

O papel do psicólogo clínico numa equipa de saúde mental infantil

VICTOR MOITA (*)

1. UM PROBLEMA DE «IDENTIDADE» COM RAÍZES HISTÓRICAS, CULTURAIS E POLÍTICAS

Ao propor-me como tema «o papel do psicólogo clínico numa equipa de saúde mental infantil», o meu objectivo não foi dizer nada de novo nem de definitivo sobre este tema, mas pôr em comum uma série de interrogações e reflexões sobre o que é a psicologia clínica como ciência e como prática, partindo da minha experiência como psicólogo clínico numa equipa de saúde mental infantil.

Apesar de aparentemente simples, a tarefa não é fácil:

- o acesso, historicamente recente, da psicologia ao estatuto de ciência;
- a ausência, histórica e politicamente justificável, mas não aceitável em relação ao presente e ao futuro, de uma psicologia feita por psicólogos;
- a «fobia» que os psicólogos têm uns dos outros, prejudicando a sua organização com objectivos científicos e profissionais, e impedindo deste modo a elaboração de um «discurso comum»

sobre a ciência que cultivam e a prática que exercem;

- a incapacidade que muitos psicólogos têm de se afirmarem como técnicos competentes no seu campo perante a competência dos outros técnicos com quem colaboram,

são alguns dos motivos que poderão justificar a necessidade imperiosa que um psicólogo sente de falar de si próprio como técnico.

«Psicólogo, psicólogo quem és tu?» ou «o psicólogo à procura da sua identidade» seriam dois títulos que poderiam exprimir o mal-estar de muitos profissionais de psicologia que teimam em ser psicólogos neste país, aqui e agora, sem terem de se opor ao poder político instituído, sem terem de rivalizar com profissionais de campos de intervenção vizinhos, sem terem de competir entre si.

A área da psicologia clínica é uma daquelas em que mais se sente esta problemática:

- a ambiguidade do espaço semântico da expressão «psicologia clínica»;
- o tradicional e injustificável domínio dos médicos nas áreas de intervenção conotadas com a «saúde» ou a «doença»;

— a ausência de investigação e de cursos de especialização nos domínios da psicologia clínica;

— a ausência de carreiras estruturadas numa área da psicologia em geral e da psicologia clínica em particular;

— a ausência de definição de uma política coerente nos domínios da saúde em geral e da saúde mental em particular;

— a demissão dos psicólogos clínicos, que deixam por mãos alheias os créditos de que são detentores, atribuindo a outrem o papel que a si mesmos compete na definição do seu estatuto e na defesa dos seus interesses,

são algumas das razões que contribuem para a ambiguidade do papel do psicólogo clínico em geral, e do psicólogo clínico integrado numa equipa de saúde mental infantil em particular.

Proponho-me contribuir com algumas reflexões que, por um lado, ajudem a clarificar as funções do psicólogo numa equipa de saúde mental infantil, e, por outro, a mobilizar os psicólogos para um trabalho que, entre nós e neste domínio, está todo ou quase todo por fazer.

2. O PSICÓLOGO CLÍNICO COMO TEÓRICO E PRÁTICO DE UMA CIÊNCIA AUTÓNOMA

2.1. A autonomia da psicologia como ciência

Como sabemos, uma ciência define-se basicamente pela existência de um objecto, de uma metodologia e de um estatuto epistemológico próprios, que levem à construção de um quadro teórico de referência, permitindo a elaboração de um discurso coerente interpretativo do real.

É desnecessário, e tornar-se-ia fastidioso, deter-me exageradamente na descrição da

génese da autonomia da psicologia como ciência.

Todos sabemos como se chegou com Henri Pieron, em 1908, e com Watson, em 1913 (*Fraisse e Piaget, 1967, p. 45*) à definição do objecto da psicologia como o estudo do «comportamento»; como se vacilou, e infelizmente se continua a vacilar, na definição da metodologia própria da psicologia, umas vezes identificada com a da filosofia, outras com a das ciências biomédicas e sociais; como se confundiu, e ainda hoje frequentemente se confunde, a relação epistémica sujeito-objecto própria da psicologia, com a de outras ciências vizinhas com as quais porventura partilhe parcialmente o mesmo objecto de estudo e/ou metodologias afins.

Não deixarei, no entanto, de recordar a este propósito algumas ideias que considero fundamentais:

- a insuficiência da definição do objecto da psicologia em termos behavioristas clássicos, isto é, em termos de estímulo-resposta;
- a inadequação das metodologias próprias da filosofia, das ciências físico-matemáticas, bio-médicas e sociais para a apreensão e estudo dos fenómenos ditos «psicológicos»;
- a inoperância da noção de «corte epistemológico» entre o sujeito e o objecto epistémicos como condição básica para a elaboração científica do conhecimento em psicologia. Inoperância essa eloquentemente posta em evidência por várias correntes ou escolas entre as quais poderei citar a teoria da forma, a teoria de campo de Lewin, a teoria psicanalítica e a teoria da equilibração de Piaget.

Poderemos afirmar, em resumo, que, para fazer ciência em psicologia,

- não basta identificar o objecto de estudo como «o comportamento» defi-

(*) Psicólogo. Docente no ISPA.

nido de uma forma asséptica, isto é, em termos de estímulo-resposta, mas importa captar-lhe «o sentido», isto é, a relação entre o estímulo e a resposta mediada pela variável «personalidade» tal como propõe P. Fraisse. A este propósito escrevia Pierre Janet em 1929 no Boletim da Sociedade Francesa de Filosofia (1): «a psicologia devia ser objectiva no sentido em que devia ocupar-se do que se vê, das acções, dos movimentos, das atitudes do sujeito, acrescentando a isto as suas palavras e as suas maneiras de falar e, por consequência, todos os factos psicológicos, mesmo que os conheçamos por outras vias, deviam ser exprimíveis na linguagem dos factos exteriores». E, noutro lugar (2), completa a sua ideia afirmando: «para aplicar aos homens a psicologia do comportamento importa não apenas atribuir um lugar à consciência, mas ainda considerá-la como uma complicação do acto que se acrescenta às condutas elementares sem esquecer, na descrição destas condutas, as suas formas superiores, tais como a crença. Pode designar-se esta psicologia sob o nome de "psicologia da conduta"».

— Não basta usar metodologias que ponham em evidência as variáveis ditas biológicas e/ou sociais, mas as que evidenciem as variáveis próprias dos processos de elaboração internos: trata-se de considerar o indivíduo — animal ou homem — não apenas como um «reagente», mas como um «agente», que trata a informação recebida, venha ela donde vier. Para o biólogo, o que definirá preferentemente o indivíduo será a sua carga genética, para

o sociólogo serão os organizadores externos, também ditos sociais, para o psicólogo serão os organizadores internos, as estruturas operatórias, que o habilitam a não suportar passivamente a sua carga genética ou a sofrer, sem modificar, a acção do meio.

— Na relação epistémica, não se trata de separar o sujeito do objecto, mas sim considerar como imprescindível a promoção, manutenção e controlo da sua interdependência.

2.2. A psicologia «clínica»: uma psicologia diferente

Que dizer então da psicologia dita «clínica»? Confere-lhe, esta qualificação, algum estatuto particular como ciência ou como prática?

Todos sabemos, e já atrás referimos, como a ambiguidade do uso do termo «clínico» gera algumas confusões, sobre cuja origem não nos vamos deter. Gostaria, no entanto, de referir alguns pontos que, embora banais, importa recordar sobretudo aos psicólogos e, porventura, a outros profissionais com quem estes colaborem (médicos, educadores, etc.):

— a psicologia clínica não tem estatuto de ciência autónoma pelo facto de ser «clínica», mas por ser psicologia. O termo «clínico» não confere, por isso, mesmo, a esta área do saber psicológico um estatuto científico próprio;

— o termo «clínico» não qualifica esta psicologia como a psicologia da «doença» ou do «distúrbio», referindo-se em exclusividade apenas a uma das áreas possíveis da intervenção do psicólogo clínico;

— o termo «clínico» não se refere a uma competência profissional considerada exclusiva do médico, identificando «psicologia clínica» com «psicologia mé-

dica», «acto clínico» com «acto médico», «psicólogo clínico» com «psicólogo médico» ou «médico psicólogo». A este propósito refira-se que o termo «clínico» na sua origem semântica se refere ao indivíduo que «está de cama», «deitado» e por analogia ao indivíduo que «está doente» ou que «precisa de ajuda». O médico é aquele que usa o «veneno», «mezinha», «medicina», «remédio» ou «fármaco» para «curar» o doente. Penso que devemos lutar um pouco contra a história e a prática que confundem «atitude clínica» com «atitude médica», «prática clínica» com «prática médica», «saber clínico» com «saber médico».

O termo «clínico» usado na expressão «psicologia clínica» definirá apenas uma «sensibilidade» particular a dois níveis da elaboração científica:

a) Ao nível do objecto: a psicologia clínica interessa-se pelo indivíduo enquanto tal. E é neste sentido que Daniel Lagache a define como «a investigação sistemática e tão completa quanto possível dos casos individuais» (3). É ainda nesta perspectiva que o psicólogo clínico se interessará pelos indivíduos que precisam de ajuda (Zazzo, 1968, p. 137).

b) Ao nível da metodologia: trata-se de um processo de recolha de dados em que se toma sempre e necessariamente em consideração o «contexto» individual e original em que um «comportamento» ou « reacção » são observados. Em clínica parte-se sempre do princípio que é esse «contexto» que dá sentido útil, quer de um ponto de vista científico, quer prático, ao dado recolhido. O método clínico coloca-nos assim numa via diferente de acesso ao

(3) Vide Zazzo, 1968, p. 137.

real, em que não existe a preocupação com a «asepsia laboratorial» ou com a «rigidez da normalidade estatística» no processo da recolha dos dados e controlo das variáveis.

Importa esclarecer que não há oposição entre estas diferentes metodologias, mas complementaridade. O controlo das variáveis não se faz ao nível genérico da metodologia, mas ao nível específico do «plano» ou «desenho» experimental. E não devemos confundir «experimental» com «laboratorial», «quantificável» ou «científico».

É nesta perspectiva que, segundo Zazzo (1968, p. 138), se coloca Piaget ao usar a metodologia «clínica» na recolha dos dados que lhe permitiram a elaboração das suas conhecidas teorias nos mais diferentes domínios da psicologia da criança e da psicologia cognitiva.

c) Ao nível da relação epistémica sujeito-objecto, não há diferença entre psicologia e psicologia clínica: trata-se, como já referimos, da promoção e manutenção sob controlo da relação original entre o sujeito e o objecto do conhecimento. Relação essa que se caracteriza pelo seu estatuto de interdependência idêntico ao que se observa na inter-relação entre o emissor e o receptor segundo o modelo proposto pela teoria da comunicação.

d) Ao nível dos quadros teóricos de referência: o discurso em psicologia e em psicologia clínica deverá ser basicamente o mesmo. O psicólogo clínico deverá fazer um discurso interpretativo dos fenómenos observados, construindo uma metalinguagem cujos paradigmas (ou paradigma) não sejam os quadros teóricos de referência de outras ciências: não há lugar para dicotomias como o indivíduo e o meio, o herdado e o adquirido, o quantificá-

(1) Vide Fraisse e Piaget, 1967, p. 31.

(2) «Autobiografia», *Études phil.*, 1946, pp. 85-86. Citado in Fraisse e Piaget, 1967, p. 31.

vel e o qualificável. O recurso ao modelo da equilibração proposto pela teoria da forma, pela teoria de campo de Lewin e pela teoria da equilibração de Piaget, o recurso aos modelos de articulação entre o herdado e o adquirido propostos pelas teorias da aprendizagem e pela teoria psicanalítica, é próprio do discurso psicológico. Falar do real em termos de motivação, decisão, atitude, representação, imaginário, crença, papel, jogo, mito, comunicação, relação, é próprio do discurso psicológico.

2.3. Psicologia clínica e teoria da comunicação

Podemos agora interrogar-nos acerca do que caracteriza o «discurso» do psicólogo «clínico», acerca do que o torna distinto de outros discursos.

Seria um tema longo. Alinho apenas algumas ideias retomando, como há pouco sugeri, o modelo proposto pela teoria da comunicação.

Este modelo poderá fornecer-nos algumas pistas para a clarificação do papel do psicólogo clínico:

- a) A primeira é a de considerar o «comportamento», a «reação» como uma linguagem, consubstanciada num discurso frequentemente, embora não necessariamente, verbalizável. O psicólogo clínico considerará então os «sintomas» não como necessariamente referidos a uma «estrutura patológica», mas como um «discurso» com um sentido próprio, que lhe vem do contexto em que é realizado.
- b) A segunda pista é a de considerar a relação entre o psicólogo clínico e os seus interlocutores (consultante, cliente, colaboradores), bem como a relação dos indivíduos com quem ou para

quem trabalha, nos exactos termos em que se considera a relação entre emissor e receptor. Trata-se, portanto, fundamentalmente de um problema da génese, processo de codificação/descodificação de uma mensagem e da identificação dos objectivos da relação de comunicação. Nesta perspectiva, o psicólogo clínico sabe que o «discurso» é ele próprio sintoma: se é certo que o inconsciente se estrutura como uma linguagem, também é certo que esta é estruturada por aquele (Lacan, 1966).

A partir daqui podemos chegar a alguns princípios básicos que poderão esclarecer as funções do psicólogo clínico:

- a) A verificação de que o «comportamento» ou «reação» só adquire valor heurístico quando formalizado em termos da teoria da comunicação (Cosnier, 1974) levará o psicólogo clínico a ultrapassar a formalização do seu objecto de estudo e/ou intervenção em termos de estímulo-resposta.
- b) A ideia de que o psicólogo clínico é um teórico e um prático da motivação e do sentido, e não um teórico e um prático da inventariação asséptica de «comportamentos» e «reações», levá-lo-á a uma atitude preferentemente compreensiva na relação com o seu objecto de estudo e de prática.
- c) A necessidade de estar particularmente atento à relação de comunicação levará o psicólogo clínico a considerar-se um teórico e um prático da «informação» e da «decisão» especialmente interessado nos processos de elaboração de «códigos», de transmissão da «mensagem», do «processamento de dados». Como já atrás referimos para o psicólogo em geral, e para o psicólogo clínico em particular, o objecto de estudo não é o indivíduo «reagente»

que «responde ao estímulo», é o «sujeito agente», que «elabora os dados» que lhe chegam. Para o psicólogo clínico, o objectivo é chegar aos «processos internos» da elaboração, do tratamento da informação, quer se trate do emissor ou do receptor.

Como teórico e prático da comunicação, o psicólogo clínico estará atento ao seu próprio discurso sobre o real e, como acontece noutras ciências e práticas, procurará elaborar um «discurso explicativo» sobre o «discurso» do seu interlocutor (consultante, cliente, colaborador). E nesta medida deverá considerar que o «seu discurso» como técnico se deve transformar numa metalinguagem, isto é, num discurso que constantemente se refere a um código que é específico da ciência que cultiva: a psicologia.

Daqui resulta a necessidade de promoção e manutenção de uma metalinguagem, que constantemente e de forma clara se refira ao paradigma da ciência psicológica e não ao paradigma das ciências filosófica, físico-matemática, biológica, social ou outras.

3. O PSICÓLOGO CLÍNICO NUMA EQUIPA DE SAÚDE MENTAL INFANTIL: A AFIRMAÇÃO DA SUA ESPECIFICIDADE COMO TÉCNICO

A afirmação da especificidade do psicólogo numa equipa de saúde mental infantil deverá ser feita a diferentes níveis decorrentes do estatuto de ciência atribuído à psicologia. Não é a prática que fundamentalmente distingue o psicólogo clínico dos outros técnicos que integram a equipa. Se ao nível do «objecto» e da «relação epistemológica» as posições serão basicamente idênticas, elas não serão concerteza as mesmas ao nível da metodologia e do paradigma de referência.

3.1. Ao nível da metodologia

Não vou deter-me muito neste ponto. Os psicólogos sabem, ou deveriam saber, que a psicologia como ciência tem uma metodologia própria para a abordagem do real. Dessa «estratégia» metodológica global decorrem as «táticas» concretas de intervenção ao nível da prevenção, diagnóstico, prognóstico e terapêutica. Não será demais pedir a um psicólogo clínico que use o «Rorschach» com a competência com que um médico usa o «estetoscópio».

3.2. Ao nível do paradigma de referência

Também não me vou deter muito sobre este assunto. O essencial estará dito. Apenas recordo mais uma vez que é ao psicólogo que, integrado numa equipa multidisciplinar, compete fazer o «discurso psicológico» sobre o real. Os psicólogos clínicos prestam um mau serviço à equipa quando, pela sua prática e pelo seu discurso, se identificam com o médico, a assistente social ou a educadora de infância. Privam deste modo a equipa de um contributo original, que esses técnicos não lhe podem, nem sequer lhes compete, dar. Trata-se, de facto, da necessidade de contrapor um discurso cujo referencial paradigmático é a ciência e a prática psicológicas, a outros discursos, cujos referenciais paradigmáticos são outras ciências e outras práticas profissionais.

4. CONCLUSÃO

Como técnico de saúde mental infantil, o psicólogo não deve demitir-se do seu estatuto de psicólogo. Na medida em que quiser contribuir de forma original para a teorização e definição de uma prática comum a todos os técnicos de saúde mental infantil, deverá fomentar com dignidade e competên-

cia o desenvolvimento da sua própria ciência. Antes de se diluir numa prática e num discurso amorfos sob pretexto de que é «técnico de saúde mental» e não apenas «psicólogo», deverá tomar consciência de que a sua incompetência como psicólogo arrastará a sua incompetência como técnico de saúde mental infantil.

Não será altura de os psicólogos clínicos se organizarem para promoverem uma reflexão teórica sobre a sua prática? De promoverem acções de investigação, reciclagem e formação permanente, que levem à homogeneização das metodologias que usam e à elaboração de uma linguagem comum? Não será esta uma das vias fundamentais para

a descoberta da identidade do psicólogo em geral, e do psicólogo clínico em particular?

BIBLIOGRAFIA

- COSNIER, J. (1974), «Psycholinguistique et techniques projectives», *Bull. de la S. Française du Rorschach et des méthodes projectives*, 2.^a ed., Paris.
- FRAISSE, P. e PIAGET, J. (1967), *Traité de psychologie expérimentale*, vol. I, PUF, Paris.
- LACAN, J. (1966), «Sur l'objet de la psychologie», in *Cahiers pour l'analyse*, n.º 3, Maio/Junho de 1966, p. 6.
- ZAZZO, R. (1968), *Conduites et conscience*, vol. II, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.