

ARTIGO**Desafios da prática clínica na formação de psicólogos: revendo fronteiras e criando possibilidades.***

Challenges in clinical practice in the training of psychologists: reviewing boundaries and creating opportunities

Laura Cristina de Toledo Quadros

* Trabalho apresentado no Congresso do IGT, maio de 2012 na mesa redonda “Psicologia Clínica entre ênfases e especialismos: a responsabilidade da clínica na Psicologia formação de psicólogos”

RESUMO

Este artigo pretende discutir a prática clínica na psicologia, considerando aspectos históricos e peculiaridades que permeiam esse trabalho. A prática clínica não constitui-se apenas em questões técnicas. Mais do que isso, ela envolve sensibilidade, ocupando um espaço entre a ciência e a arte. Nosso desafio é o de rever as fronteiras dessa prática criando possibilidades que nos permitam renovações sem que fiquemos capturados na armadilha de formar psicólogos preocupados com acertos e resultados. Sem prescindir a responsabilidade, fazer clínica é também correr riscos e isso exige disponibilidade, humildade e comprometimento.

Palavras-chave: Prática clínica, Gestalt-terapia, Formação de psicólogos.

ABSTRACT

This article will discuss the clinical practice in psychology considering historical aspects and peculiarities surrounding this work. Clinical practice is not only a technical question. More than this, it involves sensibility, taking a space between science and art. Our challenge is to review clinical practice borders enabling renovations without us to be caught in the trap of training psychologists worried about successes and results. Not forgetting the responsibility, clinical practices is also taking risks and its requires availability, humbleness and commitment.

Key words: Clinical practices, Gestalt-therapy, Psychologist's qualification.

O tema “Psicologia Clínica”, embora possa parecer óbvio para uns, suscita uma gama de reflexões quando o transpomos para o contexto da graduação e, um dos questionamentos que podemos aqui destacar é simples: “Afim, o que é psicologia clínica e como um psicólogo clínico se constitui?” Parafraseando a genial Clarice Lispector¹, essa é uma questão simples, mas não simplificada. Isso significa, ao nosso ver, que a resposta à essa pergunta apresenta diversos desdobramentos. Começaremos pelo nome “clínico”. Este termo revela-nos uma herança oriunda da tradição médica e, envolvida numa cientificidade positivista, supõe a tríade doença-diagnóstico-tratamento. Considerando as especificidades da prática clínica em psicologia, é nesse procedimento clássico que, independente da abordagem, se orientam a formação do aluno de graduação em psicologia. Isso nos leva a mais uma questão: Que sentidos são atribuídos ao termo “clínica” e que reverberações ele dispara?

A clínica apresenta-se em várias versões, diferentes abordagens e modos de intervenção. Não é objeto desse artigo discutir tais diferenças ou mesmo peculiaridades de cada técnica e abordagem, porém a construção da noção de psicologia clínica, como já foi dito, guarda estreita relação com o modelo médico relacionando-a diretamente ao binômio saúde/doença e, conseqüentemente, destacando outro par correspondente, identificação do sintoma/cura. Nos manuais clássicos como o de Hector Fiorini (1984)², a prática clínica é descrita como uma psicoterapia, um tratamento psicológico que engloba pelo menos três

¹ Em entrevista concedida à Yllen Kerr em 1963, diante da pergunta “Você se considera complicada?”, Clarice Lispector responde, a meu ver, magistralmente: “Simples. Embora meus vários tipos de simplicidade às vezes se entremesquem. Simples, mas não simplificada, nem simplifico os outros. Daí a pergunta, daí os equívocos.” (in, Rocha, E., 2011, p.27). Referencio-me nesta perspectiva buscando ressaltar a importância de nos debruçarmos diante dessa questão e trabalharmos exaustivamente sobre ela, visto que a prática clínica em psicologia carrega em si não apenas diversas possibilidades de intervenção mas também antagonismos que trazem disputas territoriais por vezes desgastantes. Não há aqui uma pretensão de esgotar um tema tão rico quanto pertinente. Buscamos uma discussão que nos permita flexibilizar e validar as peculiaridades que envolvem o termo e a prática.

² Teoria e técnica de psicoterapias de H. Fiorini editado originalmente pela Francisco Alves, manual ainda utilizado nos cursos de graduação em psicologia e um clássico nos anos 70/80

etapas: observar, analisar (avaliar, levantar hipóteses diagnósticas) e intervir (aqui, assumindo o sentido de modificar o que está em curso, visando a supressão dos sintomas identificados no paciente). Essa é uma perspectiva predominante quando se remete à clínica. Mas não é a única.

Historicamente, a influência do modelo médico, notadamente da psiquiatria interferiram em nossa prática gerando uma tendência à busca por uma atuação que visasse os ajustamentos e/ou as normatizações o que, muitas vezes resvalava para a constituição desse campo da clínica como um espaço hierarquizado e limitador, revelando não só aspectos de nossa herança como também o equívoco de reduzir-se essa prática ao seu local de realização, a saber, o consultório. Tal versão de clínica, fundada na individualidade, prescindindo a historicidade e atrelada a uma perspectiva organicista, ainda predomina na graduação, embora tenha sido fonte de discussão e críticas principalmente a partir de 1980. Segundo Schneider (2011),

“a clínica é por vezes definida pelo seu “local de realização” (considerada como atividade de consultório, de caráter privado, em detrimento das atividades de caráter público, por exemplo), ou de sua “área de atuação” (clínica ou hospitalar, por exemplo, diferenciando-se, por exemplo, da psicologia escolar ou da psicologia organizacional, etc), ou ainda a partir da “área de conhecimento (diferenciando-se, por exemplo da psicologia social). Na verdade, nenhuma dessas definições é precisa, realizam sub-repticiamente uma compartimentalização da disciplina psicológica, sendo fonte de muitas controvérsias. Definir o que é psicologia clínica não é, portanto, uma tarefa fácil. (Op.cit, p. 14)

Em 1994 o CFP publicou uma pesquisa que procurou traçar o perfil do psicólogo brasileiro. Constatou-se, aí, uma hegemonia da clínica nos moldes apontados acima, revelando uma psicologia marcada por distorções que nos tem sido cara, ou seja, uma noção de psicologia dicotomizada, limitada e enrijecida. Mas será este o nosso destino?

Numa versão mais contemporânea e fundamentada num outro referencial epistemológico, Barros e Passos (2001), trazem uma outra perspectiva acerca da

clínica, compreendendo-a enquanto experiência de desvio, que produz a criação de novos territórios existenciais:

O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz. (*op.cit.* p.90, grifos dos autores)

Portanto, passamos agora nessa interlocução aqui desdobrada, a tratar dessa noção, embora acreditemos que nossa graduação ainda esteja fortemente impregnada de uma ideia de substancialização e/ou supressão de sintomas. Atuar na clínica seria, então, introduzir a mudança no outro, o paciente. Mesmo que possamos discutir a legitimidade dessa idéia de mudança, ressalto que esse foi (e ainda é) um forte referencial na graduação: o psicólogo clínico é aquele que atua para promover mudanças. Se constitui aí uma relação de poder?

A versão de Barros e Passos (2001) citados acima, nos propõe uma transposição do *klinikos*, onde a relação acontece verticalmente e há implícita a noção do doente passivo, impotente diante de sua doença, para a afirmação do *clinamen* compreendendo o ato clínico como possibilidade de desvios envolvidos na circularidade do processo que vai acontecendo sem imposições ou imperativos. Não se trata mais de uma clínica para mudança. É uma clínica de movimentos e, enquanto psicólogos clínicos, nos cabe acompanhá-los sem nos excluir de um campo de afetações. Podemos, então, experimentar os desvios?

O desvio nos coloca também num risco, a meu ver, inevitável, mas sobretudo desconfortável: o manejo de nossas próprias questões. Na prática clínica, as

afetações não podem ser ignoradas principalmente por ser esta uma atividade sustentada pela relação. A tradição psicanalítica que funda muitos desses pilares ainda hoje prevê senão uma real e total neutralidade do terapeuta (neste caso, do analista), ao menos o controle neutralizador das possibilidades de afetação, de onde emerge uma preocupação angustiada dos terapeutas em geral: Como é possível não ser afetado pelo outro? Ser afetado contamina a análise? Se me sinto afetado, o que eu não estou vendo em mim que eu deveria ver? O que eu estou fazendo de errado?

Na contramão disso, atualmente algumas abordagens em psicologia clínica consideram que a premissa da neutralidade talvez já não seja confortável ou até mesmo viável para as práticas que atravessam os campos de atuação nas ciências sociais. Como bem nos aponta Favret-Saada (2005):

De um modo mais geral, meu trabalho põe em causa o fato de que a antropologia acha-se acantonada no estudo dos aspectos intelectuais da experiência humana, nas produções culturais do “entendimento”, para empregar um termo da filosofia clássica. É - parece-me - urgente, reabilitar a velha “sensibilidade”, visto que estamos mais bem equipados para abordá-lo do que os filósofos do século XVII. (p. 155)

O reconhecimento da sensibilidade nem sempre é favorecido na formação de psicólogos. Na graduação é ressaltada muitas vezes a importância de submeter-se a um processo terapêutico visando complementar a formação para o estudante, mas também para o psicólogo como contraponto à sua atuação. Se o caminho escolhido é a clínica, a ênfase dada à este aviso é ainda maior. Porém, a meu ver, este tema não é profundamente debatido. Às vezes a idéia que predomina nessa premissa é a de que a psicoterapia te fortalece como profissional, principalmente por trazer uma possibilidade didática, ou seja, ao estar em terapia o estudante ou profissional iniciante estaria também aprendendo o manejo da técnica. Além disso, está de algum modo subentendido que ‘fazer terapia’ confere uma certa imunidade em relação às questões vindas dos clientes que poderiam, na ausência desse monitoramento imunizador, ser misturadas aos próprios conflitos vivenciados pelo

terapeuta. Ao enfatizar esse aspecto, não há intenção de minimizar a importância do processo terapêutico do aspirante à psicólogo. Ao contrário, busco destacar a distorção da noção de cuidado que é pouco discutida em nossas graduações como um processo integralizado. A ideia de cuidado inerente à clínica difunde-se de modo um tanto objetificada, endurecida por uma desejável funcionalidade. O cuidar de si, ainda que visto como necessário, parece estar separado do cuidar do outro.

Escondendo a contradição e intensificando este desvio funcional, não é rara a disseminação da idéia de que devemos nos cuidar para poder cuidar do outro, de que devemos buscar o bem-estar para produzir bem-estar no outro. O psicólogo, em especial o psicoterapeuta esta fortemente referenciado numa idealização de ajuda. Em pesquisa realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pela Universidade Luterana do Brasil (MAGALHÃES *et al*, 2001), confirma-se a idéia predominante entre os estudantes de psicologia que elegem a prática clinica como sendo a atuação fundamental do psicólogo, traduzindo-a como a ação de “ajudar as pessoas” e “curá-las” de seus males emocionais e existenciais. Tal idéia ainda abriga influências evidentes da clínica médica marcada pela busca de resultados e, por que não dizer, pela onipotência de ser o “curador” ou o “salvador” do outro. Assim, a internalização desse modelo de atuação “clínica-individual-em-consultório-particular” é bastante intensa no imaginário dos estudantes e talvez seja reforçado pela formação acadêmica, apesar de haver hoje uma ampliação nas propostas de atuação (ver Marconi da Costa, 2008) .

Muitos estudantes acham uma incoerência ter tantas coisas pessoais mal resolvidas em suas vidas e escolher cuidar dos outros. Eles produzem em si uma exigência de estarem *bem* para exercer a profissão. Será que eles produziram isso sozinhos? A graduação promove outras possibilidades para pensar esta questão? Como essa idéia é discutida? Eles acreditam quando outro discurso é

apresentado? Como e para que isso se tornou uma verdade? E o que significa estar *bem*? Quem define isso?

Certamente, a terapia do terapeuta não o livra de seus conflitos. Aliás, alguma clínica livra alguém do conflito? O ofício de ser terapeuta se constrói na reflexividade, no diálogo constante e no questionamento do que isso suscita. A clínica é também uma prática política onde nós, enquanto psicólogos, podemos, a partir de nossas escolhas, criar realidades que podem tanto restringir quanto ampliar fronteiras entre mundos. Daí a nossa responsabilidade para com a nossa atuação. Se formos mero reprodutores de um sistema, não criaremos oportunidade para as surpresas. Mas será que podemos suportar esse risco? O quanto estamos disponíveis para o novo?

Talvez nossa formação careça de inventividade. Estar entre a ciência e a arte é habitar uma espécie de *não-lugar* e, aparentemente, recusar certos espaços de invenção ou ineditismo pode trazer uma pseudo segurança que crie uma sensação de estabilidade. Mas será que isso é possível? Sem querer cometer nenhum abuso de aventurar-me no jogo apoético das palavras, ressalto que o *não-lugar* não significa *lugar nenhum*. Refiro-me a ele como um espaço mais arejado, não ancorado em saberes de pretensa verdade. Correlato ao *clinamen*, o não-lugar pode ser entendido como mobilidade. Estar na universidade como docente nessa área traduz-se num questionamento que tanto instiga quanto perturba.

Sabemos que as múltiplas possibilidades de pensarmos a clínica produzem formas distintas de atuação. Porém, esse não é um aprendizado que se constrói sem envolvimento. Os atravessamentos vivenciados, reverberam e trazem memórias. E são elas que, muitas vezes são excluídas ou segregadas na discussão acerca da formação para a clínica. O que evitamos discutir enquanto professores, supervisores e formadores de profissionais para a prática clínica? A

graduação capacita para a prática clínica? A especialização capacita para a clínica?

Tais questões – mais uma vez simples, mas não simplificadas - nos convocam a transitar pelo desconfortável lugar do não saber. Num cenário em que se entrecruzam o “ato médico” e a reivindicação do campo da psicoterapia feita por outras áreas (como a filosofia e a pedagogia) e outros profissionais, vejo uma energia deslocada para a discussão sobre a institucionalização da clínica, a regulação e controle de sua prática e a qualificação adequada para tal sem que, no entanto, consigamos enfrentar a delicadeza que permeia o nosso questionamento inicial: “Afinal, o que é psicologia clínica e como um psicólogo clínico se constitui?”

Quando nos deparamos com a diversidade de instituições formadoras, bem como as regras que são instituídas para o exercício da prática clínica, vemos tentativas de se estabelecer parâmetros e de demarcar territórios para o que pode ou o que não pode ser legitimado no âmbito dessa prática. Tais esforços, não raramente, afastam as formações (tanto nas universidades quanto nas especializações) de uma realidade que vêm sempre nos assombrar: a clínica que praticamos está a serviço do que e de quem? Corrigir? Modificar? Explicar? Entender? Compreender? Acompanhar? Confirmar?

Se nos apoiarmos numa clínica como o desvio proposto pelo *clinamen*, talvez não haja a possibilidade do verbo no infinitivo e ao lado do que nomeamos de científico, deverá estar o que compreendemos como sensível, estabelecendo-se aí uma articulação entre o conhecimento e a sensibilidade. Historicamente, a psicologia como uma ciência moderna funda-se na dicotomia entre razão e emoção, natureza e cultura, indivíduo e sociedade, compreendendo muitos aspectos a partir de uma óptica hierárquica oscilando entre o intelectualismo e o utilitarismo. Será que podemos, de fato, situar a nossa prática em uma dessas polaridades? O sociólogo J. Law (2005) nos provoca sabiamente dizendo-nos que continuamos fazendo no

século XXI uma psicologia do século XIX. Quando me deparo com as ênfases e especialismos propostos ao nosso curso e à nossa prática, me questiono se não estaremos nos afirmando pela fragmentação e, ao invés de tomarmos o desvio como inesperado, nos mantemos apegados as garantias das retas.

A clínica que permite desvios, é um campo que situa-se entre afetos e afetações. É um campo em movimento e, como tal, pretende-se vivo, pulsante, não capturado nos limites das respostas enquadradas. Assim, mantendo o diálogo com o que foi exposto e retornando ao questionamento inicial - “Afinal, o que é psicologia clínica e como um psicólogo clínico se constitui?”- diria, então, sem a pretensão de esgotamento, mas ensaiando uma resposta *inventada* a partir do meu percurso vivido, que:

Psicologia é clínica

Clínica é articulação entre conhecimento e sensibilidade

Clínica é processo

Clínica é desvio

Clínica é inventividade

Clínica é possibilidade

Clínica é impossibilidade

Clínica é artesanaria

Sendo assim, o que nos constitui como clínicos passa pela intuição, o aprendizado contínuo, o medo, a ousadia, o conflito, a rebeldia, a vivência, os obstáculos e o amor. Voltando à Clarice, percebemos, dessa forma, que as várias simplicidades desse ofício se entrecruzam e se entrechocam nos exigindo a atenção quase permanente sobre o que realizamos nessa área. Numa inversão do clássico conto da “Bela Adormecida”³ onde a princesa foi condenada pela bruxa à dormir durante

³ A Bela Adormecida é um clássico conto de fadas onde uma princesa é enfeitiçada e cai num sono profundo, até que seja despertada por um príncipe encantado com um beijo provindo de um

100 anos, a prática clínica nos mantém em vigília, acordando e convocando todos os nossos sentidos. Ressalto que tal metáfora não assume, aqui, o sentido de uma maldição ou de um controle policalesco; ao contrário, sugerimos uma atenção pelo viés da sensibilidade. Esse é um compromisso que transcende os manuais, mas deve apoiar-se numa ética das relações.

Compreendo e vivencio a prática clínica como um trabalho artesanal cheio de nuances e entremeios que formam figuras sempre diferentes e singulares. Este não é um ofício que se constitui exclusivamente pela teoria, mas principalmente pelo “fazer” pois a técnica instituída por mais sustentada que seja não se sobrepõe ao encontro. A “arte do encontro” é transmitida pelo ato de compartilhar e fortalecida pelas nossas próprias experiências, configurando uma rede que se desdobra ininterruptamente. Para finalizar resgato aqui uma outra estória, para além dos contos de fada, que foi contada no consultório, mas se passou no cenário da vida, constituindo-se no que pode ser a melhor definição de terapia que já ouvi e, peço licença para transpô-la como um esboço para definição de clínica (ainda que tenha dúvidas quanto a real possibilidade de defini-la) :

Final dos anos 90, chegando o novo século, atendia eu uma jovem estudante de publicidade que passava por algumas tormentas em seu relacionamento amoroso. Tomada por seu intenso conflito, esse parecia ser seu único tema de conversa, tanto na terapia quanto em seu convívio social. Um dia, ela chega ao consultório e inicia a sessão contando, com ar meio maroto, a conversa que havia tido com uma colega de estágio. Ao escutá-la falar, mais uma vez, acerca de seu namoro, a tal colega teria dito:

- *Você e a sua psicóloga não ficam “de saco cheio” de falar sempre desse mesmo assunto?*
- *Não, respondeu a jovem estudante, complementando - Cada vez que eu repito, parece igual mas não é a mesma*

amor verdadeiro. A versão mais conhecida é a dos Irmãos Grimm, publicada em 1812, na obra *Contos de Grimm, sob o título A Bela Adormecida.*

QUADROS, Laura – *Desafios da prática clínica na formação de psicólogos: revendo fronteiras e criando possibilidades.*

coisa.... Porque terapia não se faz no infinitivo; terapia se faz no gerúndio!

Assim, pensando nessas possibilidades que costuram esse texto, proponho uma redefinição de fronteiras que nos permitam mais flexibilidade. O desvio, a mobilidade, a indefinição, a continuidade, a inventividade, são formas de compreensão da clínica que transcendem o viés pedagógico, mas perpassam o aprendizado de uma prática que pode habitar o *não-lugar*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, Luis Antônio dos S., **A Fábrica de interiores: a formação psi em questão**. Niterói: EdUFF, 2000.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. **Clínica e Biopolítica na experiência contemporânea**. *Revista de psicologia clínica-Pós-Graduação e pesquisa*. Rio de Janeiro, v. 13, n.1, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios profissionais**. S. Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

DESPRET, Vinciene. **Leitura Etnopsicológica do segredo , Dossiê Despret**. *Revista Fractal de Psicologia*. Niterói, v. 23 n.1, jan./abr. 2011a.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **“Ser afetado”**. *Cadernos de Campo*. n. 13, 155-161, 2005.

FIORINI, Hector. **Teoria e técnicas psicoterápicas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.

GUARESCHI, Neuza; REIS, Carolina. **Possibilidades, limites e desafios dos Serviços de Psicologia: a avaliação psicológica e as teorias e técnicas psicoterápicas na formação do profissional de saúde**. In: ENCONTRO ESTADUAL DOS SERVIÇOS DE PSICOLOGIA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DE SANTA CATARINA ,1. Disponível em: <www.crpsc.org.br/publicacoes/dados/palestras> Acesso em: 11 maio 2010.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

QUADROS, Laura – *Desafios da prática clínica na formação de psicólogos: revendo fronteiras e criando possibilidades.*

JULIANO, Jean Clark. **A arte de restaurar histórias.** São Paulo: Summus, 1999.

LAW, J.; URRY, John. **Enacting the social.** *Economy and Society*. v.3, n.3, p. 390-410, 2005.

MAGALHÃES, M. *et al.* **Eu quero ajudar as pessoas: a escolha vocacional da psicologia.** *Psicologia, Ciência e Profissão*: Revista do CFP. Brasília, v. 21, n. 2, 2001.

MARCONI DA COSTA, Carlos. **Navegando mares tão diversos: a formação e o exercício profissionais do psicólogo no Brasil, Tese de doutorado em Psicologia Social** – Instituto de Psicologia, UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

PERLS, Fritz. **A abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ROCHA, Evelyn.(org). **Encontros/ Clarice Lispector.** Rio de Janeiro; Azougue, 2011.

SCHNEIDER, Daniel R., **Sartre e a psicologia clínica.** Florianópolis, ed. UFSC, 2011.

Endereço para correspondência

Laura Cristina de Toledo Quadros

E-mail: lauractq@gmail.com

Recebido em: 10/12/2012

Aprovado em: 24/12/2012