

O PSICODIAGNÓSTICO ENTRE AS INCOMPATIBILIDADES DE SEUS INSTRUMENTOS E AS PROMESSAS DE UMA METODOLOGIA PSICOPATOLÓGICA

Nelson da Silva Junior¹ e Flávio Carvalho Ferraz²

Instituto Sedes Sapientiae

Através de uma análise das diferentes concepções de normalidade subjacentes aos instrumentos mais comumente utilizados da realização do psicodiagnóstico, os autores apresentam contradições estruturais nesta prática e sugerem a metodologia psicopatológica como seu possível fundamento epistemológico.

Descritores: Psicodiagnóstico. Metodologia. Epistemologia. Psicopatologia. Normalidade.

-
- 1 Psicólogo e Psicanalista, Doutor em Psicopatologia e Psicanálise pela Université Paris VII, autor do livro: *Le fictionnel en psychanalyse. Une étude à partir de l'oeuvre de Fernando Pessoa*, Presses Universitaires du Septentrion, 2000. Professor convidado do Programa de Pós-Graduação do Depto. de Psicologia Social e do Trabalho do IPUSP. Professor do Curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Endereço para correspondência: Al. Iraé, 620 - conj. 16 - CEP: 04075-000, São Paulo, SP. E-mail: nesj@terra.com.br - Pesquisa realizada com auxílio financeiro da FAPESP, bolsa de pós-doutoramento n°: 97/07008-2.
 - 2 Psicólogo e Psicanalista, Doutor pelo Instituto de Psicologia da USP. Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Autor dos livros: *A eternidade da maçã*, Escuta, São Paulo, 1994. *Perversão*, Casa do Psicólogo, 2000, e *Andarilhos da Imaginação*, Casa do Psicólogo, 2000. Endereço para correspondência: Rua João Moura, 647 - conj. 121 - CEP 05412-911, São Paulo - SP. E-mail: ferrazfc@uol.com.br

A recente mudança da lei permite que o psicólogo, enquanto profissional da saúde, emita atestados psicológicos para efeito de licença-saúde (Manual do Conselho Regional de Psicologia, 1997, Resolução CFP n.º 007/94 de 28/10/94 e Resolução CRP-06 n.º 008/94 de 08/08/94, pp. 86 e 99). Uma condição para emissão dos atestados de afastamento de atividade é que o profissional mantenha em “seus arquivos a documentação técnica que fundamente o atestado por ele concedido.” Tal exigência traz à discussão a questão fundamental do referencial teórico a ser aqui utilizado. Com efeito, o texto da lei indica a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID (Código Internacional de Doenças) como fonte de enquadramento de diagnósticos. Cabe perguntar sobre as possibilidades de coincidência entre tal classificação e as concepções de doença mental em uso pelos profissionais de psicologia. Apresentando-se como uma *nosografia*, e não uma *nosologia*, tal classificação, assim como a série DSM, busca uma purificação semântica inédita na ciência: eliminar toda terminologia etiológica e guardar apenas descrições empíricas da doença mental. Segundo esta abordagem, objetivar as descrições psicopatológicas exigiria diminuir o papel do observador ao mínimo possível. Mas, como se verá, este tipo de evolução teórica está longe de ser anódino para a prática clínica.

Assim, segundo a psiquiatria anglo-saxônica atual, seria inadequado falar por exemplo, em neurose obsessivo - compulsiva. Neurose obsessiva é um termo com sentido restrito à psicanálise. Isto quer dizer que esta patologia depende de um referencial psicanalítico e de sua nosografia. Do ponto de vista do projeto teórico do DSM, não há lugar para entidades nosológicas, mas apenas para conjuntos de sintomas. Trata-se de uma tentativa de descrição o mais pura possível, onde a participação observadora seria reduzida ao mínimo. A capacidade de observação do observador está, contudo, sujeita a variações, pois depende de inúmeros fatores: sua cultura, seu sexo, sua idade, seu estado físico, sua situação econômica, seu humor e suas concepções teóricas sobre a doença mental, etc.. Neste sentido, um correlato lógico deste sistema de classificação é crescente uso de questionários uniformizados em consultas psiquiátricas.

O DSM e os questionários seriam assim uma forma de apreensão de realidades puras, sem a interferência das formas a priori de organização dos fenômenos por parte do observador ou de suas teorias. Diante disto, não deixa de ser surpreendente o fato de alguns autores (como, por exemplo, De Lara, p. 3), compreenderem o DSM como uma corrente fenomenológica no interior da psiquiatria. Sobre esta denominação, façamos duas breves observações:

Do ponto de vista filosófico, tentar separar fenômeno e observador é um projeto contraditório. Em Kant, por exemplo, um fenômeno é inconcebível sem um sujeito que o testemunhe e que o compreenda enquanto uma realidade que se refere a um tipo de objeto e não a outro tipo. Isto implica no uso de conceitos e idéias que existem de modo independente, anterior, aos objetos. Na verdade, para Kant o próprio objeto de conhecimento depende da experiência do sujeito: “As condições de possibilidade da experiência de um modo geral são, ao mesmo tempo, condições de possibilidade dos objetos da experiência” (Kant, A158; B198). Tanto o sujeito como suas idéias são imprescindíveis para a noção de fenômeno, e portanto do objeto deste fenômeno, o qual se torna impensável na ausência dos primeiros.

Do ponto de vista da psiquiatria fenomenológica, na tradição de Karl Jaspers e de Binswanger, por exemplo, sua metodologia seria tanto conceitualmente como clinicamente incompatível com o projeto do DSM de eliminação do observador. Em ambos registros - na clínica e na teoria da psiquiatria fenomenológica - a noção de empatia é fundamental, pois trata-se de compreender o doente em sua própria experiência da doença. Isto implica em deixá-lo o mais livre possível para discorrer sobre os detalhes e particularidades de sua vivência, e, através de um colocar-se em seu lugar, procurar reconstruir seu mundo.

Esta incompatibilidade não escapou aos autores do DSM. Carl Hempel, filósofo bastante influente na formação do empirismo lógico norte-americano, criticou certa vez duramente o termo *‘praecox feeling’* cunhado por Rümke, um eminente psiquiatra fenomenólogo, pois o diag-

nóstico de um paciente com o termo em questão não era independente do examinador. O DSM busca seguir à risca o princípio desta crítica. Trata-se, portanto, de um procedimento necessariamente diferente daquele onde o discurso do paciente sobre si mesmo só vale na medida em que responde ou não às categorias previstas nos questionários.

Esta abordagem categorial do discurso tem, contudo, alguns preços. No caso da neurose obsessivo compulsiva, por exemplo, o DSM se orienta pela “chave” dos “distúrbios obsessivos compulsivos,” que elencam uma série de sintomas que devem estar presentes no paciente, independentemente da presença ou não de outros sintomas, eventualmente de maior importância clínica. Assim, este procedimento gera estruturalmente uma confusão entre os sintomas empíricos e sua doença, o que pode levar o clínico a um diagnóstico de Distúrbio Obsessivo Compulsivo em uma série de outras patologias - como no caso de alguns tipos de fobia, por exemplo, onde os sintomas obsessivos se sobressaem às vezes a ponto de se sobreporem aos sintomas propriamente fóbicos.

A partir destas observações, fica clara a inadequação de uma aproximação do DSM com a fenomenologia. A explicitação desta imprecisão terminológica tem aqui, contudo, uma função precisa: dissolver a ilusão de que quanto menor for a importância da teoria, tanto maior será a objetividade dos fatos observados, e chamar a atenção para a potencialidade iatrogênica de um uso descuidado dos referenciais teóricos.

A questão do referencial teórico do diagnóstico psicológico permanece, portanto, aberta sob o ponto de vista de sua forma final. Buscaremos, no presente trabalho, examinar a natureza do psicodiagnóstico através de uma análise metodológica de seus instrumentos. Veremos que o psicodiagnóstico, tal como este é conhecido e utilizado em nosso meio, possui dificuldades teóricas e práticas que deve resolver caso busque a própria coerência metodológica.

Os instrumentos de avaliação de que dispõe o psicólogo no processo de psicodiagnóstico dividem-se, *grosso modo*, em três tipos: 1. os testes de medida intelectual e de aptidões; 2. os testes projetivos e, final-

mente; 3. as entrevistas semi-dirigidas e seu equivalente para o psicodiagnóstico de crianças, a saber a hora ludo-diagnóstica. Uma vez que se trata aqui de considerar as metodologias dos instrumentos do psicodiagnóstico, faremos uma breve apresentação de cada um destes grupos e dos instrumentos mais comumente usados em cada grupo, isto é, aqueles que se tornaram, por assim dizer, os instrumentos clássicos da avaliação de psicodiagnóstico. Tal apresentação ajudará a reconhecer e a compreender melhor a natureza e as dificuldades dos instrumentos em questão.

A avaliação e a interpretação dos resultados dos instrumentos dependem, em última análise, do conhecimento de sua construção, assim como do que se pode esperar de sua aplicação, isto é, um conhecimento dos seus alcances e limites. Entretanto, antes da apresentação dos *instrumentos do psicodiagnóstico*, é fundamental que façamos uma revisão histórica preliminar do próprio psicodiagnóstico enquanto tal, onde se explicita suas origens teóricas e suas finalidades. Somente a partir da clara compreensão da natureza e dos objetivos do psicodiagnóstico pode-se compreender a significação dos instrumentos de avaliação psicológica que este utiliza.

O pensamento psicopatológico e as diferentes concepções de normalidade

A medicina em sua compreensão da estrutura das doenças opõe seu aspecto visível e seu aspecto invisível. Um sintoma é precisamente um sinal sensível de uma doença insensível, já uma síndrome se compõe de um conjunto de sintomas. Diagnosticar, em grego significa discernir, reconhecer separando. Para o diagnóstico, isto é, o reconhecimento de doenças invisíveis, a arte da leitura dos sinais, a *semiologia*, representa o instrumento à disposição do médico. O diagnóstico é assim um procedimento clínico e, enquanto tal, está mediata ou imediatamente, vinculado a uma finalidade terapêutica. O médico deve, segundo Hipócrates, tentar curar a doença e não o conseguindo, aliviar o sofrimento. A oposição

entre a patologia e a saúde em medicina é assim, de certo modo, evidente e fundamental.

Um instrumento tem uma finalidade inscrita em sua constituição e a finalidade dos instrumentos do psicodiagnóstico é desvelar algo invisível. A idéia implicada na palavra “psico-diagnóstico” supõe a existência de uma “doença” que afeta o psiquismo. Seria, então, algo velado desta doença da psique que exigiria a intervenção de um instrumento capaz de revelá-lo. Entretanto, se, em medicina, a diferença entre o normal e o patológico se apresenta como fundamental e evidente desde o início, ao se tratar do psiquismo, a divisão entre o são e o doente exigiu a realização de um passo metodológico preliminar: a medicalização da loucura.

Sabemos todos que não é recente a noção de que a loucura é uma forma de doença e não resultado de influências divinas. A compreensão científica da loucura existe desde a antiguidade grega, onde a melancolia e a mania seriam decorrentes da disfunção dos humores. Entretanto, a ampliação desta compreensão científica, reduzida ao meio médico, para a sociedade é um fenômeno que surge apenas no iluminismo, isto é, a entre os séculos XVII e XVIII. A Idade Média, por exemplo, compreendia as doenças mentais enquanto possessões demoníacas, castigos, ou sinais de santidade. A medicalização da loucura é assim, antes de tudo, um fenômeno social, ou melhor, mais um dos fenômenos de socialização do conhecimento científico típicos do iluminismo europeu.

Apenas a partir de tal momento histórico foi possível o desenvolvimento de um progressivo interesse no diagnóstico de doenças mentais. Um interesse capaz de fomentar novas estruturas sociais em torno da loucura, uma ampliação nas investigações e um enriquecimento do saber da psiquiatria até torná-la epistemologicamente independente do resto da medicina. Mas, a medicalização da loucura não foi um processo simples. Pinel, por exemplo, o primeiro psiquiatra digno deste nome, apesar de descrever claramente quatro formas de loucura (mania, melancolia, idiotismo e demência) diagnosticava sempre apenas uma doença: a alienação

mental, a monomania. A terapêutica, por conseguinte era sempre uma só: isolamento, banhos frios, etc.

A psiquiatria começa assim a se constituir enquanto disciplina específica a partir da suposição fundamental de uma determinação orgânica da loucura. O diagnóstico das patologias mentais já pode ser realizado pois a estrutura epistemológica das doenças pode ser transposta para o domínio do psiquismo. Em tal transporte mantém-se uma separação fundamental: são o indivíduo e o louco, nada têm em comum, uma vez que a loucura seria fruto de uma perturbação orgânica exterior à razão. A idéia que a loucura é um fenômeno de mesma natureza que a normalidade é uma conquista teórica relativamente recente (final do séc. XIX). Até então esta era considerada como uma entidade estranha à pessoa, de origem alterava e que perturbava sua razão. Com efeito, em Pinel ainda, a loucura tinha causas morais ou físicas essencialmente exteriores ao psiquismo, ainda que fosse possível pensar em uma cura médica do psiquismo doente ao agir e extirpar as causas da doença.

A suposição de uma continuidade entre os fenômenos normais e patológicos do psiquismo se deve a dois passos fundamentais (Widlöcher, 1994, p. 3 e ss.). Em primeiro lugar, à uma mudança na compreensão da natureza da doença na medicina, após os trabalhos de Claude Bernard sobre as relações de continuidade entre a fisiologia normal e as doenças. Em segundo lugar, a partir dos trabalhos de Herbert Spencer, na Inglaterra e de Théodule Ribot, na França, que avançam a hipótese de que não somente distúrbios orgânicos mas também as representações, as idéias, poderiam exercer um fator etiológico nas doenças mentais.

Tal hipótese permite o desenvolvimento da *psicologia clínica*, que se define em oposição à psiquiatria a partir da *subtração da causalidade orgânica*, e se mantém exclusivamente dentro do estudo e tratamento da causalidade representacional das patologias mentais. Aqui devemos localizar a origem da hipótese freudiana do inconsciente, sendo esta um tipo de causalidade eidética (representacional) que atua de forma independente da consciência e fora do campo de percepção.

A partir da hipótese de uma etiologia oriunda da representação, uma mudança radical pode se dar na concepção das patologias mentais: duas ordens de causalidade passam a poder determinar o fenômeno psicopatológico - a ordem material, isto é, orgânica, e a ordem 'informativa', representacional, eidética. As idéias, que eram exclusivamente efeito de uma disfunção orgânica, tornam-se igualmente uma causa possível da loucura. Normal e patológico se aproximam e nasce assim a Psicopatologia, que se constitui enquanto uma metodologia independente de investigação dos fenômenos psíquicos. Trata-se de um procedimento *comparativo* que parte do *princípio hipotético* de uma *continuidade* entre os fenômenos normais e extremos (patológicos ou não).

A suposição de tal continuidade entre os fenômenos normais e patológicos da psique permite pela primeira vez a investigação do psiquismo normal através dos fenômenos patológicos e vice-versa. As relações entre a patologia e a normalidade mudam aqui. Na abordagem de Pinel, como vimos, a patologia se opõe à normalidade e nada tem em comum com esta. A partir do ponto de vista psicopatológico, normal e patológico serão sempre duas expressões diferentes de um mesmo *princípio de organização* dos fenômenos psíquicos. Aqui a patologia será uma amplificação de um processo normal do psiquismo. Pode-se, assim, compreender que Freud investigue nos próprios sonhos os mecanismos que havia encontrado em pacientes neuróticos e que procure esclarecer o luto normal e a melancolia a partir de uma reflexão simultânea sobre os dois.

Canguilhem, médico e filósofo francês discute pela primeira vez as profundas diferenças entre dois tipos de sentido do termo normal (Canguilhem, 1991): em primeiro lugar o normal enquanto média aritmética que visa a homogeneidade de um grupo de fenômenos; em segundo lugar, normal enquanto princípio de organização, razão inerente a um grupo de fenômenos, onde esta oposição não é radical pois seriam ambos fenômenos legítimos de um só processo. Veremos a seguir como estes dois tipos opostos de concepção da normalidade se inscrevem no centro da avaliação psicodiagnóstica.

I. Testes de medida intelectual e de aptidões

Um dos primeiros problemas a estimular o desenvolvimento dos testes psicológicos foi a identificação dos retardos mentais. Mas tal aplicação clínica não é a única origem deste tipo de testes. Além da pesquisa pura desenvolvida por psicólogos experimentais no séc. XIX, a partir do início do séc. XX, problemáticas oriundas da área bélica, da educação, e da de recursos humanos estimularam igualmente o interesse neste tipo de avaliação psicológica.

A idéia que elementos do psiquismo sejam mensuráveis é um fenômeno do final do século XIX. Foram principalmente Francis Galton, na Inglaterra e Wundt na Alemanha que deram início a investigações sistemáticas em torno da percepção. Galton, por exemplo, apoiado da idéia de que a inteligência dependia diretamente da acuidade e do discernimento sensorial, (a inteligência seria aqui equivalente à quantidade de informações), acreditava que os testes de discriminação sensorial poderiam aferir o intelecto de uma pessoa. A partir da necessidade de padronização das condições de aplicação dos testes elaborados por este autores se originou o que hoje é um lugar comum no meio psicológico: a necessidade de uniformização da situação de aplicação dos testes.

A medida da inteligência esteve, desde o início, pautada por interesses práticos. Foi o psicólogo francês Alfred Binet que, em 1908, elaborou, por exemplo, o conceito de “idade mental,” hoje uma expressão popular, a partir de um teste destinado a avaliar a inteligência dos alunos destinados a classes especiais do sistema público do ensino (Anastasi, 1977). Tal teste foi elaborado agrupando em ordem crescente conjuntos de questões que haviam sido unanimemente solucionadas por todas as crianças normais de cada idade, desde os três até os treze anos. A leitura do resultado do teste é assim imediata: a “idade mental” sendo o último conjunto no qual o sujeito obteve sucesso em todas as respostas. Talvez seja interessante lembrar que a famosa noção de QI, coeficiente de inte-

ligência, elaborada por Terman em 1916, nos E.U.A., provém da relação entre a “idade mental” e a “idade real” do sujeito testado.

A partir dos testes de inteligência global surgiram os testes de aptidão específica, uma vez que os resultados subtestes verbais eram frequentemente diferentes dos subtestes numéricos.

O teste de inteligência global mais conhecido é, provavelmente, a Escala Wechsler, para avaliação da inteligência de adultos, cuja primeira versão data de 1935 e a segunda e mais conhecida, de 1955. Esta compõe-se de onze subtestes: seis agrupados numa Escala Verbal e cinco numa Escala de Desempenho ou Realização:

Escala Verbal: informação, compreensão, aritmética, semelhanças, amplitude de números, vocabulário.

Escala de desempenho: Símbolo de números, completar figuras, desenho de cubos, organização de figuras, reunião de objetos.

Tanto a rapidez quanto a precisão de realização são considerados no subteste de Aritmética, símbolo de números, organização de figuras e reunião de objetos.

Assim como todos os outros testes de inteligência a escala Wechsler necessita de um processo de revalidação para cada contexto sócio-cultural novo no qual é utilizada, exigindo para isso, a seleção de grupos representativos da população em questão e da comparação dos resultados com aqueles da população originalmente utilizada. Deve-se perceber que a idéia de normalidade subjacente a este tipo de teste depende aqui da média obtida a partir da totalidade de uma população.

II. Testes Projetivos

“Métodos projetivos” é uma expressão criada por L. K. Frank em 1939 com um artigo no *Journal of Psychology* “Os métodos projetivos para o estudo da personalidade” (Citado por Anzieu, 1981, p. 15). O au-

tor partia do princípio de um parentesco entre três provas psicológicas: teste de associação de palavras de Jung (1904), exame de Rorschach (1920) e Teste de Apercepção Temática de Murray (1935). De um modo geral, os testes projetivos compartilham a hipótese que a percepção está sempre intermediada por elementos singulares à cada sujeito, sendo por estes modelada em maior ou menor grau. Assim, quanto menos estruturados são os estímulos perceptivos, quanto mais estes se distanciam de formas conhecidas e de estímulos cotidianos, tanto maior será a intervenção dos elementos internos na estruturação da percepção.

Uma década após o surgimento da expressão de Frank, surgiam os primeiros testes expressivos, onde o que se avalia é uma produção do sujeito e não mais meramente sua forma particular de perceber estímulos. Dois exemplos de testes expressivos são provas de desenho: Machover, elabora um teste baseado no desenho da figura humana (1949) e Koch, no mesmo ano, na Suíça elabora um teste a partir do desenho da árvore.

As origens da hipótese projetiva em psicodiagnóstico são múltiplas. Dentro do quadro das teorias da percepção, a Gestalttheorie e a Fenomenologia forneceram as bases empírica e teórica capazes de deslocar o essencial do processo perceptivo normal para a *atividade* do sujeito, em oposição à uma teoria da percepção onde o sujeito é pensado enquanto tela que recebe *passivamente* os dados. Já na psicanálise a projeção conta com vários sentidos.

Em primeiro lugar, aquele de expulsão do desagradável. Aqui, elementos psíquicos, desejos, temores, etc. assim como relações entre estes, que o sujeito desconhece ou que recusa reconhecer em si mesmo, são localizados no exterior, em outras pessoas, em coisas ou animais. A projeção estaria no centro da formação dos sintomas da paranóia, por exemplo, assim como a própria idéia de transferência supõe a existência de um fenômeno projetivo. Encontramos ainda um sentido geométrico da projeção em psicanálise enquanto “correspondência estrutural,” isto é, manutenção das características de um objeto em outro plano. A neurologia localizatória utiliza-se de um sentido derivado deste sentido geométrico.

Freud concebe o Ego neste sentido, enquanto projeção de uma superfície. “O Ego,” escreve Freud em 1923, “é antes de tudo um Ego corporal, ele não é somente um ser de superfície, mas ele próprio a projeção de uma superfície” (Freud, 1923/1982, p. 270, tradução nossa). Outro exemplo do sentido geométrico da projeção em psicanálise pode ser visto na potencialidade metapsicológica que Freud atribui aos mitos e superstições, que seriam, na verdade, “endo-percepções” projetadas no exterior (Freud, 1901/1983).

Segundo Anzieu (1981, pp. 19-34) haveria uma especificidade inerente a cada teste projetivo. Comentaremos aqui apenas dois testes projetivos, que se estabeleceram na prática pela riqueza e sensibilidade que demonstraram ter na utilização clínica, sobretudo quanto interpretados com o auxílio do referencial teórico da psicanálise: Exame de Rorschach (1912) e o Teste de Apercepção Temática (1935). O primeiro se constitui de 10 figuras simétricas obtidas aleatoriamente a partir das quais os pacientes são solicitados a emitirem o que percebem. O segundo, compunha-se em sua forma original, atualmente pouco utilizada, em vista de sua excessiva extensão, de 19 pranchas com motivos figurativos e uma prancha em branco.

Anzieu (1981) distingue estes testes em duas categorias de testes projetivos a partir dos registros psíquicos que são solicitados em cada uma delas:

- a) T.A.T. assim como outros testes projetivos temáticos, revelam os conteúdos significativos de uma personalidade: natureza dos conflitos, desejos fundamentais, reações ao ambiente, mecanismos de defesa, momentos-chave da história de vida. Tais são os jogos dramáticos, os desenhos ou relatos livres a serem completados, as interpretações de quadros, de fotografias ou de documentos diversos. De acordo com as distinções de Ombredane, o sujeito pode neles projetar o que acredita ser, o que gostaria de ser, o que recusa ser, o que os outros são ou deveriam ser em relação a ele. Por essa via, somos essencialmente informados sobre as redes de motivações dominantes, presentes no indivíduo, sobre seus mecanismos de defesa, sobre os processos por Cattell denominados “dinâmica do ego ...”

b) Os testes projetivos estruturais têm o Rorschach como protótipo. Não apreendem, como os precedentes, a manifestação de forças vivas da pessoa, correspondente ao ponto de vista “dinâmico” em psicanálise, aos “temas” da psicologia das tendências, ao “porquê” da conduta. Alcançam sobretudo um corte representativo do sistema da personalidade, de seu equilíbrio, de sua maneira de apreender o mundo, se sua *Weltanschauung*, de seu mundo de formas; trata-se das inter-relações entre as instâncias do id, ego, do superego (cf. Ponto de vista econômico da psicanálise, os “esquemas” da psicologia das tendências, o “como” da conduta). ...

Seria perigoso acreditar na possibilidade de apreender a totalidade da personalidade com um só destes testes. Por isso, o psicólogo, ao fazer o levantamento de uma personalidade, recorre a pelo menos um teste temático e a um teste estrutural e ainda, naturalmente, ao exame intelectual, à entrevista clínica e a exames complementares (conhecimentos, interesses, aptidões específicas, lateralidade). (pp. 30-31)

Chabert (1994, pp. 147 e ss.) sublinha o Rorschach como um prova ligada essencialmente ao registro narcísico da personalidade, assim como às reações deste registro aos elementos pulsionais da personalidade, enquanto que o T.A.T. estaria ligado aos aspectos relacionais edípicos.

Chabert (1994) supõe assim uma *complementaridade destas provas*, que seriam capazes de reproduzir o funcionamento de dois eixos diversos da personalidade. Além disso a própria pluralidade de provas seria uma garantia

contra a adesão a nosografias formalistas e categóricas, em si mesmas redutoras. A eventual descontinuidade do aparelho psíquico poderia ser aqui apreendida, uma vez que as diferentes modulações do T.A.T. e do Rorschach ... são susceptíveis de “mobilizar diferentes modalidades de tratamento dos conflitos” (p. 149).

Note-se que o referencial teórico utilizado neste tipo de instrumento é essencialmente a psicanálise. Entretanto, trata-se de uma utilização exclusivamente prática do referencial analítico, isto é, as hipóteses analíticas são retiradas do seu campo de validade, que é a situação analítica, não podendo, por exemplo, ser refutadas ou discutidas por qualquer dado proveniente dos testes. Assim é evidente que os elementos avaliados são

sempre referidos aos valores da sociedade: capacidade para o relacionamento, para o trabalho etc., sejam estes valores explícitos ou não no trabalho de interpretação dos testes projetivos. Naturalmente, a idéia de normalidade está aqui referida, em última instância, à média aritmética de uma população, e não à harmonia de princípios organizadores da personalidade como na situação analítica.

III. Entrevista clínica e hora ludo-diagnóstica

Bleger (1980) define a entrevista em Psicologia Clínica como um *instrumento técnico*: “A entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos. ... Uma utilização correta da entrevista integra na mesma pessoa e no mesmo ato o profissional e o pesquisador” (p. 21).

Disto resulta que a técnica e a teoria da entrevista estão estreitamente entrelaçadas com a teoria da personalidade com a qual se trabalha. Enquanto técnica, a entrevista pode ser descrita pelas suas regras práticas de execução e pelas teorias que fundamentam tais regras (p. 10).

A entrevista psicológica é uma entrevista aberta, em oposição às entrevistas fechadas. Na primeira, o entrevistador tem liberdade para formular as perguntas e intervenções, na segunda, esta liberdade não existe, sendo, na verdade, um questionário. O objetivo da entrevista aberta é que o entrevistado configure, espontaneamente, o campo da entrevista segundo sua “estrutura psicológica” e sua “personalidade” (p. 10).

Um exemplo pode ser útil para distinguir uma entrevista aberta e uma entrevista fechada. Bleger (1980) distingue a anamnese da entrevista psicológica:

Na anamnese a preocupação e a finalidade residem na compilação de dados, e o paciente fica reduzido a um mediador entre sua enfermidade, sua vida e seus dados, por um lado, e o médico por outro. Se o paciente não fornece informações, estas devem ser extraídas dele. Mas além dos dados que o médico previu como

necessários, toda a contribuição do paciente é considerada como uma perturbação da anamnese (p. 12)

A entrevista psicológica, por sua vez, “tenta o estudo e a utilização do comportamento total do indivíduo em todo curso da relação estabelecida com o técnico” (p. 12).

Outra diferença da entrevista e da anamnese é que a segunda trabalha a partir da suposição que o paciente conhece sua vida e que está capacitado para fornecer dados sobre a mesma. A suposição da entrevista é que o sujeito, sem sabê-lo de modo consciente, organiza uma história de vida e um esquema do seu presente. Isto implica que uma finalidade da entrevista é a construção, por parte do psicólogo, de uma história desconhecida pelo seu protagonista, isto é, o paciente. Assim as lacunas de memória, as dissociações, as contradições e as simulações durante a entrevista serão consideradas não como empecilhos, mas como dados relevantes para a construção desta história desconhecida.

A regra fundamental da entrevista, segundo Bleger (1980), é que seu campo “seja configurado especialmente (em seu maior grau) pelas variáveis que dependem do entrevistado” (p. 14). O entrevistador “controla” a entrevista, de modo que o entrevistado a “dirija, configure e estabeleça.” Isto implica na suposição que o entrevistado tenha uma “personalidade sistematizada em uma série de pautas ou em um conjunto de possibilidades” (p. 15), que o entrevistador espera poder trazer à luz durante a entrevista.

Tal controle da entrevista, segundo Bleger (1980), é possibilitado pela fixação de determinadas variáveis, ou seja, pela fixação de um enquadre. Este inclui não somente a atitude técnica e o papel do entrevistador, mas também os “objetivos, o lugar e o tempo da entrevista.” O enquadramento funciona “como uma espécie de padronização da situação de estímulo que oferecemos ao entrevistador” (p. 15). Serão não somente as variações dentro do enquadre, mas também as variações do próprio enquadre que servirão como dados de observação do entrevistador. Isto significa que o campo da entrevista é essencialmente dinâmico, aberto a

variações dentro de certos limites: da parte do entrevistador, cabe observar sua atitude, sua dissociação instrumental, sua contratransferência, identificações etc.; da parte do entrevistado, a transferência, suas estruturas de comportamento, traços de caráter, ansiedades, defesas (p. 16).

A hora ludo-diagnóstica visa basicamente os mesmos objetivos que a entrevista semi-dirigida, isto é a configuração do campo por parte do entrevistado, assim como compartilha com este o mesmo referencial teórico de base, que é para ambos a psicanálise. Assim como a entrevista semi-dirigida emprega recursos técnicos e modelos interpretativos oriundos da análise de adultos, assim também a hora ludodiagnóstica utiliza um referencial técnico e tira seus modelos teóricos de interpretação da psicanálise infantil.

Aqui a investigação das fantasias inconscientes não se guia mais pelo discurso, como na entrevista semi-dirigida, mas pela observação do brincar dos pacientes. Será a partir das modalidades deste brincar que o psicólogo poderá construir suas hipóteses sobre a constituição fantasmática do seu paciente.

A preocupação com a normalidade dos sujeitos seria aqui, em princípio, essencialmente incompatível com os elementos que o investigador deve inferir, que se referem essencialmente a funções do discurso e fantasias inconscientes. Entretanto, precisamente o “enquadre” das entrevistas supõe a preocupação de descrever, isto é, de “fixar” num quadro único, os processos virtualmente móveis encontrados no processo analítico. Cabe perguntar se a finalidade terapêutica imediatista da entrevista permite que esta seja realmente um procedimento diagnóstico no sentido analítico do termo.

IV. Conclusão

Como deve o psicólogo avaliar os resultados obtidos a partir destes três tipos de instrumento? Veremos que dois tipos de dificuldade se colo-

cam no caminho do psicólogo. A primeira diz respeito à quantidade de conhecimentos que o psicodiagnóstico supõe, a segunda diz respeito à eventual incompatibilidade entre os tipos de conhecimento em jogo no psicodiagnóstico. Vejamos o primeiro tipo de dificuldade:

Segundo Ocampo e colaboradores, serão precisamente as concorências e discrepâncias obtidas entre os vários instrumentos do psicodiagnóstico os elementos preciosos para a construção do diagnóstico (Ocampo, Arzeno, Piccolo et al., 1995, p. 26). Chabert (1994), por sua vez, refere que a “a avaliação diagnóstica se torna mais pertinente se se apoiar sobre dados clínicos plurais construindo e reorganizando informações obtidas por procedimentos diversos no processo de investigação psicológica: confrontação dos dados de anamnese, das entrevistas, das provas cognitivas, das provas projetivas ...” (p. 149). Desde a entrevista inicial até a finalização dos testes projetivos, o psicólogo deve articular os dados que obteve de modo a construir um panorama da personalidade total do paciente. Mas a articulação dos resultados dos instrumentos de avaliação não é um procedimento simples pois depende do conhecimento relativamente profundo de formas extremamente diferentes de instrumentos.

Como dissemos anteriormente, a avaliação e a interpretação dos resultados dos instrumentos dependem, em última análise, do conhecimento de sua construção, assim como do que se pode esperar de sua aplicação, isto é, um conhecimento dos seus alcances e limites. Cabe aqui uma reflexão sobre a difícil factibilidade desta condição.

Comparado ao processo analítico, o processo de psicodiagnóstico é, paradoxalmente, considerado como uma tarefa mais simples que a psicanálise, principalmente no meio acadêmico. Isto se deve, para além dos problemas de ordem histórica, ao fato da psicanálise ser sua principal fonte teórica. Entretanto, o psicodiagnóstico é sem qualquer dúvida uma tarefa mais complexa do que esta última, pois sua realização não somente pressupõe, como também transcende a psicanálise. Bleger (1980), por exemplo, observa que a entrevista psicológica supõe conhecimentos aprofundados não apenas de psicanálise, como também da Teoria da Ges-

talt, do behaviorismo e da topologia (p. 13), isto além de toda a psicologia, da psiquiatria e da psicopatologia (p. 29). Mas a entrevista psicológica constitui apenas um dos instrumentos essenciais do psicodiagnóstico. Aos conhecimentos que esta pressupõe, devemos acrescentar o saber técnico e teórico dos eventuais testes e exames psicológicos que se utiliza normalmente num psicodiagnóstico. Este rápido inventário demonstra que o psicodiagnóstico psicológico pressupõe uma diversidade de saberes pouco comum, e que suas dificuldades não devem ser, portanto, sumariamente negligenciadas.

O processo de psicodiagnóstico é portanto mais complexo do que um processo analítico, e reduzir o patrimônio teórico do psicodiagnóstico às teorias analíticas implica em mutilá-lo de possibilidades essenciais. O horizonte teórico do psicodiagnóstico inclui a psicanálise mas a transcende, pois deve permanecer constantemente aberto à integralidade dos domínios da psicopatologia, entre eles, a psiquiatria e as teorias cognitivas do comportamento. Com relação a um tratamento analítico, onde tal diversidade etiológica, não está, e nem deve estar constantemente presente nos pensamentos do analista, o psicodiagnóstico parece assim ter maior complexidade. Uma outra questão é a de saber se os profissionais percebem tal desafio e o tomam para si.

A psicopatologia, como vimos, inclui saberes de várias especialidades, mas se define por um método de raciocínio onde se supõe que os processos normais e os patológicos sejam de uma mesma natureza, isto é, que haja uma continuidade fundamental entre expressões normais e patológicas da vida psíquica. Tal metodologia poderia convidar o profissional que realiza o psicodiagnóstico à abertura teórica à uma diversidade de causas na formação do distúrbio, sejam elas orgânicas, psicológicas, ou sociais.

Passemos agora ao segundo tipo de dificuldades na integração dos resultados obtidos pelos instrumentos. Tal dificuldade se refere à difícil coabitação entre dois tipos diferentes de conhecimento.

A primeira e essencial dificuldade entre estas duas concepções de normalidade presentes no psicodiagnóstico é a não coincidência entre o que se constitui enquanto sintoma e patologia em cada um dos seus instrumentos. O sintoma, em psicanálise, se constitui a partir da função de velamento que qualquer elemento psíquico pode assumir com relação a outros elementos psíquicos. Assim, por exemplo, uma deficiência mental pode ser considerada, a partir das entrevistas, como um problema negligenciável diante de outros que aparecem no contexto familiar, apesar de ter se constituído enquanto o motivo explícito da consulta.

Não raramente o diagnóstico de uma doença orgânica é insistentemente pedido. Sua função é, em tais casos, freqüentemente a de manter velada uma constelação psicológica com a qual o paciente não quer tomar contacto. Os motivos desta fuga para o orgânico serão, sem dúvida, singulares para cada caso. Em situações de doenças orgânicas já detectadas, a insistência pode igualmente ter tal função ensurdecidora.

Mannoni (1981) relata como foi-se-lhe tornando sem sentido, por exemplo, a diferença entre uma verdadeira e uma falsa debilidade. O sentido disto é o fato de que nos casos de retardo mental de origem orgânica, por exemplo, não se trata tanto de saber qual o coeficiente de inteligência da criança, mas sim das possibilidades que ela possui para o utilizar.

Principalmente no caso do atendimento de crianças, a questão de quem é o cliente se torna particularmente complexa. Isto porque as crianças estão necessariamente implicadas no desejo inconsciente dos pais. É comum encontrar crianças deficientes para quem, face ao desejo de morte proveniente dos pais, a única estratégia possível é um negativismo intenso, uma inibição psicomotora, um atraso mental. Como compreender aqui a verdade da situação senão ampliando o campo do psicodiagnóstico para além dos sintomas da criança? Incluindo-se as fantasias parentais, seus sentimentos de culpa e frustração, poderemos avaliar com maior fidedignidade o que realmente ocorre. Outra situação semelhante a esta são os casos de pedido de um diagnóstico diferencial, isto é bastante comum. Em geral, a idéia de diagnóstico diferencial se apresenta de uma

maneira onde a etiologia orgânica exclui ou invalida as etiologias discursivas. Este modo excludente é um erro do ponto de vista epistemológico com conseqüências eventualmente graves na clínica.

Na verdade, em psicanálise, o registro orgânico e o registro psíquico, apesar de teoricamente separados, não se anulam, mas sim se articulam. Haveria, portanto, sempre lugar para o diagnóstico psicológico, independentemente das eventuais afecções de origem orgânica com expressões psíquicas.

Vimos que os dois tipos opostos de compreensão do que é normalidade são encontrados nos instrumentos mais comuns de avaliação do psicodiagnóstico. Tal convivência não é simples. Os instrumentos utilizados no psicodiagnóstico supõem concepções diferentes entre a normalidade e a patologia.

No caso dos testes de inteligência, a distribuição dos dados em torno das médias orienta uma oposição empírica do normal ao patológico: os dados mais distantes da média são, ao mesmo tempo, os “anormais.” Tal “oposição empírica” tem sido freqüentemente tomada enquanto uma oposição de “entidades.” Entretanto, a oposição empírica implícita no cálculo das médias nada supõe a respeito da concepção de doença subjacente ao reconhecimento de uma diferença nos dados brutos. Assim, a metodologia que trabalha com este tipo de normalidade, isto é, enquanto média, pode servir tanto à oposição absoluta entre normal e patológico, quanto ao raciocínio propriamente psicopatológico.

No caso da entrevista clínica e da hora-ludo diagnóstica, a referência é principalmente analítica, devendo, portanto deixar-se guiar por uma investigação constante do que subjaz ao normal e patológico. Hirschon (s.d., p. 29) sublinha a essencial imbricação entre o diagnóstico e o processo analítico “na medida em que não só o processo diagnóstico se esclarece durante o processo analítico, mas também ele próprio (o diagnóstico) se altera enquanto o processo se dá.” Não devemos ser otimistas a ponto de crer que tal lucidez esteja presente na maioria dos tratamentos analíticos. Não é esta aqui, entretanto, nossa questão. Trata-se de saber as

condições de possibilidade de transpor um processo supostamente longo para o curto período de algumas horas.

De certo modo, é na prática dos testes projetivos que se resume a incompatibilidade potencial das metodologias do psicodiagnóstico como um todo. Aqui, a questão metodológica se agudiza, pois encontramos uma rede de interpretação híbrida: uma terminologia psicanalítica, extraída de sua clínica essencialmente psicopatológica, e, portanto, investigadora, se liga à uma técnica que depende de um “saber preliminar” sobre o que é normal e o que é patológico. Encontramos, nos testes projetivos, em pequena escala, a oposição que divide o psicodiagnóstico como um todo.

Claro está que a ingenuidade teórica num campo como o psicodiagnóstico tem conseqüências graves do ponto de vista ético. Em nossa opinião, o que caracterizaria o desafio para o profissional de psicodiagnóstico no atual momento de sua história seria precisamente a abertura para uma diversidade de classificações e esquemas nosológicos. Isto não significa uma tentativa de abranger a totalidade do paciente através da totalidade das teorias. Pelo contrário, tal abertura para a diversidade é em si mesma testemunha da *incompletude teórica do campo da psicopatologia*. Vale ressaltar que o diagnóstico em Psicologia Clínica tem, assim como na medicina, uma *função essencialmente hipotética*, enquanto ferramenta epistemológica cuja validade repousa inteiramente nos efeitos que venha a produzir. Ele se constitui essencialmente de hipóteses abertas à constante revisão a partir do contato com o paciente. Apoiado na *incerteza teórica*, o investigador deve poder realizar seu trabalho com maiores chances de se aproximar de seu objeto de estudo: uma outra pessoa.

Théodule Ribot, procurando se distanciar da psicologia da consciência necessariamente dependente da introspecção, promove uma psicologia dos estados psíquicos “além do círculo da consciência.” Eis porque também denominada a “ciência das ações nervosas” de uma “psicologia objetiva” (Widlöcher, 1994, p. 5). A psicologia objetiva, diferentemente da introspecção, seria uma ciência da observação do comportamento.

Para Janet, na medida em que os pacientes apresentam fenômenos psicológicos diferentes dos nossos, a análise psicológica não pode se limitar à análise interna dos próprios fatos de consciência, que não podem ser supostos nos pacientes. Neste caso, “o psicólogo médico é obrigado a olhar o pensamento como uma conduta, uma atitude, uma linguagem análoga àquelas que vemos fora, mas cujas proporções reduzidas nos dissimulam” (citado por Widlöcher, 1994, p. 5).

Tal argumento é interessante pois se de um lado parece contradizer o princípio de continuidade, peça fundamental do método de investigação próprio da psicopatologia, por outro lado, parte do princípio de uma ignorância radical da consciência com respeito a determinados processos psíquicos. O paciente é um outro a duplo título, isto é, está além do âmbito de conhecimento da introspecção. Em primeiro lugar porque é “outra pessoa,” em segundo lugar porque está sendo vítima de processos psíquicos não acessíveis enquanto tais à observação direta. Os processos psíquicos em questão estão duplamente “fora da consciência.” Metodologicamente isto representa uma abertura a uma dimensão mais radical da ignorância do investigador, equivalente a afirmar a existência de fenômenos psíquicos “normais” inacessíveis à consciência. Alteridade e diferença, fissura no interior da subjetividade, articulam as bases de um novo tipo de reflexão científica sobre o psiquismo, onde o objeto explorado passa a ser em si mesmo inacessível e as hipóteses sobre ele passam necessariamente à ordem das inferências.

Da Silva Junior, N., & Ferraz, F. C. (2001). The Psychodiagnosis Between the Incompatibilities of its Instruments and the Promises of a Psychopathological Methodology. *Psicologia USP*, 12 (1), 179-202.

Abstract: Examining the different conceptions of “normality” which are supposed by the commonest instruments of the psychodiagnosis, the authors point out to some of its structural contradictions. They suggest the psychopathological methodology as its possible epistemological ground.

Index terms: Psychodiagnosis. Methods. Epistemology. Psychopathology. Normality.

Referências

- Anastasi, A. (1977). *Testes psicológicos* [Psychological testing] (2a ed. rev., D. M. Leite, Trad.). São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária. Edições publicadas em 1961 e 1968 pela Ed. Macmillan, New York.
- Anzieu, D. (1981). *Os métodos projetivos* [Les méthodes projectives] (3a. ed., M. L. E. Silva, trad.). Rio de Janeiro: Campus. Tradução da 5a ed. 1976. (Originalmente publicado em 1960)
- Bleger, J. (1980). A entrevista psicológica. Seu emprego no diagnóstico e na investigação. In *Temas de psicologia. Entrevista e grupos* [Temas de psicología. Entrevista y grupos] (R. M. M. Morais, trad., pp. 7-41). São Paulo: Martins Fontes. Tradução da edição de 1979. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión. (Originalmente publicado em 1971)
- Canguilhem, G. (1991). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France. (Originalmente publicado em 1966)
- Chabert, C. (1994). Les approches structurales. In D. Widlöcher (Org.), *Traité de psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Da Silva Junior, N. (2000). Metodologia psicopatológica e ética em psicanálise: O princípio da alteridade hermética. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (2), 129-138.
- De Lara, A. C. (2000). Névrose obsessionnelle: Théorie et clinique. In A. C. De Lara, V. Marinov, & J. Ménéchal, J., *La névrose obsessionnelle. Contraintes et limites*. Paris: Dunod.
- Freud, S. (1982). Das Ich und das Es. In *Studienausgabe* (Bd. 3). Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag. Gesammelte Werke (Bd. 13). Standart editions (Vol. 19). Oeuvres complètes (Vol. 16). Paris: Presses Universitaires de France. (Originalmente publicado em 1923)
- Freud, S. (1983). *Zur Psychopathologie des Alltagslebens* (Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglauben und Irrtum). Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag. Gesammelte Werke (Bd. 4). Standart editions (Vol. 6). Psychopathologie de la vie quotidienne. Paris: Payot. (Originalmente publicado em 1901)

- Hempel, C. G. (1984) *Fundamentals of Taxonomy*. In J. Z. Sadler, O. P. Wiggings, & M. A. Schwartz (Eds.), *Philosophical perspectives of psychiatric diagnostic classification* (pp. 315-331). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hirschon, C.M. (s.d.). As dimensões plurais do processo diagnóstico. *Interior Revista de Psicanálise*, (1). Ed. Núcleo de Psicanálise de Marília e Região, Comissão do Interior da S.B.P.S.P. Departamento de Psicologia Clínica - UNESP.
- Kant, I. (1983). *Kritik der reinen Vernunft*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. (Originalmente publicado em 1781 e 1787)
- Mannoni, M. (1981). *A criança atrasada e sua mãe* [L'Enfant arriéré et sa mère] (3a ed., M. R. G. Duarte, trad). Lisboa, Portugal: Moraes Editores. (Originalmente publicado em 1964)
- Manual do Conselho Regional de Psicologia* (1997). São Paulo: Conselho Regional de Psicologia - 6a. Região.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., Piccolo, E. G. et al. (1995). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* [Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico] (8a. ed., M. Felzenszwalb, trad.). São Paulo: Martins Fontes. Tradução da edição de 1979. Buenos Aires, Argentina: Nova Visión.
- Widlöcher, D. (1994). *Traité de psychopatologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Recebido em 03.03.1998

Aceito em 22.02.1999