

## À SEMELHANÇA DO ESTUDO DE CHASE E SIMON Sobre a memória de informação clínica por psicoterapeutas dinâmicos especialistas e não-especialistas<sup>(\*)</sup>

*Ana Sofia dos Santos, Maria de Fátima Reis e Leonel Garcia-Marques*

**Resumo** Psicoterapeutas de orientação psicodinâmica com diferentes graus de experiência, foram sujeitos, uns à condição de dois casos clínicos típicos e outros à condição de dois casos clínicos atípicos. Todos os psicoterapeutas foram confrontados com duas tarefas: (1) avaliação diagnóstica, e (2) tarefa de memória em que reconheciam a informação contida nos casos, depois de os terem visto separadamente durante seis minutos (para cada um). Os resultados mais importantes foram: os especialistas revelaram um desempenho superior na tarefa de memória ao reconhecerem um número significativamente maior de índices na condição de casos típicos, e face a informação incongruente emergiu uma superioridade dos não-especialistas. Estes resultados tornaram-se ainda mais pregnantes quando, na análise, se utilizou um critério de correção das respostas mais abrangente ou benevolente, já que este permite obter uma medida mais sensível da memória. Estas diferenças não puderam ser atribuídas a uma capacidade superior de memória de qualquer dos grupos, uma vez que para a memória de índices irrelevantes o desempenho dos grupos foi idêntico. Adicionalmente, constatou-se um maior reconhecimento dos índices consistentes com o diagnóstico de psicose. Este resultado foi relacionado com o elevado número de diagnósticos de psicose que surgiram nos casos atípicos; e pode ser explicado por postulados teóricos baseados na teoria dos esquemas, que serão brevemente discutidos no presente estudo.

**Palavras-chave** memória; informação clínica; psicoterapia.

### Introdução

A investigação com especialistas pode ser uma das áreas com uma expansão mais rápida dentro da psicologia e ciência cognitivas. A análise de descobertas empíricas no estudo da memória de especialistas determinou o estágio da presente análise.

Os resultados experimentais no estudo da memória humana parecem requerer uma teoria de esquema, e, por isso, também no estudo da memória de especialistas esta tem de ser considerada. Esquemas são estruturas e processos mentais

Ana Sofia dos Santos e Leonel Garcia-Marques, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Maria de Fátima Reis, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

inconscientes que contêm conhecimento genérico abstracto que foi organizado para formar estruturas qualitativamente novas (Sherman e Corty, 1984).

O primeiro experimento sobre a memória humana mostra que a informação que pode ser ligada a um esquema é melhor recordada do que a informação que não pode ser facilmente ligada a um esquema. Ebbinghaus (1885) verificou que a informação proveniente de um poema lírico era cerca de dez vezes melhor recordada do que material sem significado. A partir daí, vários investigadores chegaram à mesma conclusão de que material com significado é muito melhor recordado do que material sem significado (Welborn e English, 1937). Nas últimas décadas, os investigadores encontraram técnicas para evidenciar o efeito de esquema com materiais em que os elementos básicos eram os mesmos, ou até utilizando apenas um único excerto; conseguiram, assim, que material com e sem significado fosse semelhante em várias dimensões (Lachman e Dooling, 1968). Um outro tipo de investigação sobre os efeitos gerais dos esquemas revelou que indivíduos com um esquema mais desenvolvido para um determinado corpo de conhecimentos tinham uma melhor memória para materiais relacionados com esses conhecimentos. Em muitos domínios do conhecimento, estudos mostram este efeito, a saber: memória de especialistas *versus* não-especialistas em relação a disposições de peças de xadrez (Chase e Simon, 1973; de Groot, 1965-1966), memória de uma narrativa sobre *baseball* por indivíduos com elevado e reduzido conhecimento neste desporto (Chiesi *et al.*, 1979).

No estudo com especialistas é necessário encontrar critérios que os identifiquem. Chase e Simon (1973) foram os primeiros a observar que só após dez anos de preparação intensa se atinge o nível internacional de desempenho em xadrez. Ericsson e Crutcher (1990) encontraram dados consistentes numa ampla gama de áreas de conhecimento, que suportam a ideia de que são necessários dez anos de preparação intensa para que sejam atingidos níveis internacionais de desempenho. Por outro lado, a abordagem com especialistas requer o delineamento de um conjunto de tarefas estandardizadas que permitam que o desempenho superior possa ser evidenciado e reproduzido de forma fidedigna.

O trabalho pioneiro de De Groot (1965-1966) e Chase e Simon (1973) pode exemplificar a sequência dos vários passos de investigação que caracterizaram as primeiras abordagens com especialistas. Estes autores verificaram uma diferença, a nível da memória a curto prazo, entre jogadores de xadrez especialistas e não-especialistas. Os especialistas evidenciaram uma óptima capacidade para reconstruir, de uma forma quase perfeita, a disposição das peças de xadrez. Este resultado não pôde ser atribuído a uma capacidade superior de memória dos especialistas porque, quando a reconstrução era feita a partir de uma disposição aleatória das peças de xadrez, estes não tinham um melhor desempenho do que os não-especialistas. Daí que o seu desempenho superior, face a disposições com significado, se deva à sua facilidade em retirar mais informação da disposição parcial do jogo de xadrez, sobre qual a posição das peças na parte não representada. Chase e Simon atribuíram o melhor desempenho dos especialistas ao facto destes organizarem, em estruturas complexas independentes, as posições ou localizações das peças de xadrez possíveis; também o conhecimento mais extenso e acessível

(das regras e estratégias) funciona como um instrumento que o especialista utiliza para inferir as lacunas na disposição das peças (os jogadores não-especialistas não podem fazer estas inferências); e têm uma capacidade de acesso imediato a conhecimento relevante.<sup>1</sup> A base destas competências parece ser um aparato cognitivo desenvolvido ao longo de anos de prática constante.

Investigações recentes questionaram a ideia de armazenamento na memória a curto prazo das posições das peças de xadrez e a de independência das estruturas complexas salientadas por Chase e Simon; e evidenciaram que os especialistas em xadrez armazenam informação sobre as disposições das peças também na memória a longo prazo e que ocasionalmente, uma dada peça de xadrez pode pertencer a mais do que uma estrutura complexa.

Em diversos domínios, os especialistas têm revelado um desempenho de memória superior para estímulos representativos da sua área de conhecimento, quando são feitas adaptações do procedimento original de Chase e Simon (1973).

Coughlin e Patel (1987) apresentaram dois casos clínicos com duas formas estruturais (típica e aleatória) a médicos de família (especialistas) e a estudantes do 2.º ano de medicina (não-especialistas). Os resultados revelaram que os médicos recordavam, de um modo significativo, mais índices críticos do que os estudantes. Quando o caso tinha uma ordem temporal ao nível do processo de desenvolvimento da doença e a sua estrutura era tornada aleatória, a capacidade dos médicos para recordar os índices críticos, assim como a acuidade do seu diagnóstico, era anulada, revelando estes um desempenho ao nível dos não-especialistas. O desempenho de memória dos estudantes não foi afectado pela ordem da estrutura do caso. Este resultado foi semelhante aos resultados obtidos por Chase e Simon (1973). Quando os casos clínicos não apresentavam inicialmente relações específicas entre os índices, então o processamento de informação pelos médicos não era grandemente afectado quando, subsequentemente, a estrutura era tornada aleatória.

Iris Vessey (1988) desenvolveu um estudo na área da programação de computadores, utilizando programadores profissionais. Foi pedido aos sujeitos que recordassem os programas apresentados; os programas recordados eram, posteriormente, examinados para determinar se as estruturas de informação contidas no programa coincidiam com as estruturas de conhecimento declarativo dos programadores. A análise do programa evidenciou a presença de duas estruturas de conhecimento que se esperava que os programadores não possuísem. A informação recordada pelos sujeitos sugere que os especialistas podem ter sido mais afectados do que os não-especialistas quando os programas incluíam estruturas de informação não coincidentes com as suas estruturas de conhecimento.

A investigação no domínio da cognição social tem evidenciado um efeito robusto, designado por *generation effect*, que consiste nos sujeitos evidenciarem um desempenho superior de memória mais para estímulos criados internamente do que para estímulos lidos (Slamecka e Graf, 1978). Vários são os autores que tentaram clarificar este efeito e descrever como uma variável de diferenças individuais — grau de experiência — pode contribuir para compreender este efeito. As experiências elaboradas para demonstrar este contributo evidenciam, nos especia-

listas, uma memória superior para estímulos criados do que para estímulos lidos, quando os estímulos pertencem à sua área de conhecimento. O estudo de Durso, Foley e McGaham (1987) replica este efeito; especialistas e não-especialistas criaram ou leram palavras pertencentes a um domínio para o qual o seu conhecimento (ou ausência dele) era relevante, e pertencentes a um outro domínio para o qual o seu conhecimento era irrelevante. Os resultados evidenciaram um *generation effect* apenas para os especialistas, e apenas na sua área de conhecimento. Este efeito não pôde ser atribuído a diferenças de grupo entre especialistas e não-especialistas, porque os especialistas não evidenciaram este efeito em domínios não pertencentes à sua área de conhecimento. Estes resultados enfatizam a noção de que o acto de criar por si só, pode não ser suficiente para originar um *generation effect*. O efeito ocorre apenas quando o material criado está relacionado com uma estrutura elaborada.

As explicações deste efeito centram-se na ideia de que os estímulos criados internamente são sujeitos a uma maior elaboração. Ou seja, o mecanismo subjacente ao *generation effect* pode ser o de que redes fortemente associadas fornecem múltiplos caminhos de acesso ao conceito a recuperar. Estes caminhos de acesso são necessários quando a palavra é criada inicialmente, mas são menos importantes na condição experimental, em que o sujeito simplesmente lê a palavra apresentada pelo experimentador.

A relação demonstrada entre o *generation effect* e o grau de experiência pode ser directamente aplicada a um conjunto de questões centrais para os investigadores interessados no estudo da memória e percepção humana.

O estudo de Arkes e Freedman (1983) incide no comportamento inferencial dos especialistas, procurando demonstrar que este contribui para a superioridade da sua memória, embora as exigências das tarefas possam converter esta vantagem num risco. Esta contradição tem sido designada por “paradoxo de interferência”, que pode ser descrito da seguinte forma: dado que os especialistas conhecem um grande número de factos sobre um assunto, estão sujeitos a uma interferência substancial e, por isso, exibem um pior desempenho de memória; pelo contrário, na sua área de competência, os especialistas parecem recuperar com facilidade uma quantidade enorme de factos (De Groot, 1965, cit. por Arkes e Freedman, 1984).

Estes autores procuraram demonstrar os custos e benefícios de ser especialista, e ao fazê-lo propõem a resolução para o chamado “paradoxo de interferência”. No seu artigo (Arkes e Freedman, 1984) apresentam resultados análogos aos de Chase e Simon (1973), utilizando um paradigma experimental idêntico, com especialistas em *baseball* e especialistas na geografia do Ohio. Tal como os especialistas em xadrez, possuíam conhecimento que lhes permitia “ir para além da informação dada”, e esta capacidade constituiu tipicamente uma vantagem. Neste estudo usaram distractores que eram ou sinónimos (dos alvos contidos nas histórias) ou inferências (os distractores continham factos que podiam ser inferidos das histórias apresentadas) ou que não tinham relação especial com os alvos das histórias. Na última condição, os especialistas tiveram uma memória de reconhecimento superior à dos não-especialistas, o que era consistente com as investiga-



ções anteriores. Contudo, quando os distractores estavam relacionados com os alvos, o desempenho dos não-especialistas foi superior.

Aquilo que os autores sugerem como explicação é que, quando a memória anula as estruturas prévias de conhecimento, ao violar as regras do xadrez (Chase e Simon, 1973), ou no caso da presente investigação, ao fornecer distractores, cuja presença pode também ser inferida da informação apresentada previamente, então o conhecimento dos especialistas é um risco. Deste modo, os especialistas não estavam em desvantagem quando o alvo e distractor não estavam relacionados, ou seja, quando este último não era nem um sinónimo nem uma inferência do material apresentado, não sendo por isso assimilável. Quando o alvo e distractor estavam relacionados, de uma forma apenas perceptível para os especialistas, então o “paradoxo da interferência” ocorria.

Teorias mais recentes do processamento da informação incluem traços semelhantes aos da teoria clássica da interferência, estas teorias prevêem também que factos relacionados favorecem interferências nas respostas. Smith *et al.* (1978) sugeriram que através da integração de factos relacionados num único tema, os especialistas conseguiam reduzir em grande medida a interferência. Um dos exemplos apresentados pelos autores é o seguinte: supondo que o sujeito é confrontado com “O João partiu a garrafa” e “O João não atrasou a viagem”, e que estas duas frases são posteriormente integradas pela apresentação de uma terceira “O João baptizou o navio”. Foi pedido aos sujeitos que aprenderam esta frase integrada, para reconhecerem uma das três frases numa tarefa subsequente de tempos de reacção. Constatou-se que estes sujeitos reconheciam um dos três factos integrados, tão rapidamente quanto outros sujeitos reconheciam os dois factos originais não integrados. Este resultado foi explicado pelos autores ao considerarem que o benefício da integração consiste em que “muitos factos originais eram acedidos como sendo uma unidade”. Sendo assim, o número de factos associados tem pouca influência no tempo de acesso” (p. 84).

Porém, Reder e Anderson (1980) referiram que esta economia cognitiva ocorria porque os sujeitos da condição de integração apenas verificavam se uma frase-teste, tal como “O João partiu a garrafa”, era consistente com o cenário de baptizar um navio. Os sujeitos não se preocupavam em recuperar qualquer das frases inicialmente apresentadas, com o objectivo de verificar se a frase-teste coincidia com qualquer uma destas frases.

Na mesma linha de investigação que revela os custos em ser especialista, Arkes e Harkness (1980) sugerem que um diagnóstico funciona como um esquema. Ou seja, fazer um diagnóstico conduz a erros de reconhecimento análogos àqueles evidenciados por estudos sobre protótipos e esquemas (as semelhanças destes resultados foram antecipadas por vários estudos de inferências). Assim, as implicações de fazer um diagnóstico são que, sintomas não apresentados, consistentes com esse diagnóstico, são falsamente reconhecidos. O ser suficientemente especialista para discernir o diagnóstico correcto era um prejuízo para um reconhecimento adequado dos sintomas, já que recordavam incorrectamente sintomas consistentes com o diagnóstico, que não tinham sido apresentados. Estes autores evidenciaram também que os indivíduos que possuíam ou tinham feito um diagnóstico

prévio eram menos capazes de reconhecer um sintoma inconsistente com o diagnóstico.

Ericsson e Charness sugerem que a correlação positiva entre competência e memória não é tão elevada como a postulada na teoria original de Chase e Simon. De facto, várias linhas de investigação têm questionado a generalidade desta relação. Patel e Groen (1986) mostraram que não há uma relação linear entre o nível em que o indivíduo é especialista em medicina e a quantidade de informação que recorda casos médicos apresentados. Estes resultados mostram que o desempenho superior de memória não é uma consequência inevitável de ser especialista. Outras investigações sugerem, também, a possibilidade do desempenho de memória superior dos especialistas ter apenas uma fraca relação com o seu conhecimento de especialista: o desempenho de memória de especialistas em cálculo mental é bastante inferior ao de indivíduos que, durante longo tempo, praticaram a memorização de dígitos. À semelhança, a memória superior para disposições de xadrez apresentadas por breves momentos pode ser treinada. Estes resultados parecem revelar que as medidas que enfatizam a memória não parecem constituir índices adequados de medida do conhecimento subjacente e não avaliam uso efectivo desse conhecimento.

De qualquer modo, a investigação no domínio do xadrez teve um impacto na ciência cognitiva devido aos instrumentos experimentais e teóricos que forneceu. Ambos os trabalhos de A. de Groot (1965) e W. G. Chase e H. A. Simon (1973) são frequentemente citados em livros contemporâneos de psicologia cognitiva. Jogar xadrez constitui uma tarefa-modelo para o estudo de processos cognitivos básicos, como a percepção, a memória e resolução de problemas.

### **Actividade clínica: raciocínio probabilístico**

A investigação sobre o julgamento clínico, iniciada no princípio dos anos 50 devido, em grande medida, à controvérsia “estatístico *versus* clínico” levantada por Meehl, pôs a descoberto alguns dos factores que tornam o julgamento clínico uma tarefa difícil. Em 1960, Meehl publicou um artigo sobre a actividade cognitiva do clínico, em que refere que idealmente, as inferências clínicas deveriam ser baseadas numa contabilização de casos clínicos, facultando afirmações probabilísticas objectivas. Porém, na prática, este ideal é raramente atingido e as probabilidades condicionais são subjectivamente julgadas com base na experiência clínica, sem a vantagem de um registo real e acumulação de observações; e as probabilidades são expressas de uma forma verbal pouco precisa, como “frequentemente” e “semelhantemente”, e não em valores numéricos.

Uma tarefa típica de julgamento, tal como um problema de diagnóstico em psicologia clínica, requer não só que o clínico aprenda a classificar os pacientes mas também, e talvez ainda mais importante, que aprenda as relações entre as variáveis, por exemplo, as relações entre várias configurações de sintomas e resultados de tratamento.

A natureza probabilística das tarefas clínicas e o facto dos clínicos serem incapazes de detectar essa natureza (tão óbvia para o investigador), sugere forte-

mente que estes e as pessoas em geral, simplesmente não têm os esquemas cognitivos necessários a um desempenho eficiente em tarefas probabilísticas. Em síntese, esta discussão mostra que os indivíduos parecem não ser capazes de aprender a desempenhar, a um nível ótimo, tarefas de inferência probabilística, o que é devido à ausência de esquemas adequados para lidar com o aspecto probabilístico da realidade. Arkes (1981) indica, no entanto, que existem formas de minimizar o impacto destes impedimentos e sugere três estratégias: consideração activa dos resultados alternativos, aumento da atenção a certos tipos de informação usualmente ignorados, minimização do papel da memória.

Como vimos, estudos realizados com especialistas de outras áreas de conhecimento que não o xadrez, revelaram resultados diferentes. Num domínio com estímulos complexos, como a medicina, é evidente que uma parte da integração da informação apresentada envolve a identificação da informação relevante e crítica, e que qualquer análise da memória deve distinguir entre informação relevante e irrelevante. Para diferentes domínios, os processos de codificação da informação serão bastante diferentes, dependendo das exigências específicas de cada domínio. Consequentemente, as investigações podem ser generalizáveis a outras áreas, mas esta sugestão necessita de uma análise mais cuidada. Esta questão é a de se a psicologia é ou não um domínio peculiar, diferente dos outros estudados por investigadores das diferenças entre especialistas e não-especialistas. A psicologia tem, de facto, várias características distintivas. Uma delas é o facto de integrar dois tipos de conhecimento: conhecimento académico das ciências básicas e o conhecimento situacional que é aprendido no *setting* terapêutico. É neste último tipo de conhecimento que os clínicos, tal como os especialistas médicos, são especialistas.

Por tudo o que tem vindo a ser discutido, revela-se necessário desenvolver teorias muito mais específicas e precisas sobre o funcionamento de especialistas e não-especialistas em tarefas de julgamento clínico e de memória no âmbito clínico da psicologia. Alguns esforços têm sido desenvolvidos nesta área; Paula S. Nuriens e Anne E. Nicoll (1992) analisaram a viabilidade de desenvolver um sistema de especialista (que capte o conhecimento e competências destes) que sirva como um instrumento para uma melhor compreensão e operacionalização dos processos cognitivos complexos subjacentes aos procedimentos clínicos (inferência, raciocínio e tomada de decisão), e de torná-lo replicável e usável por outros.

O presente estudo, na área da psicologia, incide nas diferenças entre especialistas e não-especialistas, no que concerne aos processos envolvidos no raciocínio clínico — julgamento e memória — face a casos clínicos.

Tendo em conta as considerações anteriores, o propósito do presente estudo é o de:

- 1 Avaliar as relações entre grau de experiência psicoterapêutica e a quantidade de índices reconhecidos por memória, quando é apresentada informação típica. Prevê-se uma relação positiva. Espera-se que um dos correlatos de ser especialista seja reconhecer uma maior quantidade de índices consistentes com o diagnóstico feito anteriormente.

- 2 Avaliar as relações entre grau de experiência psicoterapêutica e a quantidade de índices reconhecidos por memória, quando é apresentada informação atípica. Prevê-se que não exista uma correlação, ou seja, que a quantidade de índices reconhecidos por memória seja independente do grau de experiência psicoterapêutica.

## Procedimentos metodológicos

### *Sujeitos*

A *pool* de sujeitos foi a totalidade dos psicólogos-psicoterapeutas (N=42), residentes na área da grande Lisboa, de duas sociedades de psicoterapia: Sociedade Portuguesa de Psicanálise e Sociedade Portuguesa de Grupanálise; e, ainda, alguns psicólogos-psicoterapeutas independentes de orientação psicodinâmica/psicanalítica (N=18), dos quais 8 constam da lista telefónica da Região de Lisboa, o que proporcionou um total possível de 60 sujeitos.

Dos 50 psicólogos contactados, 18 não participaram por não preenchimento dos requisitos necessários (N=7), recusa (N=5), e indisponibilidade (N=6). Participaram, assim, 32 sujeitos neste estudo.

### *Construção dos materiais-estímulo*

Foram escolhidos dois casos clínicos (anexo A), susceptíveis de compreensão do funcionamento intrapsíquico e da estrutura da personalidade, a partir de uma pesquisa bibliográfica de vertente psicanalítica. A escolha de cada caso assentou nos seguintes critérios: pacientes adultos; presença de dados anamnésicos; extensão de uma página; explicitação clara do diagnóstico (um caso clínico de neurose e outro de psicose).

Foram retiradas as ideias contidas em cada caso clínico, as quais, sob a forma de índices (anexo A), foram apresentadas a quatro juizes. Os juizes (dois psiquiatras e dois psicólogos), com formação em psicanálise, elevado nível de conhecimentos na teoria dinâmica e vasta experiência clínica, classificaram (anexo B), segundo um referencial psicodinâmico, os índices em: relevantes para as estruturas psicopatológicas de Neurose, Psicose e Borderline; patognómicos para as estruturas psicopatológicas referidas; irrelevantes<sup>2</sup> para qualquer das patologias (anexo A).

As alterações efectuadas nos casos clínicos tinham por objectivo torná-los casos típicos e obedeceram a alguns critérios, a saber. Exemplificando para o caso de psicose:

- mantiveram-se os índices considerados relevantes, por três ou quatro juizes, exclusivamente para a estrutura psicopatológica de psicose;
- os índices considerados relevantes para duas ou três estruturas psicopatológicas (sendo uma a psicose), por três ou quatro juizes, foram alterados por

forma a tornarem-se relevantes exclusivamente para a psicose. Estas alterações foram realizadas pelos juizes e foi, posteriormente, avaliado o grau de concordância relativo à natureza das alterações dos índices.<sup>3</sup>

Retiraram-se do caso: os índices considerados relevantes para a neurose e/ou *borderline*, independentemente do grau de concordância interjuizes; os índices avaliados como patognómicos, por três ou quatro juizes, para qualquer das três patologias; os índices considerados irrelevantes por um ou dois juizes.

Os critérios subjacentes às alterações do caso clínico de neurose foram os mesmos seguidos para o caso de psicose.

Dado o número de índices excluídos e atendendo às exigências de extensão do caso, e de número igual de índices no caso de neurose e psicose, introduziram-se novos índices. Para proceder ao ajustamento do número de índices relevantes nos dois casos e *a posterior* construção dos casos atípicos, dividiu-se a informação em três partes. O critério de divisão foi a fase de vida do indivíduo ("infância"/"adolescência"/"idade adulta"). A natureza dos índices introduzidos obedeceu a dois parâmetros:

- ser relevante para a estrutura psicopatológica em causa (com concordância de três ou quatro juizes);
- adequar-se à necessidade de inclusão numa fase de vida específica.

Procurou-se também que houvesse um número e distribuição igual dos índices irrelevantes nos dois casos. Assim, cada caso clínico tinha, na totalidade, 31 índices, sendo que 5 eram irrelevantes e 26 relevantes. No caso clínico de psicose, os números correspondentes aos índices irrelevantes 1, 2, 13, 22, 29; no caso clínico de neurose, são o 1, 2, 18, 19 e 30.

A partir dos dois casos clínicos típicos (um de neurose e outro de psicose, designados respectivamente por caso C e caso J) (anexo C) construíram-se dois casos clínicos atípicos, designados por caso A e caso B (anexo C), cuja estrutura e sequência temporal são idênticas aos casos clínicos típicos (26 índices relevantes e 5 irrelevantes). Cada caso atípico contém igual número de índices relevantes para a estrutura psicopatológica de neurose e psicose, respectivamente 13 índices. O raciocínio subjacente à selecção dos índices relevantes — neurose e psicose —, a serem colocados no mesmo caso misto, foi juntar informações cuja probabilidade de aparecerem em simultâneo na história de vida de um indivíduo fosse mínima; tornando o caso não característico de qualquer estrutura psicopatológica.

### *Instrumentos*

Foram apresentados aos sujeitos três instrumentos, que se passam a descrever pormenorizadamente.

### Instrumento n.º 1

Questionário relativo a perspectivas teóricas e actividade profissional (designado por instrumento n.º 1) (anexo C).

#### Descrição do instrumento

Com o objectivo de assegurar o cumprimento dos critérios de participação neste estudo construiu-se um questionário de uma página, composto por cinco *itens*. A maioria dos *itens* requeria uma resposta afirmativa ou negativa. Nos restantes *itens* era pedido a indicação de um número (em anos e horas).

A estrutura do questionário e a escolha de alguns *itens* que o integram, baseou-se num instrumento semelhante utilizado num inquérito relativo a psicoterapeutas e psicólogos clínicos, levado a cabo em Portugal (Branco Vasco, 1992). O conteúdo e a formulação dos *itens* integrantes do questionário foram elaborados sem a realização de um pré-teste.

O questionário divide-se em três secções temáticas: (1) Perspectivas teóricas — solicita informação relativa à orientação teórica e à sua influência na prática; (2) Actividades profissionais — solicita informação relativa ao grupo etário dos pacientes vistos em terapia e às horas semanais de actividade psicoterapêutica, e (3) Características demográficas — solicita informação relativa aos anos de experiência profissional.

As informações referentes às horas semanais de actividade psicoterapêutica e relativa aos anos de experiência profissional foram os critérios definidores do grau de experiência psicoterapêutica dos sujeitos. Foi calculada a mediana (Med=467); os sujeitos situados acima da mediana foram considerados especialistas e os situados abaixo, não-especialistas (sendo o resultado mínimo=8 e o resultado máximo=1440).

### Instrumento n.º 2

Questionários relativos a aspectos da realidade portuguesa dos psicólogos (designado por instrumento n.º 2 e instrumento n.º 4). (anexo D).

#### Descrição do instrumento

Com o objectivo de eliminar o efeito resultante da perda diferencial, na memória, da informação apresentada — efeito de recência — construíram-se dois questionários que funcionaram como tarefas distractoras.

Cada questionário tinha, respectivamente, quatro e seis *itens* (o de quatro *itens* foi sempre apresentado com o caso B e o caso J; o de seis *itens* com o caso A e o caso C). A totalidade dos *itens*<sup>4</sup> requeria a distribuição de percentagens por opções de forma a perfazer 100%. Cada tarefa pretendia ocupar o sujeito durante dez minutos. O tempo de execução de cada tarefa foi averiguado através de um pré-teste com psicólogos recém-licenciados (N=4).

Outra alternativa de operacionalizar a tarefa distractora era recorrer a problemas de álgebra, o que pareceu inadequado e possivelmente desmotivador face à população em causa.

### Instrumento n.º 3

Testes de memória por reconhecimento relativos aos quatro casos clínicos (dois típicos e dois atípicos) (designados por instrumento n.º 3 e instrumento n.º 5) (anexo E).

### Descrição do instrumento

Com o objectivo de avaliar o processo complexo de descoberta de cada índice, construiu-se uma medida de memória. Para cada indivíduo havia sempre quatro alternativas com grau de abstracção semelhante ao do índice retirado do texto e com a mesma dimensão, as quais passamos a descrever:<sup>5</sup>

- duas continham informação que não estava presente no índice ou no caso clínico: avaliadas como alternativas incorrectas;
- uma continha informação incompleta à qual foi adicionada informação não relatada no índice ou no caso clínico: avaliada como meia certa;
- uma com informação presente no índice e (consequentemente) no caso clínico, mas formulada com outros vocábulos: avaliada como totalmente certa.

A ordem das alternativas variava de índice para índice. Na elaboração das alternativas houve o cuidado de evitar a utilização de termos que, no contexto da informação do caso clínico, se tornassem muito salientes e, por isso, facilmente reconhecíveis quer como ausentes quer como presentes nos casos clínicos.

A sequência dos índices no teste de reconhecimento não correspondia àquela apresentada nos casos clínicos, na medida em que manter referências sobre a sequência constituiria um facilitador no momento da recuperação da informação.

### *Delineamento experimental*

O delineamento básico do presente estudo foi: 1 objectivo de processamento (compreensão e avaliação diagnóstica de dois casos clínicos) x 2 alvos de natureza diferente (casos típicos ou casos atípicos) x 2 ordens de apresentação em cada alvo de natureza diferente (casos típicos: caso C/caso J ou caso J/caso C; Casos atípicos: caso A/caso B ou caso B/caso A) x 2 graus de experiência psicoterapêutica (peritos ou novatos) x 1 ordem de aplicação dos instrumentos.

### Procedimento

Os sujeitos foram testados individualmente na presença de um experimentador. Depois de reunidas as condições, em termos de material, receberam uma folha de

apresentação (anexo C) informando que iam participar num estudo relacionado com a compreensão e avaliação diagnóstica com base em informação sumária contida em casos clínicos.

Era mostrado aos sujeitos uma descrição escrita de um caso clínico. A cada sujeito era pedido que lesse o caso durante um período de tempo (anexo C), depois do qual este era removido. Durante a leitura do caso não era permitido tirar apontamentos, mas apenas sublinhar o texto. A seguir era pedido que escrevessem, utilizando apenas duas linhas, o diagnóstico esquemático do caso (anexo C).

Depois os sujeitos receberam um questionário relativo à realidade dos psicólogos em Portugal.

Posteriormente foi-lhes entregue um caderno contendo trinta e um conjuntos de *itens* (cada um incluindo quatro alternativas) que constituiu a condição experimental. Os sujeitos leram os *itens* e assinalaram as opções que avaliaram como correctas. Não havia tempo limite para esta tarefa (anexo E). Após terem completado a tarefa, foi-lhes apresentado o segundo caso, no qual se utilizou o mesmo procedimento.

### *Medidas dependentes*

As medidas dependentes deste estudo foram:

- a) os julgamentos diagnósticos dos casos clínicos;
- b) um teste de memória por reconhecimento em que informação (que serviu como material-estímulo) semelhante àquela que serviu como material-estímulo foi apresentada juntamente com três alternativas. A tarefa dos sujeitos foi indicar a opção avaliada como certa ou mais provavelmente certa.

### *Descrição e Análise dos Resultados*

Foi testado se existiam diferenças significativas no desempenho de memória, de cada sujeito, entre o primeiro e o segundo casos apresentados. Não surgiram efeitos de ordem significativos e, por outro lado, a variável ordem não covaria com nenhuma das outras variáveis.

Foi efectuada uma análise de variância (ANOVA) com medidas repetidas (relativas ao reconhecimento de índices de neurose/índices de psicose para cada sujeito) para: 2 alvos de natureza diferente (casos típicos ou casos atípicos)  $\times$  2 graus de experiência psicoterapêutica (peritos ou novatos).

Realizou-se uma análise com as variáveis dependentes relativas à soma dos índices totalmente certos (MEMN, MEMP e MENI) e outra com as variáveis dependentes relativas à soma dos índices totalmente certos e meio certos (MEMNT, MEMPT). Os resultados apresentados referem-se a estas últimas variáveis.

Da análise de variância emerge um efeito principal da variável *natureza do alvo*,  $F(1,28) = 4,29$ ;  $p = 0,04$  (ver quadro 1), o que constitui um resultado relevante para as predições. Ou seja, há uma diferença sistemática na memória dos indivíduos quando consideramos a natureza do alvo (caso típico *versus* caso atípico).



**Quadro 1** Média da memória de reconhecimento segundo a natureza do alvo

Alvos de natureza diferente	Média
Típico	25,125
Atípico	24,388

**Quadro 2** Média da memória de reconhecimento segundo a interação do grau de experiência psicoterapêutica e a natureza do alvo

Graus de experiência psicoterapêutica	Alvos de natureza diferente	Média
Típico	Peritos	25,500
Típico	Novatos	24,750
Atípico	Peritos	24,000
Atípico	Novatos	24,777

**Quadro 3** Média da memória de reconhecimento para índices de neurose e índices de psicose

Medida repetida da memória de reconhecimento, de cada sujeito, para índices de neurose e de psicose	Média
Índices de neurose	20,592
Índices de psicose	22,780

Os resultados mostram que os sujeitos reconhecem um número significativamente maior de índices quando são apresentados casos típicos ( $M=25,125$ ) do que quando são apresentados casos atípicos ( $M=24,388$ ).

Da análise de variância emerge, também, um efeito principal de interação entre a variável *grupo* e a variável *natureza do alvo*,  $F(1,28)=4,62$ ,  $p=0,04$ , o que indica que os indivíduos com diferentes graus de experiência em psicoterapia reconhecem, diferentemente, os índices certos e meios certos, dependendo da natureza dos casos-alvo. (ver quadro 2)

Tal como era previsto, os especialistas reconhecem um número significativamente maior de índices ( $M=25,500$ ) do que os não-especialistas ( $M=24,750$ ), nos casos típicos. Verifica-se uma diferença sistemática, no sentido da superioridade dos não-especialistas ( $M=24,777$ ) em relação aos especialistas ( $M=24,000$ ), quanto à memória de índices em casos atípicos.

Constatou-se que não existe uma diferença sistemática entre a memória dos indivíduos para índices irrelevantes certos quando consideramos o grau de experiência e a natureza dos casos, isoladamente ou em interação, respectivamente  $F(1,28)=0,00$ ,  $F(1,28)=1,44$ ,  $F(1,28)=0,05$ , com  $p>0,05$ .

Encontrou-se um forte efeito da variável *medida repetida da memória de reconhecimento para índices de neurose e índices de psicose*,  $F(1,28)=19,40$ ;  $p=0,0001$  (ver quadro 3), que indica uma diferença significativa entre a memória para índices de neurose e para índices de psicose certos. Uma análise mais fina revelou uma marcante superioridade da memória para os índices de psicose.

Esta superioridade foi atribuída ao elevado número de diagnósticos de psicose (32), comparativamente ao de neurose e outros (num total de 64 diagnósticos), para a qual contribuiu o número de diagnósticos de psicose nos casos atípicos. Este dado é consistente com os resultados encontrados por um vasto número de experiências que mostram que os indivíduos que elaboraram um diagnóstico reconhecem com maior acuidade os índices que, previamente vistos, conduziram a esse diagnóstico (Arkes e Harkness, 1980).

### Discussão dos resultados

Os resultados do presente estudo têm de ser interpretados com cuidado e contextualizados em termos da dimensão da amostra, limitações dos instrumentos, metodologia e natureza dos dados.

Tanto quanto os resultados nos permitem afirmar:

- 1 A primeira hipótese sustenta uma maior acuidade dos especialistas no reconhecimento dos índices relevantes para o diagnóstico de um caso típico. Acreditamos que este resultado é análogo aos ocorridos em outros estudos, como o de Chase e Simon (1973) e Arkes e Freedman (1984). Os especialistas têm o conhecimento que lhes permite ir além da informação dada. Tal como aconteceu com os especialistas em xadrez, em *baseball* e na geografia do Ohio, esta capacidade é tipicamente uma vantagem. Os especialistas têm uma estrutura de conhecimento prévia com base na qual os alvos podem ser interpretados e na qual foram assimilados. Parece que os especialistas processam a informação agregando-a em grandes unidades, o que lhes confere uma maior capacidade de assimilar aquilo que coincide com estas grandes unidades.
- 2 Na condição informação atípica que comporta índices incongruentes entre si (do ponto de vista diagnóstico), o resultado intrigante foi que os especialistas têm um desempenho pior que os não-especialistas. Este é um resultado análogo ao surgido na experiência de Arkes e Freedman (1984). Em particular, na segunda hipótese, esperava-se que não houvessem diferenças no desempenho destes dois grupos, já que quando a informação é atípica e mantém um grau de incongruência entre si, parece não ser económico, em termos de processamento, o indivíduo guiar-se pelas grandes unidades, mas

sim fazer uma codificação detalhe a detalhe (“ir ao individual”), o que anularia a vantagem em ser especialista.

O que é facto é que, uma vez que as regras, bem integradas pelos especialistas, são violadas quando se misturam índices relevantes para duas estruturas psicopatológicas (e que resultam incongruentes entre si), os especialistas psicodinâmicos ficaram em desvantagem. Podemos encontrar na literatura alguns dados explicativos. Estudos sobre a cognição dos especialistas mostram que o tipo de processamento de informação seguido por estes é mais económico do que o seguido pelos não-especialistas, ou seja, os especialistas sabem mais mas usam menos informação nos processamentos que fazem. Parece que têm um padrão contingente de procura de informação, isto é, consideram subconjuntos de variáveis para uma hipótese, porque sabem muito sobre o seu domínio; enquanto os não-especialistas fazem um processamento índice a índice, adicionando progressivamente os pesos atribuídos a cada um, sempre na mesma sequência. Assim, os especialistas fazem uma procura limitada porque apenas um pequeno conjunto de índices é avaliado como relevante para uma dada hipótese. Este é, portanto, um raciocínio diagnóstico. Certamente, o que foi dito anteriormente fundamenta os resultados de alguns estudos que mostraram que os especialistas têm dificuldade em lidar com informação incongruente.

A confirmação da primeira hipótese e o resultado não esperado da segunda hipótese assumem uma maior relevância quando a análise estatística do teste de memória é relativa à soma dos índices certos e meio certos, que é uma medida mais sensível da memória. No mesmo sentido, quando, numa tarefa de memória livre, contabilizamos os índices recordados, vamos obter um resultado mais elevado se formos menos rígidos (utilizarmos um critério mais abrangente), no sentido de considerarmos como certos todos os índices que contenham a ideia apresentada, independentemente da formulação frásica ser igual ou não à previamente vista pelo sujeito.

Poder-se-ia pensar que as diferenças entre especialistas e não-especialistas na tarefa de memória por reconhecimento eram atribuíveis a diferenças individuais na capacidade de memória. Contudo, os resultados semelhantes obtidos, por especialistas e não-especialistas, relativos ao reconhecimento dos índices irrelevantes, não fundamentam esta ideia. Isto permite interpretar com mais segurança os resultados referentes à primeira e segunda hipóteses.

Os índices relevantes para um diagnóstico de psicose são significativamente mais recordados do que os relevantes para o diagnóstico de neurose, face a um número muito maior de diagnósticos de psicose elaborados pelos sujeitos. Brewer e Treyens (1981) afirmam que uma melhor memória para índices relacionados com um esquema se deve ao facto desse mesmo esquema ter sido usado como um mecanismo de recuperação. Na análise de Brewer e Nakamura (1984), sobre as funções dos esquemas nos processos mnésicos, é proposto que existem cinco processos básicos através dos quais os esquemas podem operar durante o processo de memória e assinalam que um desses processos se refere ao funcionamento dos esquemas como mecanismos de recuperação.

Assim, os resultados deste estudo suportam, até certo ponto, a existência das diferenças hipotetizadas no desempenho de psicoterapeutas psicodinâmicos especialistas e não-especialistas e, ainda, evidenciam dados não esperados. Este facto, adicionado à ausência de estudos nesta área com esta população, é importante o suficiente para justificar investigação e replicação adicional e para considerar as implicações que estes e outros resultados podem ter na prática clínica do psicoterapeuta dinâmico. Para já, será talvez sensato da parte do profissional desta área atender a alguns dos factores que tornam o julgamento clínico uma tarefa difícil. As fragilidades ou falhas dos desempenhos de memória não resultam meramente em menos informação para elaborar um julgamento, mas num maior número de julgamentos enviesados (Arkes, 1981). Neste sentido, uma estratégia para aumentar a acuidade dos julgamentos radica na atribuição de importância à falibilidade da memória (tentar diminuir a confiança que o profissional tem na sua memória).

### **Anexo A: casos clínicos típicos apresentados aos juízes**

#### *Divisão do caso C em ideias (índices)*

O paciente cresceu com dois meios-irmãos consideravelmente mais velhos, provenientes do primeiro casamento do pai / e é o filho mais velho duma família de muitos filhos. / A mãe, muito ansiosa e superprotetora, dedicou-se, de um modo especial, ao seu primogénito e foi determinante para o clima de relação entre eles. / O pai esteve ausente muitos anos por razões de trabalho, durante a infância do paciente. / Em casa, o pai nunca constituiu uma figura muito presente.

Na escola primária sentia-se algo angustiado quando brincava, pela primeira vez, com crianças desconhecidas. / Perto dos quatro anos, o pai regressou. As angústias intensificaram-se, / em conexão com sonhos nos quais o paciente se vê castigado por um touro que corre, velozmente, em sua direcção. /

Entre os seis e os doze anos, manifestava uma resistência em ir para a escola, acabando, no entanto, sempre por ir. / Face aos cuidados superprotetores da mãe que durante muito tempo vai levar e buscar o filho ao colégio, este passa a não resistir em ir para a escola e revela-se até mais cooperativo. / Desde os doze anos de idade, as suas sensações de angústia e sintomas cardíacos assemelhavam-se a “doenças cardíacas e circulatórias”, embora os médicos nunca tivessem verdadeiramente acreditado neste diagnóstico.

A lembrança, do paciente, de que tinha “um coração pouco resistente” fez com que a actividade física e desportiva que desenvolveu durante algum tempo, diminuísse. / Passou a ter uma atitude de certa passividade e dependência.

Quando o pai se ausentava, à noite gostava mais de ficar a conversar e a ver televisão com a mãe do que estar com os amigos. / Desenvolveu-se como um jovem formal e superadaptado, inibindo a curiosidade e iniciativa, para manter o amor da mãe. / Sentia rivalidade em relação aos seus irmãos mais pequenos. / O seu rendimento escolar era médio e por isso muito inferior ao que as suas capacidades intelectuais podiam prever. / A sua boa educação tornava a sua presença agradável em qualquer sítio. / Em dias de chuva gostava de ir ao cinema.

Durante a puberdade procurou afastar-se da sua mãe. / Sentia dificuldades em situações de competição desportiva com colegas. / Numa ocasião, discutiu seriamente com os pais quando tomou conhecimento que tinham pago uma viagem de férias ao irmão mais novo e exigiu que lhe dessem uma mota. / Em plena consciência, C. tentou libertar-se dos ideais beatos e escrupulosos da mãe. / Não tinha muito sucesso junto das raparigas. / As suas amizades mantinham-se a um nível superficial. / Tal como a masturbação, as suas amizades acarretavam-lhe mais sentimentos de culpa do que de satisfação. / Sentiu-se bastante inseguro após ter sofrido um desgosto com uma rapariga. / Este acontecimento foi vivido com muita mágoa e desencadeou angústias cardíacas.

Devido aos sintomas cardíacos, C. viu-se obrigado a interromper os seus estudos durante um ano. Retomou os estudos com grande esforço, posteriormente. / Trabalhou numa empresa multinacional. / Profissionalmente, o seu rendimento era irregular, mas conseguiu sempre manter-se a trabalhar. /

*Índices retirados do caso C e apresentados aos juízes*

- 1 Viveu com 2 meios-irmãos mais velhos.
- 2 É o filho mais velho duma família de muitos filhos.
- 3 A mãe era ansiosa e superprotetora em relação a este primeiro filho.
- 4 O pai era um físico com muito êxito.
- 5 Até aos 4 anos, o pai esteve ausente por razões de trabalho.
- 6 Em casa, nunca foi um pai muito presente.
- 7 Nos primeiros 6 anos de vida manifestava muitas angústias.
- 8 O medo do escuro e de estar sozinho tornou a relação próxima com a mãe mais intensa.
- 9 As angústias acentuam-se após o regresso do pai.
- 10 A partir dos 4 anos sonha que um touro o está a castigar e corre, velozmente, em sua direcção.
- 11 Entre os 6 e os 12 anos nunca quer ir para a escola, embora acabe sempre por ir.
- 12 Porque a mãe o leva e vai buscar à escola deixa de manifestar resistência em ir chegando mesmo a colaborar.
- 13 Por volta dos 12 anos o avô, com quem tinha uma relação muito próxima, morre de enfarte cardíaco.
- 14 Desde os 12 anos é tratado por diversos médicos devido à sua angústia e sintomas cardíacos, embora estes nunca tenham pensado que se tratava duma verdadeira doença cardíaca.
- 15 Por ter um coração pouco resistente diminui a actividade física.
- 16 Após os sintomas cardíacos tornou-se algo passivo e dependente.
- 17 Quando correspondia às expectativas da mãe esta manifestava o seu carinho.
- 18 Sendo um jovem formal e superadaptado conseguia ter o amor da mãe.
- 19 Sentia rivalidade fraterna.
- 20 As suas capacidades intelectuais permitiam um rendimento escolar melhor do que o que tinha.
- 21 As suas dificuldades de concentração e no trabalho eram camufladas porque atingia os objectivos escolares.

- 22 Quando as tarefas escolares exigiam um esforço suplementar sentia alguma angústia e uma insegurança momentânea em si mesmo.
- 23 Tinha uma presença agradável dada a sua boa educação.
- 24 Não se lembra de momentos que lhe tenham proporcionado satisfação pessoal ou segurança na relação com os outros.
- 25 Na puberdade, tentou diminuir a grande proximidade que tinha com a mãe.
- 26 As situações de competição com colegas eram difíceis para ele.
- 27 Procurou, de forma consciente, deixar de ser influenciado pelas ideias escrupulosos da mãe.
- 28 Não despertava muito interesse às raparigas.
- 29 As suas amizades não tinham um carácter profundo.
- 30 Sentia-se culpado quando se masturbava.
- 31 Uma decepção amorosa causou-lhe fortes sentimentos de insegurança.
- 32 Com a desilusão amorosa sentiu-se bastante humilhado e com angústias cardíacas.
- 33 Devido aos sintomas cardíacos interrompeu os estudos durante um ano, que reinicia com grandes dificuldades
- 34 O seu desempenho profissional tinha quebras o que não impediu de continuar sempre a trabalhar

#### *Divisão do Caso J em ideias (índices)*

J. é o primeiro filho. O seu único irmão é cinco anos mais novo, / e não tem problemas psiquiátricos. / A mãe de J. não quis amamentá-lo, e queria que este ficasse com a avó materna pois não tinha tempo para cuidar dele. / Desde bebé que tinha terrores nocturnos. / Desde novo não reagia nem se reconhecia face à sua imagem no espelho, o que era motivo de estranheza para o pai. / Porque dedicava muito do seu tempo ao filho, o pai admirava-se que o filho tivesse um olhar e contacto muito fugidío para qualquer pessoa e também para ele. / A mãe achava que o filho brincava duma forma desorganizada, repetitiva e estragava muito os brinquedos. / Apartir do momento em que entrou para a escola vomitava, todas as manhãs, o pequeno-almoço. / As brigas constantes com os colegas e a instabilidade do seu comportamento eram motivo de queixa das professoras. / No seu diálogo com os pais respondia com frases sem sentido e dum modo confuso. /

Durante o Verão em que J. tinha quatorze anos, o pai, contra a vontade do filho, decide “curar a sua imaturidade”, enviando-o para o estrangeiro para viver com um seu antigo colega, numa escola com programas de ocupação de férias. /

No fim do Verão, quando regressou ao seu país, J. não estava necessariamente mais maduro, mas sim sem interesse por nada e mantinha-se num grande isolamento. / Mantinha um rendimento escolar médio e, após ter concluído o liceu, foi admitido numa pequena faculdade. / O seu rendimento escolar foi gradualmente diminuindo devido à grave perturbação da atenção. /

Após o ano de caloiro, J. passou o verão em casa, sem fazer nada, parecendo preferir uma vida completamente solitária. / Num passeio à praia com dois colegas, ao passar sobre uma ponte, J. ficou muito assustado e a determinada altura implorou aos seus companheiros que parassem o carro na ponte, no meio dum trânsito intenso. /

Quando chegou finalmente a casa, estava atordoado e, segundo os seus pais nunca mais voltou a ser o mesmo. / No seu discurso, usava palavras difíceis, o que face aos pais era inapropriado. / Não foi capaz de prosseguir os estudos e voltou para casa numa atitude de revolta e zanga com os pais. / É levado a um psiquiatra, com quem inicia um tratamento farmacológico, de carácter periódico. / Era motivo de reparo o facto de cheirar sempre muito um objecto que era novo para si. /

Um dia, num bar, uma rapariga de “shows” eróticos, após o seu espectáculo provocador, veio sentar-se junto de J. . / Nesse dia ficou confuso e sentiu-se doente. /

Em determinadas alturas passava noites inteiras sem dormir, acontecendo-lhe pensar que via coisas. / Por vezes tinha uma sensação de estranheza por não reconhecer os locais que lhe eram familiares. / Sentiu-se desnorteado quando o seu único amigo casou, e recusou-se a voltar a vê-lo. / Foi várias vezes despedido devido à baixa tolerância à frustração que resultava em condutas subitamente agressivas. / J. atribuía o ser despedido a conspirações dos colegas contra ele. /

Um dia, ao ser incapaz de contornar uma curva, acaba por cair numa vala. / Quando foi encontrado pela polícia estava catatónico. / Uma vez internado, pensou que outro paciente lhe tinha roubado os óculos e por isso evitava contactar com ele porque se sentia em perigo. /

### **Anexo B: grelhas de classificação dos índices pelos juízes (exemplo do Caso C)**

#### *Caso C*

	Relevantes			Suficientes			Irrelevantes
	Psicose	Neurose	Borderline	Psicose	Neurose	Borderline	(**)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			

### **Anexo C: instrumento n.º1**

*Casos clínicos apresentados aos sujeitos (A, B, C, J), incluindo a divisão das ideias*

#### *Instrumento n.º 1*

- 1 A abordagem teórica que privilegia é a psicanalítica ou psicodinâmica  
☐ Sim  
☐ Não
- 2 Utiliza, preferencialmente, os princípios e/ou técnicas oriundas das orientações teóricas mencionadas no ponto 1  
☐ Sim  
☐ Não
- 3 A maioria dos seus pacientes são adultos  
☐ Sim  
☐ Não



- 4 Por favor, indique há quanto tempo se dedica à prática da psicoterapia (incluindo o treino e a prática profissional)  
\_\_\_ (em anos)
- 5 Por favor, indique quantas horas por semana, em média, está clinicamente com a *totalidade* dos seus pacientes  
\_\_\_ (horas por semana)

*Divisão do caso C em ideias (índices)*

Leia atentamente este caso. Tem cerca de seis minutos para o fazer, o que tem sido considerado o tempo suficiente. A sua opinião sobre o indivíduo em causa vai ser importante.

O paciente cresceu com dois meios-irmãos consideravelmente mais velhos, provenientes do primeiro casamento do pai / e é o filho mais velho duma família de muitos filhos. / A mãe, muito ansiosa e superprotetora, dedicou-se, de um modo especial, ao seu primogénito e foi determinante para o clima de relação entre eles. / O pai esteve ausente muitos anos por razões de trabalho, durante a infância do paciente. / Em casa, o pai nunca constituiu uma figura muito presente. /

Na escola primária sentia-se algo angustiado quando brincava, pela primeira vez, com crianças desconhecidas. / Perto dos quatro anos, o pai regressou. As angústias intensificaram-se, / em conexão com sonhos nos quais o paciente se vê castigado por um touro que corre, velozmente, em sua direcção. /

Entre os seis e os doze anos, manifestava uma resistência em ir para a escola, acabando, no entanto, sempre por ir. / Face aos cuidados superprotetores da mãe que durante muito tempo vai levar e buscar o filho ao colégio, este passa a não resistir em ir para a escola e revela-se até mais cooperativo. / Desde os doze anos de idade, as suas sensações de angústia e sintomas cardíacos assemelhavam-se a “doenças cardíacas e circulatórias”, embora os médicos nunca tivessem verdadeiramente acreditado neste diagnóstico. /

A lembrança, do paciente, de que tinha “um coração pouco resistente” fez com que a actividade física e desportiva que desenvolveu durante algum tempo, diminuísse. / Passou a ter uma atitude de certa passividade e dependência. /

Quando o pai se ausentava, à noite gostava mais de ficar a conversar e a ver televisão com a mãe do que estar com os amigos. / Desenvolveu-se como um jovem formal e superadaptado, inibindo a curiosidade e iniciativa, para manter o amor da mãe. / Sentia rivalidade em relação aos seus irmãos mais pequenos. / O seu rendimento escolar era médio e por isso muito inferior ao que as suas capacidades intelectuais podiam prever. / A sua boa educação tornava a sua presença agradável em qualquer sítio. / Em dias de chuva gostava de ir ao cinema. /

Durante a puberdade procurou afastar-se da sua mãe. / Sentia dificuldades em situações de competição desportiva com colegas. / Numa ocasião, discutiu seriamente com os pais quando tomou conhecimento que tinham pago uma viagem de férias ao irmão mais novo e exigiu que lhe dessem uma mota. / Em plena consciência, C. tentou libertar-se dos ideais beatos e escrupulosos da mãe. / Não tinha muito sucesso junto das

raparigas. / As suas amizades mantinham-se a um nível superficial. / Tal como a masturbação, as suas amizades acarretavam-lhe mais sentimentos de culpa do que de satisfação. / Sentiu-se bastante inseguro após ter sofrido um desgosto com uma rapariga. / Este acontecimento foi vivido com muita mágoa e desencadeou angústias cardíacas. /

Devido aos sintomas cardíacos, C. viu-se obrigado a interromper os seus estudos durante um ano. Retomou os estudos com grande esforço, posteriormente. / Trabalhou numa empresa multinacional. / Profissionalmente, o seu rendimento era irregular, mas conseguiu sempre manter-se a trabalhar. /

### *Divisão do Caso J em ideias (índices)*

J. é o primeiro filho. O seu único irmão é cinco anos mais novo, / e não tem problemas psiquiátricos. / A mãe de J. não quis amamentá-lo, e queria que este ficasse com a avó materna pois não tinha tempo para cuidar dele. / Desde bebé que tinha terrores nocturnos. / Desde novo não reagia nem se reconhecia face à sua imagem no espelho, o que era motivo de estranheza para o pai. / Porque dedicava muito do seu tempo ao filho, o pai admirava-se que o filho tivesse um olhar e contacto muito fugidío para qualquer pessoa e também para ele. / A mãe achava que o filho brincava duma forma desorganizada, repetitiva e estragava muito os brinquedos. / Apartir do momento em que entrou para a escola vomitava, todas as manhãs, o pequeno-almoço. / As brigas constantes com os colegas e a instabilidade do seu comportamento eram motivo de queixa das professoras. / No seu diálogo com os pais respondia com frases sem sentido e dum modo confuso. /

Durante o Verão em que J. tinha quatorze anos, o pai, contra a vontade do filho, decide “curar a sua imaturidade”, enviando-o para o estrangeiro para viver com um seu antigo colega, numa escola com programas de ocupação de férias. /

No fim do Verão, quando regressou ao seu país, J. não estava necessariamente mais maduro, mas sim sem interesse por nada e mantinha-se num grande isolamento. / Mantinha um rendimento escolar médio e, após ter concluído o liceu, foi admitido numa pequena faculdade. / O seu rendimento escolar foi gradualmente diminuindo devido à grave perturbação da atenção. /

Após o ano de caloiro, J. passou o verão em casa, sem fazer nada, parecendo preferir uma vida completamente solitária. / Num passeio à praia com dois colegas, ao passar sobre uma ponte, J. ficou muito assustado e a determinada altura implorou aos seus companheiros que parassem o carro na ponte, no meio dum trânsito intenso. /

Quando chegou finalmente a casa, estava atordoado e, segundo os seus pais nunca mais voltou a ser o mesmo. / No seu discurso, usava palavras difíceis, o que face aos pais era inapropriado. / Não foi capaz de prosseguir os estudos e voltou para casa numa atitude de revolta e zanga com os pais. / É levado a um psiquiatra, com quem inicia um tratamento farmacológico, de carácter periódico. / Era motivo de reparo o facto de cheirar sempre muito um objecto que era novo para si. /

Um dia, num bar, uma rapariga de “shows” eróticos, após o seu espectáculo provocador, veio sentar-se junto de J. / Nesse dia ficou confuso e sentiu-se doente. /

Em determinadas alturas passava noites inteiras sem dormir, acontecendo-lhe pensar que via coisas. / Por vezes tinha uma sensação de estranheza por não reconhecer

os locais que lhe eram familiares. / Sentiu-se desorientado quando o seu único amigo casou, e recusou-se a voltar a vê-lo. / Foi várias vezes despedido devido à baixa tolerância à frustração que resultava em condutas subitamente agressivas. / J. atribuía o ser despedido a conspirações dos colegas contra ele. /

Um dia, ao ser incapaz de contornar uma curva, acaba por cair numa vala. / Quando foi encontrado pela polícia estava catatónico. / Uma vez internado, pensou que outro paciente lhe tinha roubado os óculos e por isso evitava contactar com ele porque se sentia em perigo. /

### *Divisão do caso A em ideias (índices)*

O paciente cresceu com dois meios-irmãos consideravelmente mais velhos, provenientes do primeiro casamento do pai / e é o filho mais velho duma família de muitos filhos. / Desde bebé que tinha terrores nocturnos. / Desde novo não reagia nem se reconhecia face à sua imagem no espelho, o que era motivo de estranheza para o pai. / O pai esteve ausente muitos anos por razões de trabalho durante a infância do paciente. / Perto dos quatro anos, o pai regressou. As angústias intensificaram-se, / em conexão com sonhos nos quais o paciente se vê castigado por um touro que corre, velozmente, em sua direcção. / A mãe achava que o filho brincava duma forma desorganizada, repetitiva, e estragava muito os brinquedos. / Face aos cuidados superprotetores da mãe que durante muito tempo vai levar e buscar o filho ao colégio, este passa a não resistir em ir para a escola e revela-se até mais cooperativo. / Contudo, a partir do momento em que entrou para a escola, vomitava, todas as manhãs, o pequeno almoço. / Após ter tido sintomas cardíacos passou a ter uma atitude de certa passividade e dependência. /

Após o ano de caloiro, A. passou o Verão em casa, sem fazer nada, parecendo preferir uma vida completamente solitária. / Numa ocasião, discutiu seriamente com os pais quando tomou conhecimento que tinham pago uma viagem de férias ao irmão mais novo e exigiu que lhe dessem uma moto. / Desenvolveu-se como um jovem formal e superadaptado, inibindo a curiosidade e iniciativa, para manter o amor da mãe. / Num passeio à praia com dois colegas, ao passar sobre uma ponte, A. ficou muito assustado e a determinada altura implorou aos seus companheiros que parassem o carro na ponte, no meio dum trânsito intenso. / Quando chegou finalmente a casa, estava atordoado e, segundo os seus pais nunca mais voltou a ser o mesmo. /

Sentia rivalidade em relação aos seus irmãos mais pequenos. / A sua boa educação tornava a sua presença agradável em qualquer sítio. / Era motivo de reparo o facto de cheirar sempre muito um objecto que era novo para si. / Sentia dificuldades em situações de competição desportiva com colegas. /

Não foi capaz de prosseguir os estudos e voltou para casa numa atitude de revolta e zanga com os pais. / Em plena consciência, A. tentou libertar-se dos ideais beatos e escrupulosos da mãe. / Em determinadas alturas passava noites inteiras sem dormir, acontecendo-lhe pensar que via coisas. /

O desgosto com uma rapariga foi vivido com muita mágoa/ e desencadeou angústias cardíacas. / As suas amizades mantinham-se a um nível superficial. / Sentiu-se desorientado quando o seu único amigo casou, e recusou-se a voltar a vê-lo. / Tal como a masturbação, as suas amizades acarretavam-lhe mais sentimentos de culpa do que de satisfação. /

Trabalhou numa empresa multinacional. / A. atribuía o ser despedido a conspirações dos colegas contra ele. / Em dias de chuva gostava de ir ao cinema. / Uma vez internado, pensou que outro paciente lhe tinha roubado os óculos e por isso evitava contactar com ele porque se sentia em perigo. /

*Divisão do caso B em ideias (índices)*

B. é o primeiro filho. O seu único irmão é cinco anos mais novo, / e não tem problemas psiquiátricos. / A mãe de B. não quis amamentá-lo, e queria que este ficasse com a avó materna pois não tinha tempo para cuidar dele. / A mãe, muito ansiosa e superprotetora, dedicou-se, de um modo especial, ao seu primogénito e foi determinante para o clima de relação entre eles. / Mesmo em casa, o pai nunca constituiu uma figura muito presente. / Porque dedicava muito do seu tempo ao filho, o pai admirava-se que o filho tivesse um olhar e contacto muito fugidío para qualquer pessoa e também para ele. /

Entre os seis e os doze anos, manifestava uma resistência em ir para a escola, acabando, no entanto, sempre por ir. / No seu diálogo com os pais respondia com frases sem sentido e dum modo confuso. / Na escola primária sentia-se algo angustiado quando brincava, pela primeira vez, com crianças desconhecidas. / As brigas constantes com os colegas e a instabilidade do seu comportamento eram motivo de queixa das professoras. /

Durante o verão em que B. tinha quatorze anos, o pai, contra a vontade do filho, decide “curar a sua imaturidade”, enviando-o para o estrangeiro para viver com um seu antigo colega, numa escola com programas de ocupação de férias. / Durante a puberdade procurou afastar-se da sua mãe. / No fim do verão, quando regressou ao seu país, B. não estava necessariamente mais maduro, mas sim sem interesse por nada e mantinha-se num grande isolamento. / Desde os doze anos de idade, as suas sensações de angústia e sintomas cardíacos assemelhavam-se a “doenças cardíacas e circulatórias”, embora os médicos nunca tivessem verdadeiramente acreditado neste diagnóstico. / A lembrança, do paciente, de que tinha “um coração pouco resistente” fez com que a actividade física e desportiva que desenvolveu durante algum tempo, diminuísse. / É levado a um psiquiatra, com quem inicia um tratamento farmacológico, de carácter periódico. / O seu rendimento escolar foi gradualmente diminuindo devido à grave perturbação da atenção. /

O seu rendimento escolar era médio e por isso muito inferior ao que as suas capacidades intelectuais podiam prever. / Mantinha um rendimento escolar médio e, após ter concluído o liceu, foi admitido numa pequena faculdade. / No seu discurso, usava palavras difíceis, o que face aos pais era inapropriado. / Quando o pai se ausentava, à noite gostava mais de ficar a conversar e a ver televisão com a mãe do que estar com os amigos. / Devido aos sintomas cardíacos, B. viu-se obrigado a interromper os seus estudos durante um ano. Retomou os estudos com grande esforço, posteriormente. /

Não tinha muito sucesso junto das raparigas. / Um dia, num bar, uma rapariga de “shows” eróticos, após o seu espectáculo provocador, veio sentar-se junto de B. / Nesse dia ficou confuso e sentiu-se doente. / Profissionalmente, o seu rendimento era irregular, mas conseguiu sempre manter-se a trabalhar. / Foi várias vezes despedido devido à

baixa tolerância à frustração que resultava em condutas subitamente agressivas. / Sentiu-se bastante inseguro após ter sofrido um desgosto com uma rapariga. /

Por vezes tinha uma sensação de estranheza por não reconhecer os locais que lhe eram familiares. / Um dia, ao ser incapaz de contornar uma curva, acaba por cair numa vala. / Quando foi encontrado pela polícia estava catatónico. /

## **Anexo D: instrumento nº2 e Instrumento nº4**

### *Instrumento nº2*

Considerando a realidade portuguesa, por favor expresse a sua opinião pessoal face às questões que lhe são apresentadas. Assinale a sua resposta com uma cruz (X). Não existem respostas certas ou erradas.

- 1 Actualmente, qual pensa ser a percentagem dos profissionais, no campo da saúde mental, que trabalham numa vertente clínica  
☐ Psiquiatras  
☐ Terapeutas especializados  
☐ Psicólogos  
☐ Enfermeiros  
☐ Outros  

(100%)
- 2 Qual pensa ser a percentagem de recorrência aos serviços de saúde mental (estatais ou particulares), pelos seguintes utentes  
☐ Crianças  
☐ Casais  
☐ Adolescentes  
☐ Famílias  
☐ Adultos  
☐ Outros  

(100%)
- 3 Avalie qual pensa ser, actualmente, a percentagem de psicólogos que trabalha nos seguintes locais  
☐ Hospital Psiquiátrico  
☐ Prática Privada  
☐ Hospital Geral  
☐ Universidades  
☐ Centro de Saúde Mental  
☐ Outros  

(100%)
- 4 Avalie a percentagem de psicólogos que se encontram, actualmente, envolvidos nas actividades seguintes

- ☐ Psicoterapia
- ☐ Supervisão
- ☐ Diagnóstico e Avaliação
- ☐ Administração
- ☐ Ensino
- ☐ Investigação
- ☐ Outras

(100%)

- 5 Em sua opinião, qual a percentagem de incidência de psicólogos nas seguintes zonas do país

- ☐ Zona Norte
- ☐ Zona Sul
- ☐ Zona Centro
- ☐ Ilhas

(100%)

- 6 Qual pensa ser a percentagem de tempo que os psicólogos dedicam à prática de investigação, em cada uma das modalidades seguintes

- ☐ Conduzir investigação (em terapia)
- ☐ Conduzir investigação (não terapia)
- ☐ Supervisão de investigação (em terapia)
- ☐ Supervisão de investigação (não terapia)
- ☐ Redacção de artigos (terapia)
- ☐ Redacção de artigos (não terapia)
- ☐ Outras

(100%)

#### *Instrumento n.º 4*

Considerando a realidade portuguesa, por favor expresse a sua opinião pessoal face às questões que lhe são apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas.

- 1 Qual pensa ser a percentagem de psicólogos que entendem a psicoterapia

- ☐ Mais como uma arte do que como ciência
- ☐ Tanto como arte como ciência
- ☐ Mais como ciência do que como arte
- ☐ Outra

(100%)

- 2 Qual pensa ser a percentagem de utilização das seguintes fontes potenciais de informação sobre psicoterapia, pelos psicólogos

- ☐ Revistas
- ☐ Conferências
- ☐ Livros

- ☐ Contacto informal com colegas
- ☐ Seminários
- ☐ Outras

(100%)

3 Qual pensa ser a percentagem de adesão dos psicólogos às seguintes escolas

- ☐ Adleriana
- ☐ Rogeriana (centrada no cliente)
- ☐ Cognitiva
- ☐ Sullivariana
- ☐ Eclética
- ☐ Teoria de Comunicação
- ☐ Existencial
- ☐ Teoria dos Sistemas
- ☐ Gestáltica
- ☐ Terapia Comportamental
- ☐ Psicanalítica
- ☐ Psicodinâmica
- ☐ Outras

(100%)

4 Avalie, em percentagem, em que medida cada uma das seguintes variáveis influencia a selecção, pelo psicólogo, da sua orientação teórica

- ☐ Circunstâncias acidentais
- ☐ Resultados de investigação
- ☐ Valores e filosofia pessoal
- ☐ Capacidade de ajudar a compreender a si próprio
- ☐ Experiências familiares
- ☐ Orientação de amigos/colegas
- ☐ Treino
- ☐ Orientação do supervisor
- ☐ Experiência clínica
- ☐ Orientação do seu terapeuta
- ☐ Experiências de vida
- ☐ Tipo de pacientes com os quais trabalha
- ☐ Fascínio estético
- ☐ Outras

(100%)

### **Anexo E: instrumento n.º 3 / n.º 5 (exemplo do Caso C)**

Este é um teste de memória. Existe uma resposta que está certa e as outras estão erradas. Examine a sua memória e dê-nos a resposta certa (assinale-a com uma cruz (X)). Mesmo que não saiba, dê a resposta que lhe parece que mais provavelmente está certa.

*Instrumento n.º 5 / n.º 3: Caso C.*

- 1 ☐ Os sintomas cardíacos apareceram após a desilusão amorosa com uma rapariga.  
☐ Nunca sentiu que não era correspondido no seu amor pelas raparigas.  
☐ Com a desilusão amorosa sentiu-se bastante magoado e com angústias cardíacas.  
☐ Conseguiu ultrapassar facilmente um desgosto amoroso com uma rapariga.
- 2 ☐ É o irmão mais velho entre vários.  
☐ É filho único, mas tem muitos amigos.  
☐ É considerado filho único pela família.  
☐ Tem vários irmãos rapazes.
- 3 ☐ Desde sempre foi o líder das brincadeiras com os colegas de escola.  
☐ Os problemas cardíacos conduziram a uma alteração do seu comportamento  
☐ Após ter tido os sintomas cardíacos tornou-se algo passivo e dependente.  
☐ Sempre foi uma criança muito dinâmica e com grande iniciativa.
- 4 ☐ Os pais deixaram de viver juntos quando tinha quatro anos.  
☐ Até aos quatro anos o pai esteve ausente por razões de trabalho.  
☐ Viveu sem a presença do pai durante um período da sua infância.  
☐ Quando tinha quatro anos o pai foi viver com a sua primeira mulher.
- 5 ☐ Trabalhou numa empresa multinacional.  
☐ Trabalhou sempre por conta própria.  
☐ Trabalhou na empresa em que o avô tinha trabalhado.  
☐ Trabalhou numa empresa de grandes dimensões.
- 6 ☐ Os pais envergonhavam-se com os modos do filho fora de casa.  
☐ Tinha uma presença agradável dada a sua boa educação.  
☐ Era uma criança bem educada e convencional.  
☐ Causava uma má impressão aos familiares e amigos.
- 7 ☐ Em casa o pai nunca foi muito presente.  
☐ O pai achava que ele necessitava de muito mais atenção.  
☐ O pai presenciou pouco o crescimento do filho.  
☐ O pai dava mais atenção aos outros filhos do que a ele.
- 8 ☐ Teve que parar várias vezes de trabalhar para cuidar exclusivamente dos irmãos, na ausência dos pais.  
☐ O seu rendimento profissional era irregular devido a problemas com os seus colegas.  
☐ O seu desempenho profissional tinha quebras, o que não o impediu de continuar sempre a trabalhar.  
☐ Devido aos tratamentos que fazia no estrangeiro pedia anualmente quinze dias de licença sem vencimento.



- 9     ☐ Na escola primária, era uma criançaalgo angustiada e nervosa no contacto com os colegas.  
☐ Na escola primária, poucas eram as situações que não lhe causavam reacções de ansiedade.  
☐ Até entrar para a escola e durante a escola primária foi sempre uma criança muito calma.  
☐ Na escola primária, ficava algo angustiado quando brincava, pela primeira vez, com crianças que não conhecia.
- 10    ☐ As suas capacidades intelectuais eram compatíveis com as exigências do programa escolar em vigência.  
☐ As suas capacidades intelectuais foram sofrendo um declínio progressivo desde que sofreu um traumatismo craniano.  
☐ As suas capacidades intelectuais permitiam um rendimento escolar melhor do que o rendimento médio que sempre teve.  
☐ As suas capacidades intelectuais, evidenciadas numa prova de inteligência, não permitiam um bom desempenho escolar.
- 11    ☐ Tem dois irmãos mais velhòs, que nunca conheceu.  
☐ Foi criado com dois irmãos do primeiro casamento do pai.  
☐ Soube que tinha dois meios-irmãos quando tinha quatro anos.  
☐ Conheceu os dois meios-irmãos quando tinha quatro anos.
- 12    ☐ A perspectiva de perder deixava-o aterrorizado e levava-o a desistir de competir.  
☐ Em competição tinha a certeza de que ía ganhar e nunca se preocupava.  
☐ Tinha dificuldades nas situações de competição com indivíduos mais velhos.  
☐ As situações de competição desportiva com colegas eram difíceis para ele.
- 13    ☐ As angústias acentuaram-se após o regresso do pai.  
☐ O pai tinha um papel tranquilizador das angústias do filho.  
☐ Quando o pai voltou tornou-se uma criança angustiada.  
☐ Quando o pai regressou a mãe queria levar o filho a um especialista.
- 14    ☐ Muitas eram as raparigas que telefonavam para si.  
☐ Havia duas raparigas que o admiravam muito.  
☐ Não despertava muito interesse às raparigas.  
☐ Fisicamente não atraía muito as raparigas.
- 15    ☐ Teve uma grave discussão com os pais sobre uma velha motorizada, deixada em herança pelo avô, que queria que ficasse para si, e não para o irmão mais novo.  
☐ Teve uma grande discussão com os pais porque não queria acompanhar o irmão mais novo numa viagem que os pais ofereceram a ambos.  
☐ Teve uma grave discussão com os pais quando soube que estes tinham pago uma viagem de férias ao irmão mais novo e exigiu que lhe comprassem uma mota.

- ☐ Numa ocasião durante as férias do Verão, teve uma séria discussão com os pais sobre a compra duma moto que gostava muito de ter.
- 16 ☐ Aos quatro anos foi agredido, na rua, por um homem, que o perseguiu e lhe fez mal.  
☐ A partir dos quatro anos tinha pesadelos durante a noite, dos quais acordava a chorar.  
☐ A partir dos quatro anos recusava-se a brincar com os irmãos por ter medo que estes o assustassem.  
☐ A partir dos quatro anos sonhava que um touro o estava a castigar e a correr, velozmente, em sua direcção.
- 17 ☐ Desde os doze anos foi tratado por vários médicos dada a sua angústia e sintomas cardíacos, embora estes nunca pensassem tratar-se duma verdadeira doença cardíaca.  
☐ Desde novo nunca teve problemas de saúde, inclusivé os médicos estranhavam dada a frágil constituição física da mãe, principalmente após o nascimento.  
☐ Aos doze anos começou a consultar médicos devido a problemas de saúde que foram, pela primeira vez, notados por um amigo da família.  
☐ Por volta dos doze anos os médicos diagnosticaram um problema ao nível do coração e previam que tivesse de ser operado nos próximos cinco anos.
- 18 ☐ Os sintomas cardíacos impediram-no de estudar durante um ano, no qual esteve a trabalhar.  
☐ Interrompeu os estudos porque teve de acompanhar os pais numa viagem, durante um ano.  
☐ Não pôde tirar um curso porque os pais não tinham condições financeiras para pagar a universidade.  
☐ Devido aos sintomas cardíacos interrompeu os estudos durante um ano, que reiniciou com grandes dificuldades.
- 19 ☐ O seu desporto favorito era muito dispendioso e por isso não o praticava.  
☐ Devido aos problemas cardíacos foi obrigado a reduzir a actividade física.  
☐ Por ter um coração pouco resistente diminuiu a actividade física.  
☐ Tinha uma intensa actividade física, principalmente ao fim-de-semana.
- 20 ☐ A mãe era ansiosa e superprotectora em relação a este primeiro filho.  
☐ A mãe sentia-se descansada com este filho desde que ele era novo.  
☐ A mãe pensava que seria bom que o filho fosse viver para a terra onde ela nasceu.  
☐ A mãe passava os dias a tratar do filho porque este era muito doente.
- 21 ☐ Gostava de ver televisão, principalmente programas desportivos, de manhã antes de ir para as aulas.  
☐ Por vezes, gostava de ver, com a mãe, filmes e documentários que passavam na televisão ao fim-de-semana.

- ☐ Nas noites em que o pai se ausentava preferia ficar a conversar e a ver televisão com a mãe em vez de sair com os amigos.
- ☐ Ficava em casa dum amigo da família quando o pai se ausentava, porque a mãe o acompanhava sempre.
- 22 ☐ Queria ir sempre sozinho para a escola e não gostava que nem a mãe nem o pai o fossem buscar.
- ☐ Porque a mãe o levava e ia buscar à escola deixou de manifestar resistência em ir, chegando mesmo a colaborar.
- ☐ Desde que entrou para a escola que a mãe sempre o foi levar e trazer porque temia que lhe fizessem mal.
- ☐ Só ia de boa vontade para a escola depois de acordar e brincar com o seu irmão mais novo.
- 23 ☐ Uma decepção amorosa causou-lhe fortes sentimentos de insegurança.
- ☐ Causou uma desilusão amorosa a uma das suas colegas da escola.
- ☐ As suas relações amorosas aumentaram a confiança em si próprio.
- ☐ Teve uma desilusão amorosa com uma rapariga doutra cidade.
- 24 ☐ O seu carácter inovador era evidente no modo como se relacionava com os outros.
- ☐ Sendo um jovem formal e superadaptado conseguia ter o amor da mãe.
- ☐ Era uma criança muito regrada em todos os seus comportamentos.
- ☐ Sentia-se à vontade para ser espontâneo nas suas atitudes.
- 25 ☐ Era frequente não se sentir bem ao masturbar-se.
- ☐ Nunca quis passar pela experiência da masturbação.
- ☐ A masturbação aliviava-lhe os sentimentos de culpa.
- ☐ Sentia-se culpado quando se masturbava.
- 26 ☐ Na puberdade tentou diminuir a grande proximidade que tinha com a mãe.
- ☐ Achava que na adolescência necessitava ainda mais da mãe e aproximou-se dela.
- ☐ Durante a puberdade teve vontade de se afastar da mãe.
- ☐ Perto da adolescência não queria perder a proximidade que tinha à mãe.
- 27 ☐ Sempre se adaptou bem e gostou da escola, dos colegas e dos diferentes professores.
- ☐ Sempre teve medo de ir para a escola que frequentava, que era um colégio muito rígido.
- ☐ Entre os seis e os doze anos, nunca queria ir para a escola embora acabasse sempre por ir.
- ☐ Gostava de ir mais cedo para a escola para ter tempo de brincar com os colegas à apanhada.

- 28 ☐ Não contava segredos íntimos a nenhum amigo.  
☐ Recorria aos amigos face aos problemas pessoais difíceis.  
☐ As suas relações de amizade não duravam muito tempo.  
☐ As suas amizades não tinham um carácter profundo.
- 29 ☐ Por vezes originava brigas com os irmãos.  
☐ Sentia rivalidade fraterna.  
☐ Reprimiu os conflitos com os irmãos.  
☐ Não gostava de se zangar com os irmãos.
- 30 ☐ Costumava alugar filmes ao fim de semana.  
☐ Gostava de alugar filmes todos os dias.  
☐ Gostava de ir ao cinema mais recente na cidade.  
☐ Gostava de ir ao cinema quando estava a chover.
- 31 ☐ Sempre foi indiferente às ideias rígidas e antiquadas que a mãe queria impor à sua conduta.  
☐ Nunca se apercebeu da influência que os ideais da mãe tinham no seu comportamento.  
☐ Procurou, de forma consciente, deixar de ser influenciado pelos ideais escrupulosos da mãe.  
☐ A mãe influenciou-o muito com as suas ideias conservadoras em relação às raparigas.

## Notas

- (\*) Os autores reconhecidamente agradecem ao Professor Doutor António Branco-Vasco a revisão deste trabalho.
- 1 Estas considerações indicam que os esquemas podem funcionar como mecanismos de recuperação de informação da memória.
- 2 Os índices irrelevantes não são salientes do ponto de vista diagnóstico, ou seja, inserem em si informação que não faz parte de qualquer estrutura psicopatológica, e não são bizarros ou emocionalmente salientes, nem relevantes para o enredo.
- 3 As modificações introduzidas podiam ser relativas à intensidade dos elementos incluídos e à introdução/exclusão de elementos.
- 4 O quarto (4.º) e sexto (6.º) *item* do questionário de seis *itens* e a globalidade dos *itens* pertencentes ao questionário de quatro *itens* foram retirados integralmente dos trabalhos para a tese de doutoramento do Prof. Branco Vasco, tendo sido adaptados aos objectivos do presente instrumento (tarefa distractora).
- 5 Foi detectado um erro na tarefa de memória referente ao *item* n.º 11 pertencente ao caso J e incluído no caso B. Este *item* contém duas alternativas totalmente certas: “Tinha cinco anos quando o irmão nasceu” e “É o filho mais velho de dois irmãos”.

## Referências

- Arkes, H. R., e Harkness, A. R. (1980). Effect of making a diagnosis on subsequent recognition of symptoms. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 6, 568-575.
- Arkes, H. R. (1981). Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 323-330.
- Arkes, H. R., e Freedman, M. R. (1984). A demonstration of the costs and benefits of expertise in recognition memory. *Memory e Cognition*, 12 (1), 84-89.
- Brehmer, B. (1980). In on word: not from experience. *Acta Psicológica*, 45, 223-241.
- Brewer, W. F., e Nakamura, G. V. (1984). The nature and functions of schemas. In R. S. Wyer, e T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (pp. 140-154). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Camerer, C. F., e Johnson, E. J. (1991). The process-performance paradox in expert judgment: How can experts know so much and predict so badly? In K. A. Ericksson, e J. Smith, (Ed.), *Toward a general theory of expertise* (pp. 195-217). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Cantor, N., Smith, E. E., French, R. S., e Mezzich, J. (1980). Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 181-193.
- Cantor, N. (1992). Everyday versus normative models of clinical and social judgment. In G. Weary, e H. L. Mirels (Eds.), *Integrations of clinical and social psychology* (pp. 27-47). Oxford: Oxford University Press.
- Charness, N. (1992). The impact of chess research on cognitive science. *Psychological-Research Psychologique-Forschung*, 54 (1), 4-9.
- Chase, W. G., e Simon, H. A. (1973). Perception in chess. *Cognitive Psychology*, 4, 55-81.
- Durso, F. T., Reardon, R., Foley, M. A., e McGaham, J. R. (1987). Expertise and the generation effect. *Social Cognition*, 5, 336-348.
- Ericksson, K. A., e Smith, J. (1991). Prospects and limits of empirical study of expertise: an introduction. In K. A. Ericksson, e J. Smith (Eds.), *Toward a general theory of expertise* (pp. 1-38). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Estes, W. K. (1993). Concepts, categories, and psychological science. *Psychological science*, 4, 143-153.
- Garcia-Marques, L. (1993). *The importance of being incongruent: How memorable old an uncultured librarian? Towards a resolution of the apparent discrepancy between expectancy-based illusory correlations and incongruency effects*, Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Graesser, A. G., e Nakamura, G. V. (1982). The impact of a schema on comprehension and memory. *The Psychology of Learning and Motivation*, 16, 59-109.
- Grant, J., e Marsden, P. (1987). The structure of memorized knowledge in students and clinicians: An explanation for diagnostic expertise. *Medical Education*, 21 (2), 92-98.
- Johnson, E. J. (1986). Expertise and decision under uncertainty: Performance and process. In M. T. H. Chi (Ed.), *Nature of expertise* (pp. 209-228).
- Lachman, R., e Dooling, D. J. (1968). Connected discourse and random strings: Effects of

- number of inputs on recognition and recall. *Journal of Experimental Psychology*, 77, 517-521.
- Meehl, P. E. (1960). The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist*, 15, 19-27.
- Nurius, P. S., e Nicoll, A. E. (1992). Capturing clinical expertise: an analysis of knowledge "mining" through expert system development. *Clinical Psychology Review*, 12, 705-717.
- Patel, V. L., e Groen, G. J. (1991). The general and specific nature of medical expertise: A critical look. In K. A. Ericksson, e J. Smith (Ed.), *Toward a general theory of expertise* (pp. 93-125). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Ping-Nie, P. (1977). On the formation of schizophrenic symptoms. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 58, 389-401.
- Roberts, L. S., e Rhodes, J. (1989). Expertise and the feeling of knowing. *New Zealand Journal of Psychology*, 8 (2), 71-75.
- Sherman, S. J., e Corty, E. (1984). Cognitive heuristics. In R. S. Wyer, e T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (pp. 196-230). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Thoma, H.; e Kachele, H. (1990). *Teoria e prática del psicoanálisis — II Estudios clinicos*. Barcelona: Ed. Herder S. A.
- Vasco, A. B. (1992). *"Psicoterapeuta, conhece-te a ti próprio": Características, crenças metateóricas, estilos terapêuticos e desenvolvimento epistemológicos dos psicoterapeutas portugueses*, Dissertação de doutoramento em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Vessey, I. (1988). Expert-novice knowledge organization: An empirical investigation using computer program recall. *Behavioral and Information Technology*, 7 (2), 153-171.
- Vicente, K. J. (1992). Memory recall in a process control system: a measure of expertise and display effectiveness. *Memory e Cognition*, 20 (4), 356-373.
- Voss, F. J., e Timothy, A. P. (1986). On the solving of ill-structured problems. In M. T. H. Chi (Ed.), *Nature of expertise* (pp. 261-285).
- Wiggins, J. S. (1992). Commentary: Social psychological processes in clinical judgment. In G. Weary, e H. L. Mirels (Eds.), *Integrations of clinical and social psychology* (pp. 72-76). Oxford, MA: Oxford University Press.

Looking at Chase and Simon's Study: Experienced and Non-Experienced Dinamic Psychotherapists' Memory of Clinical Information (abstract) Psychodynamic therapists, with different levels of clinical expertise, were presented with either two typical clinical cases or two atypical clinical cases. All subjects were submitted to two tasks: (1) diagnostic evaluation; (2) recognition test of the information presented earlier in the two clinical cases, after seeing each for 6 minutes. The most interesting results were: experts had recognition memory superior to that of the non-experts, meaning that they more accurately recognized information seen before, in the typical clinical cases condition. When information included in clinical cases was diagnostically inconsistent, creating atypical cases, however, the non-experts were superior. These results were even more emphasized when a more benevolent response correction criterion was adopted, which is a more sensitive memory measure. This result could not be attributed to a generally superior

memory ability of any of the groups, for when a irrelevant information memory measure was in consideration, the experts could then do no better in the recognition test than non-experts. Additionally, the results in the recognition memory test were superior for information consistent with a psychotic diagnosis. This result was related to the enormous number of psychotic diagnosis given by the therapists to the atypical cases persented; and can be explained by the theoretical assumptions of schema theory.