

A clínica psicanalítica e a avaliação psicológica

Liviane Michelle Lins de Queiroz Xavier¹

Geórgia Martins Baeta Neves²

Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN)

Resumo

O artigo refere-se à conclusão da Especialização em Avaliação Psicológica, o mesmo irá explanar um pouco da clínica psicanalítica e como usar a avaliação psicológica nos atendimentos, para ajudar no desenvolvimento dos mesmos, como também para a melhor compreensão do quadro clínico do sujeito. Os teste HTP e o TAT são testes projetivos, onde o sujeito projeta inconscientemente fatos da história de vida, que vão poder ser trabalhados no decorrer dos atendimentos, estes teste irão ser utilizados como auxílio do atendimento psicanalítico, com o intuito de colaborar no avanço do tratamento.

Palavras-chave: clínica psicanalítica; avaliação psicológica; psicologia.

Abstract

The article refers to the completion of the Specialization in Psychological Assessment, it will explain a bit of psychoanalytic practice and how to use psychological assessment in attendance to assist in their development, but also for better understanding of the clinical condition of the subject. The HTP test and the TAT are projective tests, in which the subject unconsciously projects facts of life

¹ Psicóloga, Graduada pela Universidade Potiguar (UnP), e discente da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

² Psicóloga, Docente no Curso de Psicologia e Coordenadora da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), Natal/RN – Brasil.

story, they will be able to be worked out in the course of care, these tests will be used as an aid in psychoanalytic treatment, in order to collaborate in advancing the treatment.

Key-words: psychoanalytic clinic; psychological assessment; psychology.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho irá apresentar a avaliação psicológica não só como forma de diagnosticar, mas como também um instrumento que irá proporcionar ao sujeito se expor nas entrelinhas dos resultados, que muitas vezes o mesmo não se deixa mostrar na sua própria fala.

O artigo tem por objetivo geral mostrar que é possível utilizar a avaliação psicológica e seus instrumentos na clínica psicanalítica, como forma de colaborar nos avanços e descobertas do quadro clínico do sujeito. Tem como objetivos específicos: elucidar como se dá a clínica psicanalítica e seus principais conceitos. Para entender essa dinâmica; explicar como e para que utilizar a avaliação psicológica, e; como o HTP e o TAT podem ajudar na clínica.

Esse trabalho é de grande importância, pois alguns psicólogos que trabalham na clínica com a psicanálise, como também em outras abordagens, desconhecem ou não foram capacitados para a utilização da avaliação psicológica em seu consultório.

2 O ATENDIMENTO CLÍNICO PSICANALÍTICO

A clínica psicanalítica tem como objetivo principal, a cura pela fala, essa fala não apenas verbal, mas o dito através das entrelinhas, do desenho, do brincar e na avaliação psicológica. Para sua compreensão se faz necessário compreender seus conceitos principais, como: transferência e contratransferência; inconsciente; ato

falho; recalque; complexo de castração e complexo de Édipo, e; as estruturas clínicas.

Para início de um acompanhamento analítico é necessário realizar as entrevistas preliminares, que será explicada no decorrer do texto. Em seguida estabelecer o contrato analítico, que é estabelecer o dia de atendimento, e explicar que o atendimento será semanal e que será necessária a frequência nos atendimentos, para uma melhor evolução; cumprimento de horário, e elucidar ao cliente que o horário é dele, e o mesmo irá utilizá-lo da maneira que desejar, pois chegando atrasado seu atendimento seja realizado no tempo que ele ainda possui; valor do atendimento, o quanto o cliente pode pagar pelo atendimento, este podendo representar o quão o cliente está destinando ao tratamento; sempre informar ao cliente a questão do sigilo; deixar claro que pode falar tudo que vier a cabeça, sem preconceito ou pudor e que o analista não está ali para julgá-lo (FREUD, 1912).

Os conceitos centrais na compreensão da relação terapêutica nas diversas vertentes da psicanálise são a transferência e a contratransferência. Segundo Palhares (2008) a transferência surge do contato emocional dos pacientes com a situação analítica e como se trata de uma relação dinâmica, é algo vivo. Por outro lado, sabemos que a transferência também leva o analista a apresentar uma resposta emocional frente ao seu paciente.

O mesmo autor ressalta que o encontro envolve duas pessoas, duas vivências e que, nesse relacionamento surgirão afetos, sentimentos, vivências inconscientes que vão gerar mutualidade, tratamento relacional que está inserido no âmbito da intersubjetividade. Assim é considerado o efeito da presença na vida psíquica de cada participante do encontro, não estando apenas no domínio intrapsíquico, e quando se observa o efeito que o outro causa, temos a noção da externalidade como participante das vivências internas.

Na dinâmica dos movimentos intrapsíquicos e interpsíquicos no contexto relacional que se pode compreender a contratransferência que é o momento em que o trabalho analítico passa a considerar os afetos do analista presente na situação analítica, é neste desafio, segundo Palhares (2008) o analista e o analisando buscam superar os obstáculos, o que irá permitir que cada um encontre o seu papel e sua função e superem a prova da análise, ou seja, não permitir que o sujeito analisado influencie os sentimentos inconsciente do analista.

Portanto, como a psicanálise se apresenta como a cura pela fala, se faz necessário e fundamental na análise a transferência e a contratransferência, para acontecer à ação terapêutica. Macedo e Falcão (2005) trazem que

A situação analítica é, por excelência, uma situação de comunicação: nela circulam demandas nem sempre lógicas ou de fácil deciframento, mas as quais, em seu cerne, comunicam o desejo e a necessidade de serem escutadas (MACEDO e FALCÃO, 2005, p. 65).

Podemos compreender que cada sujeito chega com sua fala que demanda um desejo de poder compreender sua dor, e o outro a escutar, pois esta é a forma de acesso ao desconhecido que jaz o cliente. Sendo um momento singular cada comunicação entre paciente e analista. Singular, pois cada sessão tudo se passa muito rápido, não há tempo para parar e pensar, as coisas acontecem. Sendo assim é necessário ao analista, para poder dispor de uma boa escuta analítica, condições confortáveis tanto físicas, quanto psíquicas.

O analista estando em boas condições para o atendimento, proporcionará uma atenção flutuante que é o modo como o analista deve escutar o seu cliente, não priorizando partes do discurso do sujeito, pois se assim o fizer “estará arriscando a nunca descobrir além do que já se sabe” (FREUD, 1912, pg. 126), deste modo deixando livre a atividade do inconsciente e permite suspender as motivações que guia sua atenção cotidiana. De acordo com o mesmo trás que quando o analisa mantêm sua “atenção uniformemente suspensa, em face de tudo que se escuta” o poupa de um esforço muito grande de atenção.

No que concerne ao analista é que o mesmo deve ter uma atenção flutuante e escutar o que o cliente relata. E o que diz respeito à “função” do analisado é falar tudo o que vier a mente, ou seja, falar até mesmo o que pensa ser insignificante, vergonhoso ou doloroso, sem nenhum pudor, esta é a chamada associação livre. Jorge (2007) afirma quando traz que a

Associação livre tem por objetivo fazer com que o paciente fale tudo o que atravessar a sua mente, com ou sem sentido, qualquer conteúdo, mesmo que de natureza constrangedora (JORGE, 2007, p. 18).

Esta é uma a regra fundamental do método psicanalítico de Freud, que tem por objetivo psicanalítico, o inconsciente. Ao realizar essa técnica instaura-se a situação analítica, abrindo possibilidades do desvelamento da palavra.

A psicanálise é considerada uma teoria de desenvolvimento psíquico e considera que trabalhamos simultaneamente com vários estratos da mente, referentes às diferentes etapas de desenvolvimento, estas armazenadas numa memória mais consciente ou menos consciente, chamada de inconsciente (BRUNO, 2007).

Segundo Kaufmann (1996, *apud* COUTO E CHAVES, 2008), Freud distinguiu o “pensar inconsciente” em dois modos:

Um pré-consciente, que corresponde a toda gama da atividade de pensamento virtualmente acessível; o outro, em que os pensamentos estão imersos no inconsciente no sentido estrito e só retornam sob a influência de processos ditos primários, isto é, pelas vias disfarçadas de tentativas de realização de desejo (p. 276).

Nasio (1993) considera que o inconsciente só pode existir no campo da psicanálise, no seio do tratamento analítico. O inconsciente se revela num ato que surpreende e ultrapassa a intenção daquele que fala, de modo que “o sujeito diz mais do que pretende, e ao dizer, revela a sua verdade”. O “dizer mais” produz e faz com que o inconsciente exista e, para que o ato de existência do inconsciente se efetive é necessária a existência de um outro sujeito que o escute e o reconheça. Este sujeito é, portanto, o psicanalista.

Em seu discurso, o sujeito fala daquilo de que tem consciência. Mas, ao mesmo tempo, o inconsciente também se exprime através de seu discurso, na escolha de algumas palavras, na insistência de alguns significantes, nos lapsos de linguagem eventualmente cometidos, nas associações, etc. É, portanto sobre um fundo de consciência que o inconsciente se revela, é entre as malhas conscientes que ele tece sua trama. O próprio conteúdo consciente do discurso está sempre relacionado ao inconsciente, seja por aproximações, seja por afastamentos ou evitações (GOMES, 2003, p. 118).

O Inconsciente para Freud é, assim, uma hipótese “imprescindível e necessária”, frente à sua intenção de esclarecer os atos psíquicos que permanecem

ocultos, mas que podem manifestar-se indiretamente como lacunas na Consciência, ou como sonhos, ato falho ou sintomas neuróticos.

O psicanalista procura interpretar os atos falhos (esquecimentos, lapsos e erros de linguagem, leitura ou audição) do analisado. Segundo Freud, estes erros involuntários manifestariam desejos recalcados no inconsciente e que irromperiam na vida cotidiana. Estes lapsos são uma manifestação da luta entre o que o inconsciente quer e o que o consciente³ consegue tolera.

O recalque tenta impedir que os pensamentos inconscientes do sujeito ressurgam no consciente. Para Sigmund Freud

O recalque designa o processo que visa a manter no inconsciente todas as idéias e representações ligadas às pulsões e cuja realização, produtora de prazer, afetaria o equilíbrio do funcionamento psicológico do indivíduo, transformando-se em fonte de desprazer. Freud, que modificou diversas vezes sua definição e seu campo de ação, considera que o recalque é constitutivo do núcleo original do inconsciente (ROUDINESCO, 1998, p. 647).

Em outras palavras o recalque atua impedindo o desprazer, fazendo com que algo desagradável e doloroso, não esteja acessível à consciência.

A castração para Freud, segundo Roudinesco (1998), é um termo que deriva do latim *castratio* que surgiu no século XIV para nomear “a operação pela qual um homem ou um animal é privado de suas glândulas genitais, condição de sua reprodução”. E segundo o mesmo autor, Freud “denominou complexo de castração o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos” (ROUDINESCO, 1998, p. 105).

Nasio (1997) traz que o conceito de “castração” em psicanálise,

Não corresponde à acepção habitual de mutilação dos órgãos sexuais masculinos, mas designa uma experiência psíquica completa, inconscientemente vivida pela criança por volta dos cinco anos de idade, e decisiva para a assunção de sua futura identidade sexual (p. 13).

³ De acordo com Roudinesco (1998), consciente é um termo, usado por Freud, “quer como adjetivo, para qualificar um estado psíquico, quer como substantivo, para indicar a localização de certos processos constitutivos do funcionamento do aparelho psíquico”.

Afirma ainda que essa vivência seja perpassada ao “longo de toda a existência e particularmente recolocada em jogo na cura analítica do paciente adulto” (NASIO, 1997, p. 13).

Nasio (1997) compreende que o complexo de castração é vivenciado de forma diferente no menino e na menina e esquematiza em tempos, para melhor entendimento.

O esquema do complexo de castração do menino: o primeiro todo mundo tem um pênis (no imaginário da criança não existe distinção dos órgãos sexuais femininos e masculinos); o segundo o pênis é ameaçado; o terceiro existem seres sem pênis e, portanto, a ameaça é bastante real (descoberta visual que a menina não possui um pênis); o quarto a mãe também é castrada e emergência da angústia, e; o final seria o término do complexo de castração e término do complexo de Édipo.

O esquema do complexo de castração da menina: no primeiro todo mundo tem um pênis (o clitóris é um pênis); no segundo o clitóris é pequeno demais para ser um pênis (fui castrada); no terceiro a mãe também é castrada (ressurgimento do ódio pela mãe), e; o tempo final as três saídas do complexo de castração (a menina adota três saídas do complexo de castração: ausência de inveja do pênis; vontade de se dotada do pênis do homem, e; vontade de ser substituto do pênis, sendo esta última adotada por Freud, atitude feminina “normal”) e o nascimento do complexo de Édipo (MOREIRA, 2004).

Para entender em que fase do desenvolvimento da criança se passa o complexo de Édipo e o de Castração, é importante saber que a criança atravessa uma série de fases ou estádios, cada um dos quais se associa a sensações de prazer ligadas a uma zona erógena específica. O controle destas sensações origina conflitos cuja resolução influencia a formação da personalidade adulta. Para alcançar a maturidade psicológica, o indivíduo tem de resolver positivamente os conflitos próprios de cada etapa.

O primeiro estágio é denominada de fase oral que vai desde o nascimento até aproximadamente os dois anos de vida, que é quando a criança focaliza seu desejo e prazer no seio materno e na ingestão dos alimentos. Posteriormente ocorre a fase anal por volta dos dois anos a quatro anos de idade. Nessa fase, o desejo e o prazer da criança são focalizados nas fezes e excreções (ZAVARONI, VIANA e CELES, 2007).

Em seguida a fase fálica, que vai dos quatro aos cinco anos, o desejo e o prazer nesse momento são focalizados nos órgãos genitais. Essa fase é marcada também, pela entrada da criança no complexo de Édipo. Há também a fase de latência, dos seis anos aos 10 anos em que, o desejo e o prazer da criança são voltados para as interações sociais que começam a estabelecer com outras pessoas, e nas atividades esportivas e escolares. É nesse momento que há a superação ou suspensão do “Complexo de Édipo” (ZAVARONI, VIANA e CELES, 2007).

O complexo de Édipo está relacionado ao vínculo mãe-bebê, que surge desde a gestação, onde a mãe tem a criança como falo⁴ e o filho sustenta essa posição, até que um terceiro, representado pela figura paterna, castre⁵ essa relação. Freud utiliza a mitologia grega através da lenda do Édipo, para explicar esse processo. A lenda conta a história de um herói tebano, chamado Édipo, que antes de nascer já tinha seu destino desvendado pelo oráculo: matar o seu pai Laio e casar-se com sua mãe Jocasta. Porém, o mesmo não sabia, pois foi afastado dos pais ao nascer.

Como já vimos, é na fase fálica que as crianças entram no complexo de Édipo. Nesse momento a criança apresenta desejo e prazer para com as figuras dos pais, sendo os meninos voltados para a mãe e as meninas voltadas para o pai. É nessa fase também que a criança distingue a diferença do sexo masculino e feminino e determina sua fixação pela pessoa mais próxima do sexo oposto.

O complexo de Édipo no menino, a mãe é seu objeto de desejo e o pai, é seu rival que impede seu acesso ao objeto desejado. Ele procura ‘ser’ o pai para ‘ter’ a mãe, escolhendo-o como modelo de comportamento. Mais tarde, por medo da perda do amor do pai, desiste da mãe e a troca pelo mundo social, internalizado através da identificação com o pai, caracterizando a saída do complexo de Édipo.

A também passa pelo complexo de Édipo, porém de forma diferenciada da passagem do menino. A menina segundo Nasio (2007, p. 47), vivência inicialmente o “pré-Édipo considerado necessário para acessar o pai e entrar efetivamente no Édipo. Portanto, é sexualizando inicialmente a mãe que a menina poderá em seguida sexualizar o pai”. Só após esse primeiro “desligamento” com a mãe, que a

⁴ O termo “falo” é designado a qualificar a fase fálica, segundo Nasio (1997), ou como o próprio autor nomeia “estágio fálico”, é o “momento particular do desenvolvimento da sexualidade infantil durante a qual culmina o complexo de castração”. Completa que o falo é uma representação construída com base no órgão sexual masculino, um “pênis” imaginário.

⁵ O Complexo de Castração está diretamente relacionado ao complexo de Édipo.

menina tem o pai como seu objeto de desejo, que a menina dá início ao complexo de Édipo. Onde a mesma passara a rejeitar sua mãe, tornando-a sua rival. Sua saída desse complexo se dá, quando a menina passa a desejar outro homem (que não seja seu pai).

A diferença do complexo de Édipo do menino e da menina é que no primeiro surge pelo desejo sexual pela mãe e vê o pai como ameaça e deseja livrar-se dele buscando ainda se identificar com o mesmo. Já nas meninas, surge com o desejo de ganhar um bebê do pai e como não consegue, se desilude. Esse complexo é derrubado nos meninos pela ameaça da castração, ou seja, o medo de perder seu pênis, a menina acredita que já houve a castração, já que não tem o membro, descartando assim a ameaça. Ressaltando que todo esse processo é vivenciado inconscientemente pelas crianças.

Nasio (2007) afirma que nenhuma criança escapa passar pelo complexo de Édipo, independente do seu contexto familiar e sociocultural, pois sempre haverá alguém que ocupe a função paterna e a função materna.

Moreira (2004), afirma que:

O Édipo não é somente o “complexo nuclear” das neuroses, mas também o ponto decisivo da sexualidade humana, ou melhor, do processo de produção da sexualidade. Será a partir do Édipo que o sujeito irá estruturar e organizar o seu vira-ser, sobretudo em torno da diferenciação entre os sexos e de seu posicionamento frente à angústia de castração (MOREIRA, 2004, p. 229).

Nesse contexto, podemos perceber a importância do complexo de Édipo para a teoria e a clínica psicanalítica, pois a constituição do sujeito situa-se no campo da cena edípica, sendo este um dos conceitos bases da psicanálise.

É a posição que o sujeito assume frente à castração que diferenciara as estruturas, desse modo percebe-se que cada sujeito vivenciará esse momento de formas diferentes, assim, a forma que o sujeito percebe a si, o outro e o mundo, serão diferenciados. Freud classifica as estruturas clínicas em: neurose, perversão e psicose.

A estrutura neurótica, segundo Mourano (2010) de forma superficial, seria “aquele que sofre com a lei”, ou seja, que passa pela lei da castração. O psicótico segundo o mesmo autor, burla a castração, “não porque a queira, mas por contingência operante em seu processo de torna-se um sujeito”. O mesmo trás que

o perverso é diferente, “ele não desconhece a lei, muito pelo contrário, a conhece muito bem, porém não quer saber dela”, ou seja, o perverso denega a lei da castração.

O sujeito neurótico, na escolha edipiana e temendo a castração, aceita a lei e renuncia ao desejo, sendo este um sujeito capaz de renunciar seu desejo frente às exigências da lei. A questão do conflito psíquico é intrínseco à neurose. Frente ao conflito entre a realização de um desejo inconciliável e as exigências superegóicas do sujeito, o mesmo renuncia ao desejo a partir do mecanismo de recalque.

O perverso frente à castração não renuncia ao prazer, mas encontra um jeito de “burlar a lei”. Expressam a passagem ao ato, ou seja, a realização da impulsão “custe o que custar”. A neurose e a perversão percebem a lei, sendo que o primeiro a aceita e o segundo a denega.

Os desejos inconscientes, dessas duas estruturas clínicas, são os mesmos, mas aquilo que os neuróticos levam anos sofrendo, em luta, o perverso realiza a luz do dia.

O sujeito psicótico, diante a lei da castração, tendo em vista a imposição real do limite, da lei, o sujeito, para não renunciar ao desejo renúncia a realidade. Este mecanismo de defesa radical utilizado pelo psicótico é chamado na psicanálise de recusa (da realidade), e ao recusar radicalmente a realidade, o sujeito rompe radicalmente com tudo o que antes lhe era constitutivo, passando a tomar como real seu mundo inconsciente de fantasias. Os principais sintomas que permeiam estas síndromes são: o delírio, a alucinação e a desagregação do pensamento. A ruptura também se caracteriza pela mudança de investimento pulsional: os investimentos antes dirigidos ao objeto agora são dirigidos para o próprio ego do sujeito.

Todos estes conceitos explanados no corpo do texto, de forma breve, são um pouco do que é necessário conhecer para compreender e poder colocar em prática na clínica psicanalítica.

3 A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica é um procedimento que visa avaliar – no sentido de analisar, compreender, esclarecer – a dinâmica dos processos psicológicos representativos de indivíduos. Ela pode e deve ser utilizado em todo e qualquer

setor da sociedade em que se necessite conhecer melhor o funcionamento da psique humana, visando orientar ou tomar certas decisões relativas à pessoa em questão, segundo Anastasi (1976).

A avaliação psicológica possui variados instrumentos psicológicos que incluem testes psicológicos, técnicas de dinâmicas, entrevistas e observação, sendo os mais conhecidos são as entrevistas e os testes. A entrevista e a observação no geral são utilizadas em todo e qualquer procedimento terapêutico, é onde o psicólogo irá identificar a demanda de cada sujeito.

Os testes psicológicos são divididos em projetivos e psicométricos. O primeiro o sujeito se projeta nas suas respostas, ou seja, o sujeito manifesta sua história ou personalidade sem tomar consciência. O segundo apresenta critérios mais objetivos para quantificar uma determinada característica do sujeito, que pode determinar se o mesmo está ou não adaptado nos padrões previamente estabelecido.

Neste artigo será descrito dois teste projetivos o Teste de Apercepção Temática (TAT) e o House-Tree-Person (Casa-Árvore-Pessoa - HTP) e como eles poderão ajudar nos atendimentos da clínica psicanalítica, quando serão aplicados e o que será utilizado.

O Teste de Apercepção Temática (TAT), investiga a personalidade e foi criado em 1935 por Morgan e Murray, sua publicação definitiva foi em 1943. O teste utiliza um grupo de figuras com representações de cenas variadas, com diferentes graus de estruturação e realismo, que a partir delas o sujeito avaliado é convidado a contar uma história. É nessas histórias que o mesmo irá deixar (mesmo sem perceber) traços da sua vida e, será possível identificar suas atitudes frente a diversas situações, como por exemplo, seus temores, desejos e dificuldades.

O teste House-Tree-Person (HTP) tem duas fases, a primeira consiste em convidar o sujeito a desenhar a mão livre acromático, uma casa, uma árvore e uma pessoa e, a segunda fase é o inquérito, com perguntas referente a cada um dos desenhos. Segundo Kolck (1977, *apud* SILVA E VILLEMOR-AMARAL, 2006) o indivíduo ao se submeter ao HTP irá mostrar-se através dos desenhos, representando a maneira como percebe o meio em que vive, as pessoas e como se sente diante delas, isto é, indicará a sua maneira peculiar de ser e sentir.

Como todas as técnicas projetivas, o H-T-P estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflitos dentro da

situação terapêutica, permitindo que eles sejam identificados com o propósito de avaliação e usado para o estabelecimento de comunicação terapêutica afetiva (BUCK, 2003, p. 1).

Como se pode perceber os dois testes são de personalidade. É que não se pode utilizar apenas um instrumento para avaliar, as características que aparecerem nos dois irão ser analisadas, não entre eles, como também na história de vida trazida pelo sujeito nas sessões e dados da entrevista preliminar.

Os testes poderão ser utilizados na medida em que o terapeuta perceber a necessidade, exemplos: quando estiver em dúvida com relação ao diagnóstico; como também para confirmar; não perceber evolução na terapia, poderá usar como forma de compreender o que se passa com o sujeito.

Segundo Araújo (2007) o psicodiagnóstico (avaliação psicológica), em uma perspectiva clínica, na abordagem psicanalítica ou fenomenológica, destaca a importância da subjetividade e dos aspectos transferências e contratransferências presentes na relação. E explica que o uso dos testes, nas sessões terapêuticas, complementa outros procedimentos clínicos, com o objetivo de integrar os dados levantados nos testes e na história clínica, para obter uma compreensão global da personalidade.

De acordo com Campos, no teste HTP, os sujeitos que

Apresentam algum transtorno mostram padrões inflexíveis e mal ajustados de relacionamento e de percepção do ambiente e de si mesmos. Esse padrão persistente abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (CAMPOS, 2012, p. 16).

No HTP, pode ser identificado na interpretação, traços psicóticos, quando o sujeito deixa lacunas em seus desenhos, pois é esperado algumas partes essenciais, exemplo: no desenho da casa as partes principais são as telhas, porta, janela e paredes; da árvore a presença de fenda no tronco é associado a desintegração da personalidade; da pessoa quando o sujeito acentua os olhos ou as orelhas aponta para uma hipervigilância paranoide ou subentendendo componentes alucinatórios;. Os psicóticos em suas projeções apresentam características distorcidas, desintegrada, desarticulada e desvinculada. Como também pode ser identificado

traços de neurose obsessiva; traços psicopáticos; disfunção cerebral, e; traços depressivos (CAMPOS, 2012).

No TAT, também pode ser encontrado traços psicopatológicos, como: obsessivo, paranoico, psicótico, depressivo, etc.. Um exemplo que pode ser trazido é o obsessivo, que assim como no HTP, é o exagero aos detalhes sendo o primeiro na descrição dos detalhes da prancha, como também pode trazer vários temas para uma só prancha e o segundo desenha minuciosamente casa parte do desenho.

Então será essa análise de todos os dados coletados que serão utilizados para elaborar uma hipótese diagnóstica ou até mesmo confirmar um diagnóstico, que irá colaborar com o andamento e tomada de decisões da psicoterapia. O intuito de elaborar o diagnóstico, não é para que o sujeito fique "rotulado" com determinada patologia, mas sim para dar direcionamento aos atendimentos.

4 CONCLUSÃO

Os testes trazidos permite que o sujeito se expresse de forma criativa e simbólica o que perpassa dentro de si, inconsciente ou conscientemente, revelando sua realidade pessoal, que na maioria das vezes não consegue expressar na linguagem verbal, facilitando ao psicólogo a compreensão do problema e para a construção de uma solução.

Pôde-se perceber que psicodiagnóstico é importante, pois possibilita identificar o universo psíquico do sujeito, podendo perceber se há ou não a necessidade do acompanhamento terapêutico.

Ao ser realizado o diagnóstico é posto em prática as intervenções necessárias para o avanço do tratamento terapêutico, com o intuito de promover a recuperação e integração psíquica, do sujeito em análise. Sendo, o diagnóstico, uma referência necessária para o trabalho terapêutico, pois se torna o ponto de partida para compreender o tipo de angústia, conflitos, mecanismo de defesa, personalidade, organização psíquica, como também as potencialidades do sujeito.

Conclui-se que não só na clínica psicanalítica, mas qualquer outra abordagem pode utilizar da avaliação psicológica como forma de auxílio em seus atendimentos, desde que busque a qualificação necessária para tal.

REFERÊNCIAS

ANASTASI, A. **Testes Psicológicos**. São Paulo: EPU, 1976.

ARAÚJO, Maria de Fátima. **Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica**. Publicado em: 2007. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Feditorarevistas.mackenzie.br%2Findex.php%2Fftp%2Farticle%2Fdownload%2F701%2F410&ei=mABIVKbxEJbbsASay4LIBA&usq=AFQjCNGK09I5jEsgJYMPH-nLKff4yu9CcQ&bvm=bv.79189006,d.eXY>. Acesso em: 13 de novembro de 2014.

BRUNO, Cássia A. N. B.. **A abordagem clínica na psicanálise contemporânea com enfoque em caso de anorexia masculina**. Publicada em: 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de abril de 2014.

BUCK, J. N. (2003). **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação**. 1. ed. Trad. R. C. Tardivo. São Paulo: Vetor.

CAMPOS, Jordana Celli Bulhões. **Teste Do Desenho Da Casa-Árvore-Pessoa – Htp - Teoria E Prática**. Publicado em : 2012.

COUTO, Luiza Vieira; CHAVES, Wilson Camilo. **O trauma sexual e a angústia de castração: percurso freudiano à luz das contribuições de Lacan**. Publicado em: 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652009000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 10 de abril de 2014.

FREUD, Sigmund (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911 ~ 1913)**. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Editora Imago: Rio de Janeiro, 2006.

GOMES, Gilberto. **A teoria freudiana da consciência**. Publicado em: 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000200003&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 de abril de 2014.

JORGE, Juliana David. **A construção da associação livre na obra de Freud.** Publicado em: 2007. Disponível em: http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes_juliana_david.pdf. Acesso em: 10 de abril 2014.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. **A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta.** Publicado em: 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 10 de abril de 2014.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **Édipo em Freud: o movimento de uma teoria.** Publicado em: 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a08.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2014.

MOURARO, Denise. **Para que serve a psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

NASIO, Juan-David. **Édipo: complexo do qual nenhuma criança escapa.** Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. **Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michael. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SILVA, Maria de Fátima Xavier da e VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa de. A auto-estima no CAT-A e HTP: estudo de evidência de validade. Publicado em: 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712006000200010&script=sci_arttext. Acesso em: 13 de novembro de 2014.

ZAVARONI, Dione de Medeiros Lula; VIANA, Terezinha de Camargo; CELES, Luiz Augusto Monnerat. **A constituição do infantil na obra de Freud.** Publicado em: 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a08v12n1.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2014.