (Tab. 3.7). Nela, há 567 itens no formato verdadeiro-falso, todos na forma de afirmações que descrevem pensamentos, comportamentos, sentimentos e atitudes do indivíduo. A intenção original do MMPI era fornecer pontuações em 10 chamadas “escalas clínicas”, que correspondem às principais categorias diagnósticas, como esquizofrenia, depressão e ansiedade. Os desenvolvedores do teste incluíram três escalas de “validade” adicionais a fim de se prevenirem contra pessoas tentando fingir saúde ou doença psicológica excepcionais.

Nas décadas após sua publicação, pesquisadores e clínicos tiveram a consciência das limitações nas pontuações da escala clínica do MMPI-2. Elas não correspondiam às categorias clínicas originais, significando que eles não podiam interpretá-las como os desenvolvedores da escala planejaram a princípio (i.e., uma pontuação alta na escala de “Esquizofrenia” não significava que o indivíduo tivesse esse diagnóstico). Por isso, usuários do MMPI-2 estão incorporando as escalas clínicas (ECs) reestruturadas, mais recentes, do MMPI. Na verdade, a versão mais recente desse inventário é o MMPI-2-RF, publicada em 2008 (Tab. 3.8). Ela é baseada inteiramente nas escalas reestruturadas. Contendo apenas 338 itens, a última versão do MMPI-2 também fornece pontuações para os chamados fatores de “ordem superior”, que indicam o funcionamento emocional, cognitivo e comportamental global do cliente.

inventário clínico de autorrelato

Um teste psicológico com perguntas padronizadas de categorias de respostas fixas que o testado completa independentemente, autorrelatando o grau em que as respostas são caracterizações precisas.

TABELA 3.7 Escalas clínicas e de validade do MMPI-2, com itens adaptados

Escala	Nome da escala	Tipo de conteúdo	Item adaptado
Escalas clínicas			
1	Hipocondria	Preocupações e interesses corporais, medo de doença	Tenho momentos difíceis com náusea e vômitos.
2	Depressão	Infelicidade e sentimentos de valor pessoal baixo	Eu queria ser tão feliz quanto os outros parecem ser.
3	Histeria	Negação de problemas psicológicos e reações excessivas a situações estressantes Várias queixas corporais	Frequentemente minha cabeça parece doer em todos os lugares.
4	Desvio psicopático	Tendências antissociais e delinquência	Ocasionalmente sou mandado para a sala do diretor por mau comportamento.
5	Masculinidade-feminilidade	Adoção de comportamentos e atitudes de papel sexual estereotipados	Gosto de ler histórias românticas (item feminino).
6	Paranoia	Sentimentos de perseguição e desconfiança dos outros	Eu teria sido mais bem-sucedido se os outros não fossem vingativos.
7	Psicastenia	Impulsos incontroláveis para pensar e agir Medos irracionais	Às vezes tenho pensamentos terríveis demais para serem discutidos.
8	Esquizofrenia	Perturbações do pensamento, humor e comportamento	Tive algumas experiências bastante bizarras.
9	Hipomania	Humor elevado, fala e atividade motora acelerada	Fico excitado pelo menos uma vez por semana.
10	Introversão social	Tendência a afastar-se de situações sociais	Geralmente não falo primeiro. Espero que os outros falem comigo.
Escalas de Validade (compostas de itens das escalas clínicas)			
L	Escala da mentira	Autorrepresentação irrealisticamente positiva.	
K	Correção	Semelhante à escala L – indicação mais sofisticada de tendência a autorrepresentação positiva.	
F	Infrequência	Apresenta-se de uma forma irrealisticamente negativa	

FONTE: MMPI®-2 (Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota®-2) *Manual para Administração, Pontuação e Interpretação*. Copyright © 2001 pelos Regentes da Universidade de Minnesota. Todos os direitos reservados. Usada com permissão da University of Minnesota Press.

TABELA 3.8 Escalas clínicas do MMPI-2-RF

Escala	Nome da escala	Tipo de conteúdo
RCd	Desmoralização	Infelicidade e insatisfação geral
RC1	Queixas somáticas	Queixas de saúde física difusas
RC2	Emoções positivas baixas	Ausência de resposta emocional positiva
RC3	Cinismo	Sem expressão de crenças autorreferenciais
RC4	Comportamento antissocial	Quebra de regras e comportamento irresponsável
RC6	Ideias de perseguição	Crença de que os outros lhe são uma ameaça
RC7	Emoções negativas disfuncionais	Ansiedade, raiva e irritabilidade mal-adaptativas
RC8	Experiências aberrantes	Pensamentos ou percepções insólitos
RC9	Ativação hipomaniaca	Ativação excessiva, agressividade, impulsividade e grandiosidade

FONTE: Ben-Porath, 2010.

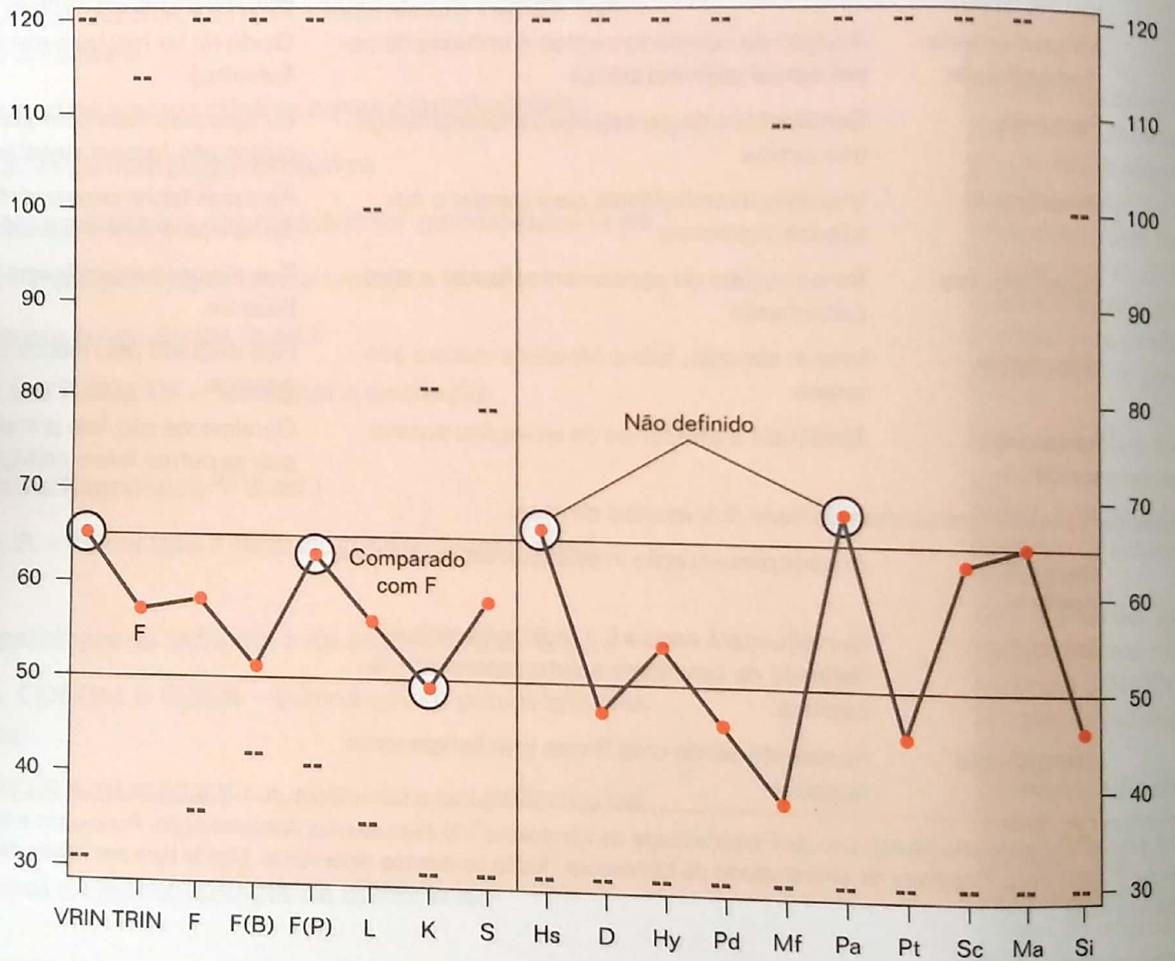
O Inventário de Avaliação da Personalidade (PAI) (Morey, 1992) consiste em 344 itens organizados em 11 escalas clínicas, 5 escalas de tratamento, 2 escalas interpersonais e 4 escalas de validade. Uma vantagem do PAI é a possibilidade de os profissionais usarem-no com clientes que não têm as habilidades de linguagem ou leitura para completar o MMPI-2. Além disso, ao contrário do MMPI, a escala de validade é calculada independentemente de qualquer das escalas de conteúdo.

O SCL-90-R (Derogatis, 1994)* mede a experiência atual do testado de 90 sintomas físicos e psicológicos. Uma de suas vantagens é que se concentra no estado atual do cliente em vez de perguntar sobre sintomas durante um período de tempo anterior. Portanto, os clínicos podem acompanhar o progresso de seus clientes em múltiplas ocasiões.

Menos orientado ao uso clínico é o Inventário da Personalidade NEO (Revisado) (NEO-PI-R) (Costa & McCrae, 1992), um questionário de 240 itens que mede cinco di-

FIGURA 3.2 O MMPI-2 de Ben

PERFIL NAS ESCALAS DE VALIDADE E CLÍNICAS DO MMPI-2



Pontuação bruta:	9	8	7	2	3	5	15	32	11	17	23	15	20	15	9	19	23	21
Correção de K:									8			6			15	15	3	
Pontuação T (traçado no gráfico):	65	57F	58	51	63	56	49	58	66	47	54	46	38	68	45	63	65	46
Pontuação T sem orientação de gênero:	65	57F	59	50	64	57	50	58	64	45	53	46		67	44	63	66	45
% de resposta:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98	100	100	99

Nota: As pontuações T Uniformes mais altas e mais baixas possíveis em cada escala são indicadas por um *..*.

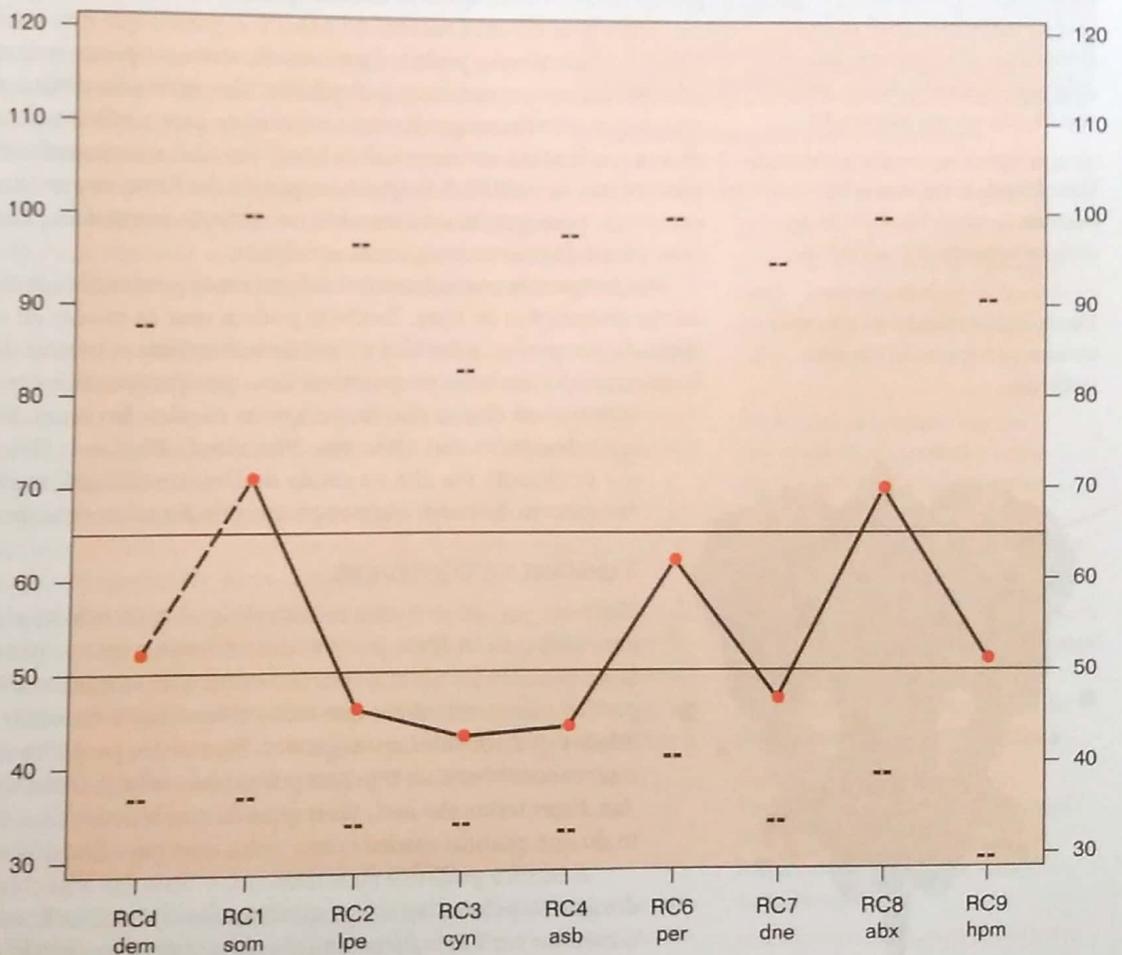
* N. de R. T.: Symptom Checklist-90-Revised, utilizado para indivíduos maiores de 60 anos de idade, tem tempo de aplicação entre 12 a 15 minutos constando de 90 itens, 9 escalas e 3 índices de mal-estar geral.

mensões, ou conjuntos de traços. As escalas são concebidas de modo que possam ser completadas tanto pelo avaliando como por indivíduos que o conhecem, tais como cônjuges, companheiros ou parentes (Forma R). As pessoas usam mais o NEO-PI-R na pesquisa da personalidade ou na seleção de pessoal do que em contextos clínicos, embora ele possa ter valor ao descrever a "personalidade" dos clientes como distinta de seus sintomas.

Clínicos e pesquisadores também podem usar inventários de autorrelato específicos, destinados a investigar transtornos em particular ou questões de pesquisa para as quais um teste geral pode não ser tão relevante. Há literalmente centenas de instrumentos desenvolvidos para esses propósitos específicos. Esses inventários também podem complementar métodos de avaliação mais gerais.

Você pode ver as pontuações do MMPI-2 de Ben na Figura 3.2. Suas pontuações na escala de Paranoia eram um pouco elevadas, e ele confirmou diversos itens essenciais relacionados diretamente com psicose, tais como "Eu não tenho inimigos que realmente desejem me prejudicar" (Falso), "Eu tenho pensamentos estranhos e peculiares" (Verdadeiro) e "Às vezes meus pensamentos são mais acelerados do que eu consigo

PERFIL NAS ESCALAS CLÍNICAS REESTRUTURADAS DO MMPI-2



	RCd dem	RC1 som	RC2 lpe	RC3 cyn	RC4 asb	RC6 per	RC7 dne	RC8 abx	RC9 hpm
Pontuação bruta:	4	10	3	3	3	2	4	7	14
Pontuação T (traçada no gráfico):	52	71	46	43	44	62	47	70	51
Pontuação T sem orientação de gênero:	51	68	47	44	46	63	46	69	53
% de resposta:	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Nota: As pontuações T Uniformes mais altas e mais baixas possíveis em cada escala são indicadas por um "**".

Legenda		
dem = desmoralização	cyn = cinismo	dne = emoções negativas disfuncionais
som = queixas somáticas	asb = comportamento antissocial	abx = experiências aberrantes
lpe = emoções positivas baixas	per = ideias de perseguição	hpm = ativação hipomaníaca

verbalizá-los" (Verdadeiro). De acordo com suas respostas, ele pode ter conteúdo de pensamento incomum e com frequência suspeitar que os outros estejam dizendo coisas ruins a seu respeito. Como resultado, pode se sentir desconectado da realidade. Ele pode acreditar que seus sentimentos e pensamentos sejam controlados por terceiros. Seu conteúdo de pensamento anormal ficou evidente algumas vezes durante a administração da WAIS-IV em suas reações incomuns a certos itens do teste. Suas pontuações no MMPI-2, entretanto, indicam que ele não tende a ser impulsivo ou a assumir riscos físicos e, geralmente, segue regras e leis. É possível que estes sejam fatores protetores para Ben uma vez que pode ser capaz de manter algum controle sobre seus pensamentos anormais, o que pode diferenciá-lo de pessoas com transtornos psicóticos diagnosticáveis.

Examinando as pontuações de Ben, o dr. Washington concluiu que seus recursos de enfrentamento limitados podem ser um problema mais situacional do que de longa duração. Além disso, o perfil clínico de seu cliente sugere que ele pode ser excessivamente sensível e responsivo às opiniões dos outros. Pode enfatizar demais a racionalidade e ser moralista e rígido em suas atitudes e opiniões. Logo, talvez seja propenso a discussões e tenda a culpar os outros e a agir com desconfiança, reserva e prevenção nos relacionamentos. Isso pode explicar seu relato de ter poucos amigos íntimos na faculdade e sua preferência por ficar sozinho em seu quarto.

Com base em seus escores no MMPI-2, parece que Ben tem um sentido de masculinidade tradicional e pode ter preferências estereotipicamente masculinas no trabalho, nos passatempos e em outras atividades. Na entrevista clínica, ele relatou não ter tido relações românticas significativas anteriores com mulheres, o que pode ser resultado de sua tendência a ser reservado e hostil em seus relacionamentos com os outros. Suas pontuações no MMPI-2-R apontam que ele confirma experiências aberrantes, mas seu escore em perseguição está inserido na variação normativa. Também recebeu pontuações acima da norma em queixas somáticas.

Os terapeutas normalmente interpretam as pontuações do MMPI-2 no contexto de outras pontuações de teste. Também podem usar as escalas de conteúdo para dar consistência aos perfis fornecidos pelas 10 escalas clínicas básicas do MMPI-2. O MMPI-2 Reestruturado também proporciona uma perspectiva diferente sobre o estado psicológico atual de um cliente, porque as escalas de conteúdo fornecem um resumo mais descritivo dos sintomas. No caso de Ben, o dr. Washington observou que sua pontuação era alta na escala de Desmoralização, sugerindo que ele se sentia desencorajado e sem esperanças em relação a sua situação de vida atual.

Testes projetivos

Um **teste projetivo** é uma técnica na qual o examinador faz perguntas sobre um item ambíguo. A ideia por trás desses testes é que as pessoas não podem ou não farão declarações precisas em inventários de autorrelato. Por exemplo, os clientes podem não querer dizer que estão vivenciando sintomas incomuns ou têm qualidades que consideram negativas. Nos testes projetivos, eles podem ser menos reservados sobre suas repostas porque não sabem como o avaliador irá interpretá-las. Esses testes são mais úteis quando combinados com inventários de autorrelato do que quando usados como única base para diagnosticar ou avaliar o cliente.

A técnica projetiva mais famosa é o Teste das Manchas de Tinta de Rorschach, designado pelo nome do psiquiatra suíço Hermann Rorschach, que desenvolveu o método em 1911. Para administrar o teste, o examinador mostra ao testado um conjunto de 10 cartões (5 em preto e branco, 5 com cores), um por um. A tarefa do sujeito é descrever com o que a mancha de tinta se parece. Embora o método pareça bastante simples, ao longo do século passado pesquisadores e médicos continuaram a refinar suas técnicas de pontuação.

O Teste de Apercepção Temática (TAT) apresenta aos testados uma tarefa diferente da do Rorschach. Eles olham desenhos em preto e branco que retratam pessoas em uma variedade de situações ambíguas. A tarefa deles é contar uma história sobre o que está acontecendo em cada cena, focalizando detalhes como o que as personagens na figura estão pensando e sentindo. O propósito original do

teste projetivo

Uma técnica na qual são apresentados ao testado um item ou uma tarefa ambíguos, e ele deve responder fornecendo seu próprio significado ou sua percepção.

avaliação comportamental

Uma forma de mensuração baseada no registro objetivo do comportamento do indivíduo.

comportamento-alvo

Um comportamento de interesse ou uma preocupação em uma avaliação.



A percepção de Ben desta mancha de tinta do tipo Rorschach foi "Uma máscara de diabo que está saltando para te pegar. Também uma semente, algum tipo de semente que está se dividindo em duas metades iguais. Poderia ser um sinal de concepção e, no entanto, está morrendo. Ela está perdendo parte de si mesma, se dissolvendo, se enfurecendo".

TAT era avaliar motivação como a necessidade de realização ou a necessidade de poder. Assim como o Rorschach, seu uso evoluiu ao longo do tempo, e os médicos podem administrá-lo como parte de uma bateria de testes maior.

No caso de Ben, o dr. Washington decidiu não conduzir a testagem projetiva até que ele completasse a avaliação neuropsicológica. Os médicos normalmente não administram esses instrumentos como parte de uma bateria-padrão, em particular se existe a possibilidade de que os sintomas do cliente estejam relacionados a trauma ou lesão.

3.6 Avaliação comportamental

Ao contrário dos testes psicológicos, as **avaliações comportamentais** registram ações mais do que respostas a escalas ou questões de avaliação. O **comportamento-alvo** é aquele que o cliente e o clínico desejam mudar. As avaliações comportamentais incluem descrições dos eventos que precedem ou seguem os comportamentos. Chamamos os eventos precedentes de *antecedentes*, e aqueles que ocorrem após o comportamento, de *consequências*.

Por exemplo, uma criança em uma sala de aula pode ser incomumente perturbadora logo após o recreio, mas não logo após o almoço. Quando os profissionais registram comportamentos em seu contexto natural, como na sala de aula ou em casa, isso é chamado de **observação in vivo**. Entretanto, nem sempre é possível ou prático conduzir uma observação *in vivo*. Os professores ou seus auxiliares muito provavelmente estarão ocupados demais para registrar o comportamento de uma criança, e ter um clínico na sala de aula criaria uma distração ou influenciaria o comportamento que está sendo observado.

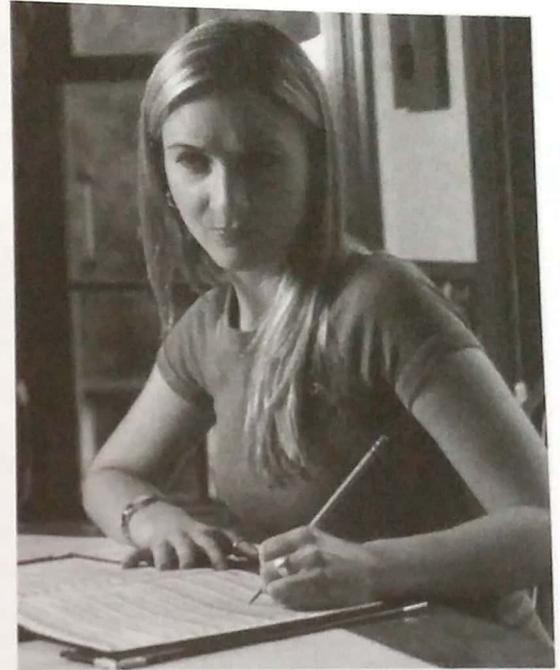
As **observações análogas** ocorrem em ambientes ou contextos como um consultório profissional ou laboratório designado especificamente para observação do comportamento-alvo. O terapeuta que avalia uma criança disruptiva necessitaria organizar uma situação o mais comparável possível ao ambiente natural da sala de aula para que sua observação análoga tenha utilidade.

Os clientes também podem relatar seu próprio comportamento em vez de ter alguém os observando. Em um **autorrelato comportamental**, o sujeito registra o comportamento-alvo, incluindo seus antecedentes e consequências. A **automonitoração** é uma forma de autorrelato comportamental na qual o cliente mantém um registro da frequência de comportamentos especificados, tais como o número de cigarros que fumou, as calorias que consumiu ou o número de vezes por dia que um determinado pensamento indesejado veio a sua mente. Os profissionais também obtêm informações de seus clientes usando a **entrevista comportamental**, na qual fazem perguntas sobre a frequência, os antecedentes e as consequências do comportamento-alvo.

3.7 Avaliação multicultural

Quando conduzem uma avaliação, os psicólogos devem levar em consideração a herança cultural, étnica e racial da pessoa, o que é feito por meio de uma **avaliação multicultural**. Ao avaliar clientes que não falam o idioma local ou o tem como segunda língua, os clínicos devem fazer uma série de perguntas: O cliente entende o processo de avaliação o suficiente para fornecer consentimento informado? Ele entende as instruções para o instrumento? Há dados normativos para seu grupo étnico? Mesmo se parecerem razoavelmente fluentes, os clientes podem não entender expressões idiomáticas para as quais há múltiplos significados (Weiner & Greene, 2008).

Os editores de testes psicológicos estão sempre reavaliando os instrumentos para garantir que uma variedade de clientes possa entender seus itens. Ao mesmo tempo, estagiários diplomados em programas clínicos são treinados para entender as heranças



Os pacientes frequentemente completam autorrelatos individuais de padrões comportamentais como parte de uma avaliação psicológica abrangente.

observação in vivo

Processo envolvendo o registro de comportamento em seu contexto natural, tal como a sala de aula ou a casa.

observações análogas

Avaliações que acontecem em um ambiente ou contexto, como um consultório de um terapeuta ou laboratório, designado especificamente para observação do comportamento-alvo.

autorrelato comportamental

Método de avaliação comportamental no qual o indivíduo fornece informações sobre a frequência de determinados comportamentos.

automonitoração

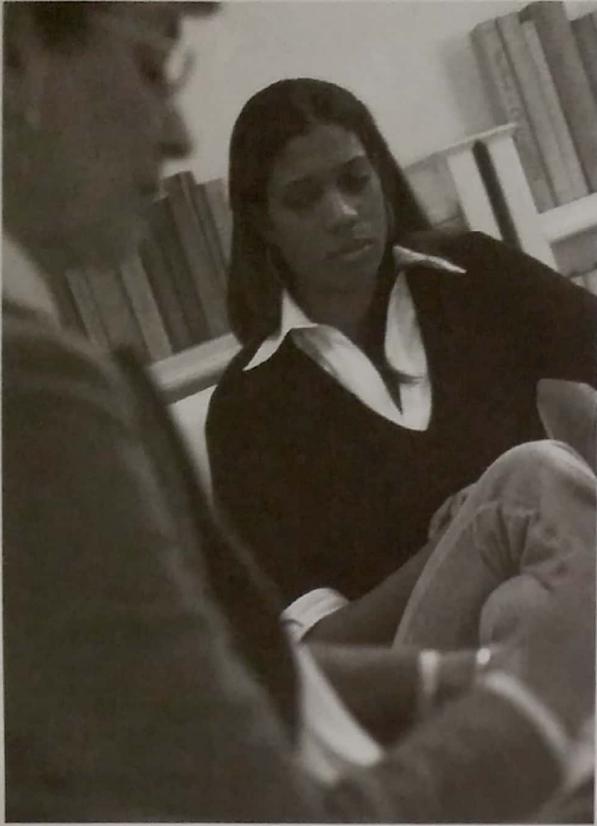
Uma técnica de autorrelato na qual o cliente mantém um registro da frequência de comportamentos especificados.

entrevista comportamental

Processo de avaliação em que os clínicos fazem perguntas sobre frequência, antecedentes e consequências do comportamento-alvo.

avaliação multicultural

Processo de avaliação no qual os profissionais levam em consideração a herança cultural, étnica e racial da pessoa.



É importante que os psicólogos levem em consideração as questões multiculturais ao longo de todo o processo de avaliação.

avaliação neuropsicológica

Um processo de obter informações sobre o funcionamento cerebral de um cliente com base no desempenho em testes psicológicos.

culturais daqueles que avaliam. Eles também estão aprendendo a observar criticamente os instrumentos de avaliação e a reconhecer quando necessitam de aconselhamento (Dana, 2002).

3.8 Avaliação neuropsicológica

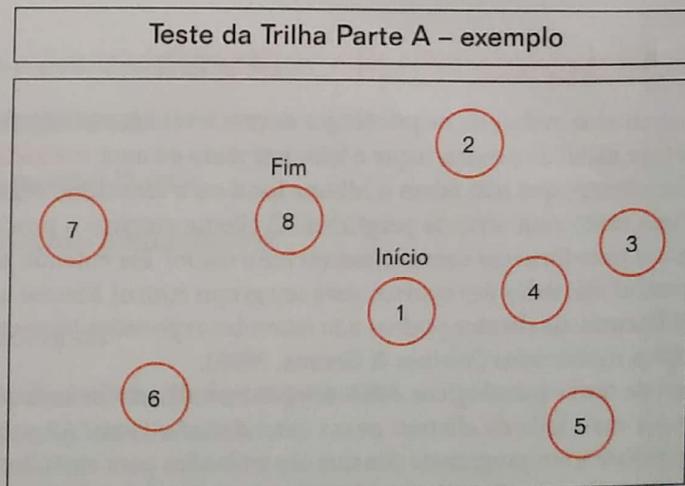
A **avaliação neuropsicológica** é o processo de obter informações sobre o funcionamento cerebral de um cliente com base em seu desempenho em testes psicológicos. Os clínicos usam medidas de avaliação neuropsicológica para tentar determinar os correlatos funcionais de dano cerebral comparando o desempenho de um cliente em um determinado teste a dados normativos de indivíduos que têm reconhecidamente certos tipos de lesões ou transtornos. Não há um procedimento estabelecido para conduzir uma avaliação neuropsicológica. Determinados profissionais podem ter preferências por certos testes, mas estas não são definitivas. Além disso, os neuropsicólogos em geral escolhem testes que os ajudarão a entender os sintomas presentes no cliente e seus possíveis diagnósticos. A idade do sujeito é outro fator que o clínico leva em consideração. Testes apropriados para adultos mais velhos não são necessariamente apropriados ou úteis para diagnosticar uma criança ou um adolescente.

Certos testes neuropsicológicos são iguais aos da WAIS-IV ou derivados dela, como Lembrança de Dígitos (usado para avaliar a lembrança verbal e a atenção auditiva) e Semelhanças (para verificar capacidades de abstração verbal). Os desenvolvedores pensam que cada um desses testes está relacionado a dano cerebral em áreas específicas. Eles também criaram outros testes, como os

Testes da Trilha, também chamados de “Trilhas”. A Figura 3.3 mostra um exemplo de um item do Teste da Trilha A. Este avalia o funcionamento do lobo frontal e se focaliza na atenção, no esquadramento de estímulos visuais e na sequência de números.

Em uma avaliação neuropsicológica, o profissional pode escolher entre testes que meçam a atenção e a memória operacional (de curto prazo), a velocidade de processamento, o raciocínio e a compreensão verbal, o raciocínio visual, a memória verbal e a memória visual. Uma série de avaliações examina o que os clínicos chamam de “função executiva”, a capacidade de formular metas, fazer planos, realizá-los e, então, completá-los de uma forma eficaz. Há uma variedade de testes disponíveis em cada categoria. Se um terapeuta deseja investigar uma área em profundidade para um determinado cliente, então administrará mais avaliações dessa categoria.

FIGURA 3.3 Teste da Trilha.



Há um grande número de testes que medem a capacidade visuoespacial. Muitos neuropsicólogos contam com o Teste do Desenho do Relógio (Sunderland et al., 1989), um procedimento simples que envolve dar ao cliente uma folha de papel com um grande círculo pré-desenhado. Então, o examinador pede ao cliente que desenhe os números em torno do círculo para parecer a face de um relógio analógico. Finalmente, o profissional lhe pede que desenhe os ponteiros do relógio marcando "11 e 10". O clínico então avalia o desenho do cliente de acordo com o número de erros. Os clientes mais prejudicados são absolutamente incapazes de reproduzir a face de um relógio, ou cometem erros ao escrever os números ou ao colocá-los no desenho.

O Teste de Seleção de Cartões de Wisconsin (WCST) (ver Fig. 3.4) requer que o cliente combine um cartão com outro de um conjunto que compartilha várias características. Originalmente desenvolvido usando os cartões físicos, o médico em geral administra-o em seu formato computadorizado. O teste solicita ao cliente que mude a configuração mental porque a base para uma combinação correta muda de uma tentativa para outra. No exemplo que mostramos na Figura 3.4, o cliente podia combinar o cartão com base na cor, no número de itens ou na forma.

A profissão considera o WCST um teste de funcionamento executivo (Rabin, Barr, & Burton, 2005) que é sensível a lesão dos lobos frontais, mas também avalia dano em outras áreas corticais (Nagahama, Okina, Suzuki, Nabatame, & Matsuda, 2005).

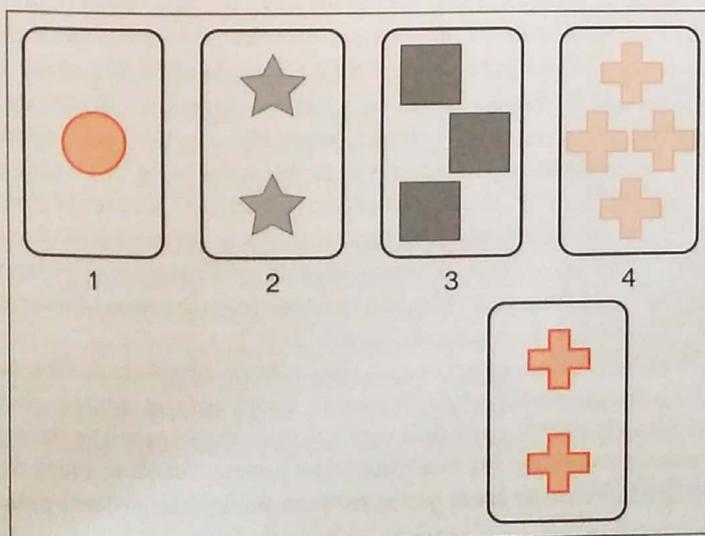


FIGURA 3.4 Exemplo de item do Teste de Seleção de Cartões de Wisconsin.

Novidades no DSM-5

Medidas de avaliação da Seção III

A Seção III do DSM-5 contém um conjunto de instrumentos de avaliação que os clínicos podem usar para melhorar seu processo de tomada de decisão. Esses instrumentos incluem uma entrevista "transversal", que revê os sintomas ao longo de todos os transtornos psicológicos que o cliente ou alguém próximo dele possa completar. Essa revisão permitiria chamar atenção dos clínicos para sintomas que possam não se enquadrar precisamente nos diagnósticos baseados nas categorias. Essas questões poderiam ser incorporadas a um exame do estado mental. Um conjunto de questões contém um levantamento breve de 13 domínios para adultos e 12 para crianças. As questões de acompanhamento vão mais fundo em domínios que parecem justificar mais atenção.

Os autores do DSM-5 reconhecem que as abordagens dimensionais são cada vez mais apoiadas pela literatura porque as diferenças categóricas entre os transtornos podem, às vezes, parecer arbitrárias. Além disso, há condições que combinam aspectos de duas doenças. Muitos clientes também têm mais de um transtorno, diagnósticos que não se enquadram facilmente em uma categoria. De modo eventual, uma abordagem dimensional poderia ser combinada com os diagnósticos baseados nas categorias do DSM. Essa abordagem permitiria aos profissionais indicarem a gravidade do transtorno de um cliente, tornando possível avaliar seu progresso durante o tratamento.

Além desses instrumentos, a Seção III inclui a WHODAS (que apresentamos no Cap. 2) e uma seção que fornece aos médicos instrumentos para realizar uma formulação cultural. Esta é uma entrevista semiestruturada abrangente que focaliza a experiência e o contexto social do cliente. Os autores do DSM-5 enfatizam que a entrevista deve ser conduzida de forma que permita ao cliente relatar suas experiências subjetivas. Isso visa reduzir as chances de que os estereótipos ou os vieses preexistentes do médico afetem o processo de diagnóstico.

Os autores do DSM-5 expressam a esperança de que, fornecendo esses instrumentos e técnicas, não apenas irão melhorar o processo de diagnóstico, mas também contribuir para a literatura de pesquisa sobre a natureza e as causas dos transtornos psicológicos.

Você decide

Os psicólogos no sistema legal

Os psicólogos que trabalham no sistema legal são chamados com frequência para servir de testemunhas periciais, e o testemunho deles costuma se basear em avaliações psicológicas. Ao contrário do contexto terapêutico, o ambiente forense não envolve necessariamente um relacionamento positivo. Na verdade, o psicólogo pode enfrentar um processo de má prática profissional por parte dos clientes se estes desejarem buscar vingança por uma avaliação que levou a alguma condenação ou decisão desfavorável, como em casos de custódia.

Knapp e VandeCreek (2001), embora escrevessem antes da adoção dos Princípios Éticos da APA de 2002, apresentam uma história de caso interessante de um psicólogo envolvido em uma situação de custódia, o qual escreveu em seu relatório que o pai tinha "tendências autoritárias e que poderia se beneficiar participando de classes de parentagem" (p. 244-245). Entretanto, na verdade ele não tinha entrevistado o pai; baseou essa afirmação no que os filhos lhe contaram. Como resultado, foi repreendido pelo conselho profissional de seu Estado.

Os psicólogos também são obrigados pelo Código de Ética a praticar a profissão em seu campo de competência. Se não receberam treinamento em psicologia forense, devem buscar consultoria de um colega especialista. Um segundo exemplo de caso apresentado por Knapp e VandeCreek envolveu o testemunho por um psicólogo especialista em avaliação, mas não forense, o qual atestou que, com base nas pontuações elevadas nas escalas 6 e 9 do MMPI-2, o réu era de fato "insano". Contudo, insano, do ponto de vista legal, não é o mesmo que psicologicamente perturbado, e portanto o testemunho do psicólogo foi desconsiderado pelo tribunal.

O consentimento informado é outro princípio ético fundamental que se aplica não apenas à pesquisa, mas também a avaliação e tratamento. Quando um réu com um transtorno psicológico é entrevistado para uma avaliação forense, o psicólogo deve tomar todas as precauções possíveis para informá-lo sobre os limites de confidencialidade nesse contexto. Em outro exemplo apresentado por Knapp e VandeCreek, um réu ficou genuinamente perplexo ao ouvir o psicólogo relatar sobre a entrevista, porque não tinha entendido a natureza do consentimento informado.

Como exemplo final, considere a proibição no Código de Ética contra relacionamentos duplos. Psicólogos que estão fornecendo terapia não devem dar informações que poderiam ser usadas por um advogado em um processo legal. O exemplo citado por Knapp e VandeCreek envolveu um psicólogo tratando os filhos de um casal separado. As crianças declararam que preferiam morar com a mãe. A mãe mais tarde solicitou que o psicólogo escrevesse uma carta para seu advogado. Por sua vez, o advogado pediu ao psicólogo para "compartilhar suas opiniões sobre onde as crianças deveriam morar" (p. 250).

P: *Você decide:* Conforme você pode ver aqui, o Código de Ética da APA determina de forma explícita o curso de ação adequado em cada caso; a questão aqui para você julgar não é qual curso de ação é adequado, já que isso é claramente estabelecido nesse código de ética. Antes, considere as complexidades que os psicólogos enfrentam quando interagem no sistema legal. Esses exemplos são apenas alguns dos muitos possíveis, que colocam os profissionais em situações que requerem inteira familiaridade com os princípios que orientam a prática.

Os neuropsicólogos usam o Teste de Nomeação de Boston (BNT) para avaliar a capacidade de linguagem. Contendo 60 desenhos de objetos alinhados variando em familiaridade, os terapeutas podem usá-lo para examinar crianças com dificuldades de aprendizagem e adultos que sofrem de lesão cerebral ou demência. Os itens simples são aqueles que têm alta frequência, como uma casa. O cliente deve escolher entre quatro possibilidades para identificar corretamente o objeto (p.ex., chaminé, igreja, escola e casa).

O Teste Auditivo Compassado de Adição Seriada (PASAT) avalia a velocidade de processamento de informação auditiva, a flexibilidade e a capacidade de cálculo. As tarefas no PASAT requerem que o cliente mantenha um total acumulado de uma série de números. Por exemplo, o examinador lê os números "6" e "8"; o total correto é 14. Se o próximo número fosse "3", então o total correto seria 17. O cliente deve responder antes de ouvir o próximo dígito para pontuar a resposta de maneira correta. Além de sua utilidade para avaliar lesão cerebral traumática, os profissionais também usam o PASAT extensivamente na avaliação do funcionamento de indivíduos com esclerose múltipla (Tombaugh, Stormer, Rees, Irving, & Francis, 2006).

Outros testes neuropsicológicos investigam uma variedade de funções de memória; por exemplo, a Escala de Memória Wechsler, agora em sua quarta edição (WMS-IV). A WMS-IV inclui testes de memória operacional (curto prazo) e de longo prazo para estímulos visuais e verbais. Os examinadores podem escolher entre as subescalas da WMS-IV de acordo com as áreas que acreditam ser as mais críticas para avaliar em de-

terminados clientes. Por exemplo, ao testar um adulto mais velho, o examinador pode usar apenas as escalas para Memória Lógica (lembração de uma história), Associados Verbaís (lembrar o segundo em pares de palavras) e Reprodução Visual (desenhos de objetos com versões mais recentes tanto da WMS-IV como da WAIS-IV, visto que são muito novas para ter acumulado dados de validação suficientes).

Cada vez mais, esses profissionais estão utilizando baterias de testes computadorizadas, que são mais fáceis de administrar do que as versões de papel e lápis. Uma vantagem da testagem computadorizada é que ela fornece a oportunidade para **testagem adaptativa**, na qual as respostas dos clientes a perguntas anteriores determinam as perguntas que serão apresentadas a seguir.

A Bateria de Testes Neuropsicológicos Automatizados de Cambridge (CANTAB) consiste em 22 subtestes que avaliam memória visual, memória operacional, função e planejamento executivos, atenção, memória verbal e tomada de decisão e controle de resposta. Antes de decidir mudar para um teste computadorizado, o clínico deve pesar as vantagens da facilidade de administração e pontuação em relação às possíveis desvantagens para clientes desfavorecidos em sua capacidade de usar computadores, como as crianças pequenas (Luciana, 2003). Entretanto, dado o crescimento relativamente rápido desse campo, dados normativos mais extensivos estarão disponíveis para permitir que os terapeutas se sintam mais confiantes sobre sua utilidade.

O dr. Washington escolheu administrar tarefas que seriam sensíveis ao tipo de lesão que Ben poderia ter sofrido visto sua baixa pontuação em Codificação no WAIS-IV, a qual sugeria uma possível ocorrência de dano cerebral que levou a mudanças em sua capacidade de concentrar sua atenção visual e de realizar com rapidez uma tarefa de velocidade psicomotora. Infelizmente, uma vez que viu Ben duas semanas após a suposta lesão cerebral, o dr. Washington não pôde administrar a Escala de Coma de Glasgow (GCS), um teste comum que os médicos usam em casos de possível lesão cerebral traumática. Incluídas na GCS estão avaliações, por exemplo, da capacidade do indivíduo de ouvir e obedecer comandos, abrir os olhos e falar com coerência.

O tempo de Ben para completar o Teste da Trilha Parte A estava na variação marginalmente prejudicada. No Teste do Desenho do Relógio, ele recebeu pontuação 5 de 10, amontoando de modo equivocado os números em uma extremidade do relógio. Recebeu uma pontuação na variação normal no PASAT, sugerindo que a lesão não afetou seu funcionamento atencional auditivo. No WCST, mostrou evidência de erros de perseveração, significando que era incapaz de mudar a configuração mental na classificação de cartões de acordo com critérios diferentes. O desempenho de Ben na WMS-IV estava na variação normal, um achado congruente com suas pontuações relativamente altas nas escalas Verbaís da WAIS-IV e que indica que não tinha sofrido perda de memória de curto ou de longo prazos.

3.9 Neuroimagem

A **neuroimagem** fornece um quadro das estruturas ou do nível de atividade do cérebro e, portanto, é um instrumento útil para “examinar” esse órgão. Existem diversos tipos de métodos de neuroimagem que variam nos tipos de resultados que fornecem.

O **eletrencefalograma (EEG)** mede a atividade elétrica no cérebro. A atividade do EEG reflete o grau em que um indivíduo está alerta, em repouso, dormindo ou sonhando. O padrão do EEG também mostra padrões particulares de ondas cerebrais quando um indivíduo está envolvido em determinadas tarefas mentais. Os clínicos o utilizam para avaliar condições como epilepsia, transtornos do sono e tumores cerebrais.

testagem adaptativa

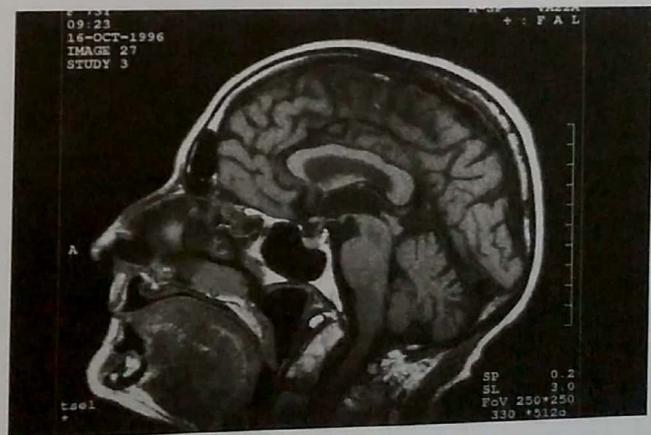
Testagem na qual as respostas dos clientes a perguntas anteriores determinam quais são as questões subsequentes.

neuroimagem

Método de avaliação que fornece um quadro das estruturas ou do nível de atividade do cérebro e, portanto, é um instrumento útil para “examinar” o cérebro.

eletrencefalograma (EEG)

Uma medida das mudanças na atividade elétrica do cérebro.



Uma tomografia axial computadorizada (TAC) do cérebro de um paciente ajuda os neuropsicólogos a encontrarem anormalidades na estrutura do cérebro que podem estar causando disfunção cognitiva.

HISTÓRIAS REAIS

Ludwig van Beethoven: Transtorno bipolar

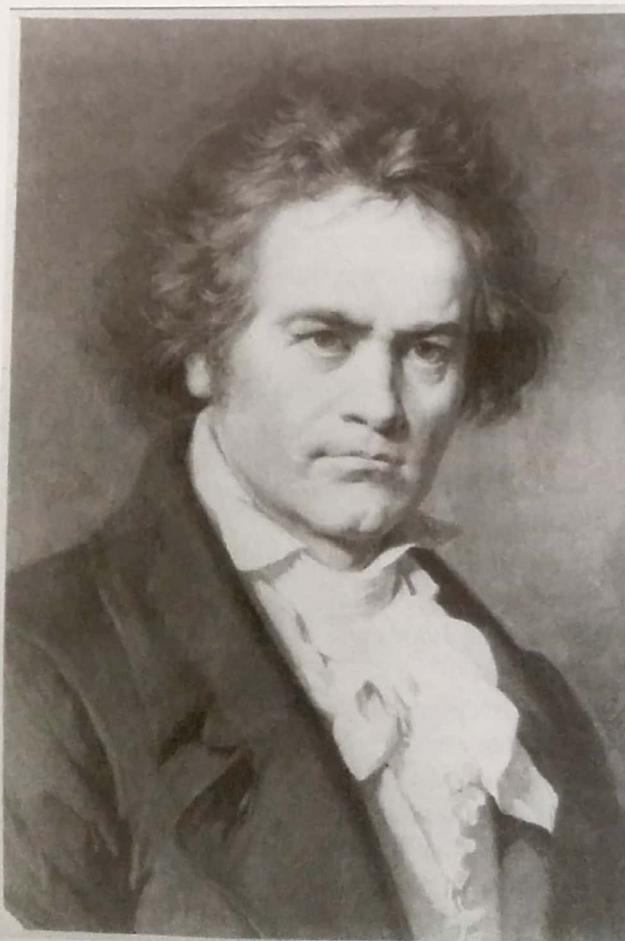
"Às vezes eu ficava a ponto de acabar com a minha vida – apenas a arte freava a minha mão. Oh! Parecia que eu não podia abandonar esta terra antes de ter produzido tudo que eu sentia dentro de mim..." (1802)

O compositor alemão Ludwig van Beethoven é um dos mais brilhantes de todos os tempos. Sua música captura a gama de emoções incrivelmente vasta que ele vivenciou durante toda sua vida – provavelmente uma gama maior do que a maioria das pessoas vivencia, uma vez que os estudiosos acreditam que ele sofresse de transtorno bipolar. O livro *The Key to Genius* relata histórias da vida de Beethoven baseadas em cartas do compositor e relatos de seus amigos que lembram a vida emocionalmente caótica e, com frequência, volátil que ele levava. Como um amigo comenta no livro, "parece improvável que alguém pudesse compor obras de variação e intensidade emocionais comparáveis às de Beethoven sem essas experiências emocionais extraordinárias".

Beethoven foi criado por um pai que costumava lhe bater – e que, segundo relatos, o trancava no porão – e uma mãe a quem ele amava, mas que esteve mais ou menos ausente durante grande parte de sua juventude. Quando Beethoven tinha 17 anos, sua mãe ficou doente e faleceu, deixando para trás três filhos pequenos e um marido que passou a abusar do álcool. Visto que seu pai era incapaz de olhar por seus filhos, coube ao compositor cuidar de seus dois irmãos menores até que fossem capazes de cuidar de si mesmos.

Neste ponto em sua vida, Beethoven já tinha publicado sua primeira composição para piano. Aos 22 anos, deixou sua família para estudar com o renomado compositor Franz

Joseph Haydn em Viena, Áustria, onde permaneceu pelo resto de sua vida. Embora a maioria dos compositores da época trabalhasse por comissão de igrejas, Beethoven era um compositor autônomo e rapidamente se tornou um nome bem-sucedido e respeitado. Esse sucesso o protegeu de uma sociedade que, de outra maneira, sem dúvida o teria olhado de forma muito negativa. As pessoas próximas o viam como um homem instável no aspecto emocional que era propenso a períodos de intensa irritabilidade e paranoia, bem como a períodos prolongados de depressão. Seu temperamento ardente frequentemente o levava a discussões com senhorios e servos, e, como resultado, precisava mudar sempre de residência. Seu temperamento afetava muito seus relacionamentos pessoais, e ele costumava maldizer os amigos apenas para mais tarde implorar seu



Acredita-se que Ludwig van Beethoven sofresse de transtorno bipolar.

perdão, que eles costumavam conceder devido a sua natureza geralmente boa, afora seus períodos de agitação e melancolia.

É surpreendente que, embora Beethoven sofresse de perda auditiva e por fim se tornasse surdo por completo, pelos últimos 10 anos de vida continuou a compor e a tocar música até sua morte, apesar da angústia que a surdez lhe causava. Como muitos indivíduos criativos com transtorno bipolar, a mania de Beethoven se revelou uma imensa força criativa em sua vida. Em contrapartida, seus períodos de depressão eram incomumente improdutivos, já que ele costumava mergulhar na solidão até o humor passar. Estava com frequência doente e sofria com a asma no inverno, o que sem dúvida contribuía para sua depressão persistente e alto consumo de álcool. Por sua vez, seu alcoolismo levou a muitos

outros problemas físicos. Infelizmente, é comum o abuso de substâncias, como o alcoolismo, ser um problema secundário do transtorno bipolar, em uma tentativa de controlar o sofrimento das flutuações de humor.

Os episódios de mania de Beethoven não apenas lhe permitiam ter períodos de criatividade elevada, mas também superar temporariamente quaisquer condições físicas de que sofresse, mesmo nos últimos anos de sua vida, quando se viu afetado por uma série de problemas médicos dolorosos. Conforme um dos médicos observou, "frequentemente, com rara resistência, ele trabalhava em suas composições no meio do bosque e, feito seu trabalho, ainda radiante, não raro saía para caminhar por horas nos ambientes mais inóspitos, ignorando toda mudança de temperatura, e durante as nevascas mais pesadas".

Beethoven nunca se casou e não teve filhos, ainda que

fosse conhecido como um romântico que teve muitas conquistas amorosas. Quando seu irmão mais novo morreu, ele acolheu seu sobrinho de 9 anos, Karl, uma ação que, segundo consta, logo se mostrou desastrosa. Beethoven era muito desconfiado da mãe de Karl (não era incomum que ele suspeitasse das pessoas em sua vida) e levou-a aos tribunais pela custódia de seu sobrinho. A disputa pela custódia durou algum tempo, e, quando obteve a guarda do menino, se soube que ele constantemente implicava com a criança e interferia em sua vida. Tornou-se tão difícil para Karl que ele tentou o suicídio e, mais tarde, decidiu entrar para o exército, aparentemente na tentativa de buscar uma vida mais estável do que a que conhecera com seu tio. Não é difícil imaginar que fosse difícil para Beethoven tomar conta de uma criança quando ele próprio mal conseguia tomar conta de si mesmo. Seus amigos relatam em *The Key to Genius*

sobre a falta de higiene e autocuidado, muitas vezes completa, do compositor em seus últimos anos de vida. Ele costumava aparecer tão desganhado que uma vez foi preso ao ser confundido com um assaltante enquanto caminhava pela vizinhança em Viena, e apenas foi solto quando um amigo conseguiu identificá-lo. Com base em sua aparência, os policiais não acreditaram que ele fosse Beethoven.

As pessoas próximas de Beethoven eventualmente toleravam suas incomuns, às vezes rápidas, mudanças de humor e seus comportamentos impulsivos. Além disso, a sociedade vienense aceitava seu comportamento bizarro devido a seu sucesso e suas contribuições musicais. Sua criatividade ilimitada e seu amor pela música beneficiavam-se de suas experiências emocionais e o ajudavam a atravessar muitos períodos difíceis. Um amigo escreveu: "... é possível que Beethoven tenha sobrevivido como criador

porque era corajoso ou porque seu amor pela música o mantinha vivo". Entretanto, sua saúde física estava constantemente comprometida devido em grande parte à mania que o empurrava à beira do limite. Quando sua doença se tornava insuportável, com frequência entrava em depressão, e esse ciclo constante representa as lutas que pessoas com transtorno bipolar vivenciam. No final, a paixão de Beethoven pela música não foi suficiente para salvá-lo de sucumbir à cirrose do fígado causada por consumo excessivo de álcool, em 1827, aos 57 anos de idade. Embora nos lembremos dele por sua música, podemos ouvir suas lutas emocionais em suas criações. Como um amigo observou, "tanto da vida de Beethoven foi passada em meio a doença e dor, fraqueza e depressão que é notável que ele tenha afinal realizado alguma coisa. Dada a extensão de seu sofrimento, sua obra é tanto mais um milagre".

A **tomografia axial computadorizada (TAC ou CAT)** é um método de imagem que médicos e pesquisadores utilizam para visualizar um corte transversal do cérebro de qualquer ângulo ou nível. As TACs fornecem uma imagem das áreas do cérebro preenchidas com líquido, os ventrículos. O método é útil quando estão investigando dano estrutural ao cérebro. A **imagem de ressonância magnética (IRM ou MRI)** usa ondas de rádio em vez de raios X para construir uma imagem do cérebro vivo com base no conteúdo de água de vários tecidos. A pessoa é colocada dentro de um dispositivo que contém um eletromagneto poderoso. Isso faz os núcleos nos átomos de hidrogênio transmitirem energia eletromagnética (daí o termo *ressonância magnética*), e a atividade de milhares de ângulos é enviada para um computador, o qual produz uma figura de alta resolução da área escaneada. A imagem da IRM diferencia áreas de substância branca (fibras nervosas) de áreas de substância cinzenta (células nervosas) e é útil para diagnosticar doenças que afetam as fibras nervosas que compõem a substância branca. Entretanto, como a TAC, a IRM produz imagens estáticas e, portanto, não consegue monitorar a atividade cerebral. A **tomografia por emissão de pósitron (TEP ou PET)**, ou uma variedade conhecida como **tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT)**, fornece imagens de tal atividade. Especialistas injetam compostos radioativamente marcados nas veias da pessoa em pequenas quantidades. Os compostos viajam através da corrente sanguínea até o cérebro e emitem elétrons com carga positiva chamados de pósitrons, os quais podem ser detectados como os raios X em uma TC. As imagens, que representam a acumulação do composto marcado, podem mostrar fluxo sanguíneo, metabolismo de oxigênio ou glicose e concentrações de substâncias químicas cerebrais. Cores vibrantes na extremidade vermelha do espectro representam níveis mais altos de atividade, e cores na extremidade azul-verde-violeta do

tomografia axial computadorizada (TAC ou CAT)

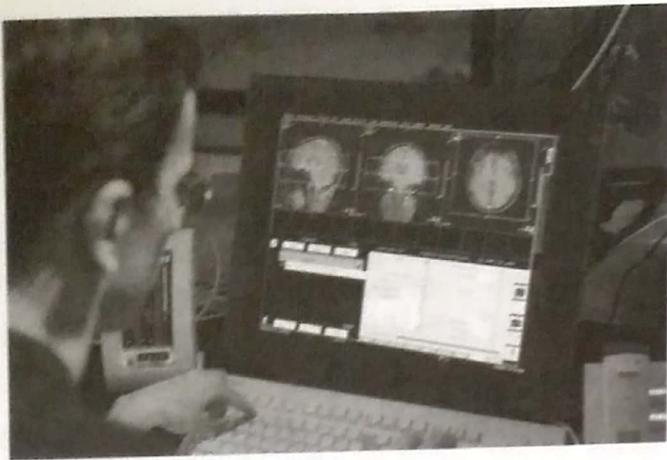
Uma série de raios X obtidos de vários ângulos em torno do corpo, os quais são integrados por um computador para produzir uma imagem composta.

Imagem de ressonância magnética (IRM ou MRI)

O uso de ondas de rádio em vez de raios X para construir uma imagem do cérebro vivo baseada no conteúdo de água de vários tecidos.

tomografia por emissão de pósitron (PET)

Uma medida da atividade cerebral na qual uma pequena quantidade de açúcar radioativo é injetada na corrente sanguínea do indivíduo, após o que um computador mede os diversos níveis de radiação em diferentes partes do cérebro e produz uma imagem multicolorida.



Uma IRMf é usada para monitorar mudanças na atividade cerebral.

tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT)

Uma variante da PET que permite uma análise mais longa e detalhada das imagens.

espectroscopia de prótons por ressonância magnética (MRS)

Um método de varredura que mede a atividade metabólica de neurônios e, portanto, pode indicar áreas de dano cerebral.

imagem de ressonância magnética funcional (IRMf ou fMRI)

Uma variação da IRM tradicional que torna possível construir uma imagem da atividade do cérebro.

espectro representam níveis mais baixos. A **espectroscopia de prótons por ressonância magnética (MRS)** é outro método de varredura que mede a atividade metabólica dos neurônios e, portanto, pode indicar áreas de dano cerebral (Govind et al., 2010).

A **imagem de ressonância magnética funcional (IRMf ou fMRI)** fornece um quadro de como as pessoas reagem a estímulos praticamente em tempo real, tornando possível apresentar estímulos a um indivíduo enquanto o examinador monitora sua resposta. Os pesquisadores estão cada vez mais usando IRMfs para entender as áreas cerebrais envolvidas no processamento de informações. Uma de suas principais vantagens é que não requer injeção de materiais radioativos, como as varreduras por PET ou SPECT. Porém, visto que a IRMf usa magnetismo para detectar atividade cerebral, pessoas com membros artificiais feitos de metais, como titânio, não podem utilizá-la.

As varreduras do cérebro podem produzir evidências de áreas específicas de dano, mas não necessariamente correspondem a uma perda específica de funcionamento comportamental (Meyers & Rohling, 2009). Ao avaliar Ben por testagem neuropsicológica, o dr. Washington decidiu administrar uma TC (de Guise et al., 2010), porque seu cliente apresentava alguns sinais de dano ao lobo frontal (mudanças de personalidade, alguma perseveração no WCST e erros marginais no TMT). Contudo, foi necessário excluir dano ao lobo parietal, que também pode contribuir tanto para esse padrão de desempenho como para déficits de atenção visual. A TC revelou que Ben tinha sofrido uma lesão cerebral traumática como resultado do incidente, talvez na forma de uma hemorragia cerebral.

3.10 Juntando todas as peças

Como acabamos de ver no caso de Ben, os profissionais são confrontados com tarefas difíceis quando tentam desenvolver um diagnóstico a partir das evidências obtidas por meio do processo de avaliação. Eles devem avaliar cada cliente individualmente e determinar qual combinação de testes é mais adequada para identificar da forma mais precisa possível a natureza e a causa de seus sintomas comportamentais. Além disso, os clínicos, quando realizam as avaliações, tentam entender as habilidades adaptativas do cliente, a fim de fazer recomendações para melhorar suas capacidades existentes e ajudar a planejar o tratamento para maximizar seu funcionamento na vida diária.

Retorno ao caso: Ben Robsham

Dada a causa potencial de seus sintomas, o dr. Washington recomendou a Ben reabilitação para fortalecer suas habilidades existentes a fim de poder retornar a seu emprego anterior. Ele também receberá terapia de apoio e, talvez, aconselhamento vocacional, se continuar a demonstrar déficits na velocidade de processamento visual e espacial, habilidades claramente necessárias em seu emprego atual.

Reflexões da dra. Tobin: É um pouco tranquilizador saber que a lesão de Ben, embora, agora, interfira em sua capacidade de voltar ao trabalho, muito provavelmente se resolverá por si mesma. A necessidade de uma

avaliação neuropsicológica foi evidente neste caso; infelizmente, com os aumentos nas lesões cerebrais traumáticas nos últimos anos, esse tipo de avaliação será cada vez mais necessária. A lesão de Ben ocorreu no trabalho, mas muitas outras pessoas jovens estão sofrendo esse tipo de lesão em atividades que vão desde jogar hóquei ou futebol a envolvimento em guerras. Com o desenvolvimento de testagem mais sofisticada de neuroimagem e computadorizada, no futuro, estaremos mais bem preparados para avaliar tanto indivíduos como Ben quanto aqueles clientes cujos transtornos são sobretudo de natureza psicológica.

RESUMO

- Uma **avaliação psicológica** é um procedimento no qual o médico fornece uma avaliação do funcionamento cognitivo, da personalidade e psicossocial de um indivíduo. Os terapeutas conduzem avaliações sob uma variedade de condições. Em muitos casos, usam o processo para fornecer um diagnóstico, ainda que temporário, do transtorno psicológico de um indivíduo.
- Para terem utilidade, os clínicos devem manter as avaliações em padrões que garantam fornecimento dos resultados mais reproduzíveis e precisos. A confiabilidade de um teste indica a consistência das pontuações que ele produz. Sua validade reflete o grau com que mede o que se destina a medir.
- Os profissionais devem usar os melhores métodos de avaliação possíveis. A avaliação baseada em evidência inclui (1) contar com achados de pesquisa e teorias cientificamente viáveis; (2) usar medidas psicometricamente fortes; e (3) avaliar empiricamente o processo de avaliação.
- A **entrevista clínica** é uma série de perguntas que os clínicos administram na interação face a face com o cliente. As respostas a essas perguntas fornecem informações básicas importantes sobre os clientes, permitem que eles descrevam seus sintomas e que os profissionais façam observações que podem orientar as decisões sobre os próximos passos do tratamento, os quais podem incluir nova testagem. Seu formato pode ser estruturado e não estruturado.
- Um clínico utiliza um **exame do estado mental** para avaliar o estado de espírito atual de um cliente. O médico avalia uma série de aspectos, incluindo aparência, atitudes, comportamento, humor e afeto, fala, processos de pensamento, conteúdo do pensamento, percepção, cognição, *insight* e julgamento. O resultado desse exame é uma descrição abrangente de como o cliente parece, pensa, sente e se comporta.
- Os testes de inteligência, como o Teste de Inteligência de Stanford-Binet, mas particularmente as escalas Wechsler, fornecem informações valiosas sobre o funcionamento cognitivo de um indivíduo.
- Os terapeutas usam testes de personalidade para entender os pensamentos, os comportamentos e as emoções de uma pessoa. Há duas formas principais de testes de personalidade: de autorrelato e projetivos. Os instrumentos incluem o Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (MMPI), o Inventário de Avaliação da Personalidade (PAI), o SCL-90-R, o Inventário da Personalidade NEO e outros inventários de autorrelato específicos, designados para investigar transtornos em particular ou questões de pesquisa para os quais um teste geral pode não ser relevante.
- Ao contrário dos testes psicológicos, as **avaliações comportamentais** registram ações em vez de respostas a escalas ou questões de avaliação. O **comportamento-alvo** é aquele que o cliente e o clínico desejam mudar. As avaliações comportamentais incluem descrições dos eventos que precedem os comportamentos ou os seguem. As **observações *in vivo*** acontecem em um ambiente ou contexto como o consultório de um profissional ou um laboratório especificamente destinado à observação do comportamento-alvo. Em um **autorrelato comportamental**, o cliente registra o comportamento-alvo, incluindo seus antecedentes e suas consequências. A **automonitoração** é uma forma de autorrelato comportamental na qual o cliente mantém um registro da frequência de comportamentos especificados.
- Quando conduzem uma **avaliação multicultural**, os psicólogos devem levar em consideração a herança cultural, étnica e racial da pessoa.
- A **avaliação neuropsicológica** é o processo de obter informações sobre o funcionamento cerebral de um cliente com base no desempenho em testes psicológicos. Os clínicos usam medidas de avaliação neuropsicológica para tentar determinar os correlatos funcionais de dano cerebral comparando o desempenho de um cliente em um determinado teste a dados normativos de indivíduos que reconhecidamente têm certos tipos de lesões ou transtornos. Há uma variedade de testes para avaliar a lembrança verbal e a atenção auditiva. As medidas fisiológicas incluem técnicas de imagem cerebral como EEG, TC, IRM ou MRI, IRMf ou fMRI, PET e outras técnicas para avaliar anormalidades no corpo, em particular no cérebro.

TERMOS-CHAVE

Automonitoração	61	Entrevista comportamental	61	Observação análoga	61
Autorrelato comportamental	61	Entrevista estruturada	51	Observação <i>in vivo</i>	61
Avaliação comportamental	60	Entrevista não estruturada	49	Padronização	48
Avaliação multicultural	61	Espectroscopia de prótons por ressonância magnética (MRS)	67	Testagem adaptativa	65
Avaliação neuropsicológica	62	Exame do estado mental	52	Teste projetivo	60
Avaliação psicológica	48	Imagem de ressonância magnética (IRM ou MRI)	67	Tomografia axial computadorizada (TAC ou CAT)	67
Comportamento-alvo	60	Imagem de ressonância magnética funcional (IRMf ou fMRI)	68	Tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT)	68
Desvio de inteligência (QI)	53	Inventário clínico de autorrelato	56	Tomografia por emissão de pósitron (PET)	67
Eletrencefalograma (EEG)	65	Neuroimagem	65		
Entrevista clínica	49				
Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-IV (SCID)	51				