

Algumas notas acerca da consulta de psicologia clínica (*)

MÁRIO J. A. SANTOS (**)

Segundo José Pedro Machado, no *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*, a palavra consulta é um derivado regressivo de consultar, e o verbo consultar vem do latim *consultāre* que significa: «deliberar maduramente (ou) muitas vezes; ocupar-se incessantemente de; deliberar frequentemente; consultar, interrogar». Portanto, a consulta de psicologia clínica significa a deliberação de um psicólogo clínico sobre uma questão da área da psicologia clínica que lhe foi colocada por um paciente.

A faixa etária dos pacientes, sobre a qual incidirá este texto, está compreendida entre os 3 e os 13 anos. É importante referir este aspecto, pois tendo a consulta de psicologia clínica o mesmo objectivo final em qualquer idade, decorre, contudo, de modo diferente caso estejamos a falar de doentes bebés, de doentes da idade do período de latência, de doentes adolescentes, ou de doentes adultos.

Da minha experiência clínica no ex-C.S.M. I.J.L. e no Departamento de Pedopsiquiatria do

H.D.E., os motivos do pedido de consulta referem-se, predominantemente, às dificuldades de aprendizagem escolar. A explicação para esta predominância deve-se, na minha opinião, por um lado, ao investimento que habitualmente as famílias fazem na escolaridade dos filhos, como porta de entrada na futura vida profissional. Por outro, porque é na ida da criança para o jardim infantil e, principalmente, para a escola primária, mas também, no ingresso no liceu que se detectam desarmonias no desenvolvimento das crianças, que até aí não tinham sido assinaladas pela família, ou foi esperando que com a idade passasse, apoiadas, nesta última ideia, no parecer de alguém, incluindo alguns técnicos de saúde. O início da frequência do jardim infantil significa, nalguns casos, a “primeira saída de casa”, deixar o ninho protector, para ir para uma outra, onde, em cada sala etária, há uma educadora para várias crianças, e não uma só para ela. A passagem para a escola primária implica-lhe avanços no desenvolvimento psico-afectivo-relacional, pois, ainda que permaneça a estrutura de uma professora e um considerável número de alunos, o funcionamento lúdico, dominante do jardim infantil, vai dar lugar ao do trabalho escolar. A educadora e a professora primária representam para a criança substitutos maternos. Por sua vez, a entrada no liceu leva-a a lidar com maior dispersão: de alunos, professores, disciplinas, e até de salas de aula. Não querendo prolongar estes apontamentos

(*) Comunicação apresentada no Encontro de Outono, organizado pela Unidade de Psicologia do Hospital de Dona Estefânia (H.D.E.), Lisboa, 26 de Novembro de 2003.

(**) Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

iniciais, não poderei deixar de salientar que ao longo deste percurso de crescimento dois aspectos internos fundamentais, para o desenvolvimento mental da criança, vão ter de ser por ela elaborados: primeiro, a resolução do complexo de Édipo e a entrada no período de latência, e o segundo, o início da puberdade.

Repegando nos motivos do pedido de consulta, nos últimos tempos, têm aumentado quer as problemáticas referentes às patologias do agir, quer as violações sexuais, conjugando-se estes motivos com uma crescente disfuncionalidade das famílias.

É através do pedido de consulta que esta toma início. Aí reside um dos aspectos que diferencia a consulta da criança da do adulto, ou, até mesmo da do adolescente, pois que não é aquela que faz o pedido, mas são os pais, ou seus substitutos. Algumas vezes os pais trazem o filho à consulta cumprindo apenas indicação do seu professor: que levassem aquele a um psicólogo. A criança, modo geral, não tem consciência psicopatológica, tal como diz W. R. Bion: «as crianças, desde a tenra idade, se sentem ansiosas, mas não dispõem de linguagem pela qual expressá-la e não consideram que se sentirem ansiosas seja algo fora do comum», pois, se em relação ao seu próprio corpo ela verbaliza ao pai ou à mãe que lhe dói a perna, ou o ouvido, não o consegue fazer em relação à dor mental, a não ser inconscientemente por manifestações comportamentais ou somáticas, cuja significação e importância é-lhe atribuída pelo adulto, neste caso os pais.

Quando acolhemos em nós o pedido de consulta é essencial ter em conta quer o pedido manifesto, quer o pedido latente, por outras palavras, quando uma mãe – digo mãe porque, ainda que cada vez mais o pai esteja a participar nos cuidados a ter com os filhos, e neste caso na ida às consultas, é ainda muitas vezes aquela que vem com o filho, enquanto ele foi trabalhar. Este facto prende-se com aspectos culturais, económico-profissionais, mas também com a disponibilidade interna para cuidar e interessar-se pelo outro –, mas, retomando, quando uma mãe nos conta, por exemplo, que o filho está a ter dificuldades de aprendizagem escolar, porque não consegue estar atento às aulas, e, ou, não pára quieto, sendo este o motivo manifesto, existe também, regra geral, o latente, no qual ela, consciente ou inconscientemente, se interroga acerca da

sua possível contribuição para as dificuldades do filho, onde é que teria falhado na educação dele. Algumas mães, defendendo-se das ansiedades que essas questões lhe levantam, disparam para o outro lado: terá a ver com o facto de a família do meu marido ser muito nervosa? Ou então, culpabilizadas confessam que têm pouco tempo para os filhos. Naturalmente que, o que referi aqui em relação à mãe é semelhante para o pai. Esta atenção ao pedido manifesto e ao pedido latente é importante, já que estando a criança dependente a vários níveis dos pais, torna-se necessário entendermos os dois pedidos para podermos dar-lhes resposta.

O atendimento ao pedido de consulta passa pela observação da dinâmica do mundo interno da criança, pela análise da qualidade do desempenho da função materna e paterna dos pais – função das suas personalidades –, e das potencialidades dos outros meios que envolvem aquela, como a escola, a família alargada, e os amigos, as quais têm relevância para o desenvolvimento psico-afectivo-relacional dela.

Enquanto na consulta com o paciente adulto é com este e só com ele que conversamos, na consulta com a criança falamos em primeiro lugar com os pais, visto que são estes que trazem o filho, e, portanto, esperamos que nos digam o motivo ou os motivos da vinda à consulta. Neste ponto coloca-se uma questão técnica: será mais adequado receber os pais e o filho, num primeiro momento, ao mesmo tempo, ou em separado? O que eu penso é que ambos os modos têm vantagens e inconvenientes. Se recebermos todos em conjunto, os pais poderão sentir-se inibidos de abordarem determinados assuntos na presença do filho, mesmo alguns que lhe digam respeito, por outro lado, poderemos ver qual a reacção deste face a certas afirmações dos pais a ele referentes, o que nos colocaria na análise de como cada elemento da tríade sente e pensa o mesmo acontecimento. Se atendemos os pais primeiro e a criança depois, a situação inverte-se: aqueles estarão mais à vontade para expressarem as suas ideias, mas não podemos observar a interação do filho com esse contexto. Neste segundo modo de consulta é indispensável termos em conta o tempo que estamos com os pais, pois, durante esse período a criança, quase sempre, permanece sozinha na sala de espera; havendo situações, como a de crianças com grande instabilidade psicom-

tora, em que é necessário estarem acompanhadas por alguém do serviço. Uma outra maneira de se realizar a consulta é o psicólogo ocupar-se da observação da criança, enquanto outro psicólogo, ou outro técnico da equipa, fala com os pais – ou, ao contrário –, encontrando-se os técnicos no final para, em conjunto, analisarem as observações que realizaram em separado.

A consulta com os pais compõe-se de vários momentos: primeiro referente à situação actual do filho, a qual motivou a consulta, depois a história dele, e, terceiro a sua pré-história, ou a história dos pais. A condução da consulta é feita de modo livre no primeiro momento, e de modo semi-directivo nos outros dois.

Na minha perspectiva, a consulta não é um inquérito que se faz aos pais e à criança de modo a preencher um formulário para no final se atribuir um diagnóstico. Tendo por finalidade um diagnóstico, um prognóstico, e uma orientação terapêutica, ela é, desde logo, ocasião para avaliar das capacidades de leitura e de análise que os pais fazem dos acontecimentos presentes e passados que envolvam o filho, das atitudes que tomaram face a eles e o que daí resultou, o que nos fala, também, das capacidades da criança ser estimulada/estimular, ou não, no seu desenvolvimento, e das suas potencialidades para ele; ocasião para ajudar os pais e filho a tomarem consciência do seu sentir, e a pensarem sobre eles próprios – sobre as suas relações intra e interpessoais –. A título de exemplo, o caso de uma rapariga de 12 anos trazida à consulta pelo pai e pela mãe devido a andar triste e desinteressada da escola, e daqueles não saberem porquê. Pais que: a mãe era, segundo ela própria, maníaco-depressiva com alguns internamentos psiquiátricos, e o pai era um homem rígido, superegótico, egocêntrico, dizendo que sempre assim tinha sido e que não seria agora que se iria modificar. Ou seja, esta rapariga esteve frequentemente desamparada – valendo-lhe durante algum tempo a relação com o irmão, mais velho – face às suas angústias e pensamentos, e foi insuficientemente investida pela mãe e pelo pai com as consequências que daí derivam. Pais que não tinham tido a possibilidade deles próprios se pensarem, e que não puderam pensar a filha e não puderam pensar a dinâmica triangular. E foi tudo isto que logo ali se pôde começar a trabalhar, levando os pais a reflectir sobre estas dinâmicas afectivo-relacionais.

No fundo, a fomentar as suas capacidades maternais e paternais, à semelhança do que os pais fazem perante o choro do seu bebé, colocando hipóteses acerca do seu possível significado, seguidas de confirmação, ou infirmação, de modo a poderem dar resposta adequada às necessidades do bebé naquele momento. Outro exemplo, o caso de uma avó paterna que vive com a neta de 6 anos de idade, e que a traz à consulta por suspeita de violação sexual. Durante a investigação clínica é referida a existência de um meio irmão desta rapariga, com 2 anos de idade, a viver com os pais. Esse menino fica a dormir sozinho, em casa dos pais, desde as 6 horas da madrugada, altura em que os pais saem para o trabalho, até às 8 horas 30 minutos, momento em que a avó o vai buscar. Para esta, e para os pais, segundo ela, não lhes ocorreu que daí pudesse advir qualquer situação de risco para ele. A avó foi, inicialmente, desvalorizando os possíveis riscos à medida que eu a ia alertando para eles.

Decorre desta perspectiva realçar a importância da prática da consulta terapêutica dentro da consulta de diagnóstico.

Com os pais, quando pesquisamos os antecedentes pessoais da criança – a sua história –, percorremos com eles as várias e diversificadas etapas do desenvolvimento, desde a gravidez até à situação actual. Nesse percurso notamos a maneira como eles falam do filho, como o descrevem, e o que sabem acerca dele. Nessa pesquisa interessamo-nos pelo modo como decorreu a gravidez, parto, alimentação, sono, marcha, fala, controlo esfíncteriano, percurso escolar, e outras situações relevantes para o entendimento do caso, assim como, pelo relacionamento que os pais e a criança tiveram entre si, quer no fantasiar o bebé, por parte daqueles, antes da concepção, quer nos encontros corporais e mentais dos primeiros meses de vida, quer na socialização alargada a outros elementos da família, e nos trajectos socio-escolares. Como psicólogo clínico interessa-me fundamentalmente a dinâmica afectivo-relacional-cognitiva desses momentos, por exemplo: saber se os tempos da amamentação foram aproveitados pela mãe, também, para se relacionar com o seu bebé, enriquecendo-se ambos com essa relação, ou se foram apenas actos funcionais e de que modo se efectuaram. O amamentar, à semelhança dos outros cenários do desenvolvimento, abre um amplo leque de possí-

veis hipóteses: mães que fazem da amamentação um acto relacional, ainda que este possa ser realizado de modo ansioso, intrusivo, depressivo, maníaco, fóbico; mães que fazem da amamentação um acto funcional, podem pretender que, segundo a sua personalidade, o bebé coma demais ou de menos do que o necessário, interpor entre eles uma revista ou livro que lêem, ou até, deixem o bebé sozinho com o seu biberon, e muitas outras situações. Tomando cada uma delas como um fio, vamos fio a fio podendo tecer tramas de significados que, no final da consulta(s), nos possibilitarão ter um entendimento diagnóstico.

Várias áreas da saúde mental não são da competência do psicólogo clínico, contudo, é importante estar atento às perturbações do desenvolvimento não explicáveis apenas pela psicologia clínica, ou inexplicáveis de todo por aí, de modo a não deixar, por incompetência, áreas, que necessitam de compreensão e ajuda não psicológica, por analisar. Daí, pelo multifacetado das situações problema, a necessidade de cooperação estreita entre técnicos de formação básica distinta, como educadores, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, terapeutas da fala, professores, entre outros, para além dos psicólogos, podendo, assim, as problemáticas serem pensadas multidisciplinarmente, completando-se mutuamente em termos de diagnóstico e terapêutica. Como exemplo desse olhar para além da nossa especificidade, um dia estava a aplicar testes psicológicos a um rapaz, quando me apercebi que ele teria tido, por uma fracção de segundos, uma ausência. Nessa altura era estagiário profissional de psicologia e dirigi-me primeiro à psicóloga que orientava o meu estágio, e de seguida à Dr^a Dora Bethencourt, médica especialista em epilepsia. Talvez por insuficiente clareza na transmissão de dados do ocorrido, quer uma quer outra não o consideraram relevante, mas não deixaram de me prestar atenção. Valeu-me a convicção interna do que tinha observado. Na verdade, depois de o rapaz ter sido examinado pela Dr^a Dora concluiu-se que tinha uma epilepsia. Resultou daí e das conclusões da observação psicológica, o seu seguimento medicamentoso, e psicoterapêutico.

Os antecedentes familiares, ou a pré-história da criança, são essenciais para que possamos ter uma visão do homem e da mulher que estão na base do casal, do pai e da mãe. Do homem e da

mulher, outrora crianças com “pais”, possuidoras de um percurso de vida. Esses dados ajudam-nos a entender o relacionamento triangular, nas suas vertentes ascendentes e descendentes.

Na relação triangular é fundamental termos consciente que as perturbações pessoais de qualquer um dos vértices do triângulo – pai-mãe-filho – irá perturbar não só a sua relação directa com os outros dois vértices, como a relação entre estes. É necessário, ao mesmo tempo, saber das capacidades que cada um deles tem para alterar as relações que estabelecem entre si. Por exemplo, se pensarmos em pais deprimidos com propensão a isolar-se, caso o filho também o seja, a tendência será cada um deles ficar no seu canto; mas se a criança é activa e vai ao encontro dos pais, várias coisas poderão acontecer: uma reacção agressiva do pai, e, ou da mãe para com ela, por estar a solicitar o que não têm para dar, por carência, ou, entendem as necessidades dela e buscam ultrapassar as suas, disponibilizando-se para a ajudar. Mas, quem diz criança, diz pai, ou mãe: uma mãe muito ansiosa pode ser ajudada, complementada, por um pai mais tranquilo, e vice-versa.

Há que ter em conta a qualidade e a quantidade de terreno fértil disponível, mas também as potencialidades da semente, ou seja, há que analisar os potenciais cognitivos, emocionais, relacionais, diferentes de criança para criança, e as disponibilidades e capacidades para a função materna e paterna, embriões e suportes estimulativos do desenvolvimento mental do filho. Os limites de expansão da personalidade da criança estão dependentes das suas potencialidades: um génio científico não surgirá de uma criança com um potencial de baixo nível intelectual, à semelhança de um atleta de alta competição que não emergirá de uma criança fisicamente canhestra. Claro que, um meio ambiente frustre de recursos, propícios ao desenvolvimento, impossibilitará a criança de utilizar plenamente todas as suas potencialidades.

Na observação da criança, interessa-me tanto o que me transmite via linguagem verbal, como o por via da linguagem não verbal, tanto o que nela é consciente, como inconsciente. Este trabalho é feito na relação, e em função dela, entre o psicólogo clínico e a criança, podendo ser directa, sem qualquer intermediário físico entre os dois, ou utilizando o desenho, e o brincar. A fi-

nalidade em qualquer dessas situações é observar, anotar, e investigar o funcionamento mental da criança, através das várias manifestações externas que ele vai produzindo na relação, no aqui e agora, com o psicólogo.

O tema da aplicação de testes psicológicos sai fora do âmbito desta comunicação, merecendo, por si só um artigo próprio. No entanto, referirei que a utilização criteriosa dos testes é indispensável, sempre que das consultas resultem dúvidas acerca das potencialidades ou do funcionamento mental da criança, tentando-se assim esclarecer as questões levantadas.

Quando vou à sala de espera chamar os pais e o filho a primeira coisa que observo é a sua exterioridade: o modo como vêm vestidos e cuidados, se são de estatura alta ou baixa, obesos ou magros, se há ou não vigilância e atenção dos pais sobre aquele, se ele está tranquilo ou agitado, se se separam bem ou há dificuldade.

No gabinete analiso a relação que se estabelece, entre o psicólogo e a criança, e como vai evoluindo; se esta está ansiosa, tranquila, inibida, maníaca; a sua mímica e postura; a linguagem, forma do discurso, e organização do pensamento; existência de movimentos afectuosos ou hostis.

Interesso-me por saber, na opinião dela, qual o motivo ou motivos que a trouxeram à consulta. Este aspecto pode-nos dar um primeiro sinal de sintonia, ou discordância, da criança com os pais, da espontaneidade, ou inibição, como fala de si, e da sua capacidade de *insight*. Inteiro-me das ideias acerca dela mesma, do pai, mãe, dinâmica familiar, e acontecimentos do seu cenário diário; quais os interesses, actividades, projectos, sonhos – diurnos e nocturnos –, e medos; como é que realiza os projectos face aos seus próprios meios, e aos que lhe são fornecidos pelo ambiente familiar; se a família é vista como alheada dos sonhos dela, adequada, ou superprotectora, e, como é que se organiza e lida com essas situações. Pesquiso se predomina no seu funcionamento mental o processo primário ou o secundário, que tipo de ansiedades surgem e que defesas utiliza, se contém as ansiedades e pensa os seus pensamentos ou necessita de um contentor externo para eles; qual o tipo de relação de objecto que estabelece comigo, e em que fase do desenvolvimento libidinal se encontra. A leitura destes dados ajuda-me a concluir pela existência, ou in-

xistência, de psicopatologia. Ao longo deste processo é essencial o psicólogo clínico ter presente sem o ter todo o desenvolvimento normal da criança, de modo a poder orientar a sua investigação.

Ainda que, não estejamos a falar de processos psicoterapêuticos, não poderemos descurar o surgimento de projecções e movimentos transferenciais realizados pelos pais, e filho, sobre o psicólogo, bem como movimentos contratransferenciais deste para aqueles. Estes, e outros aspectos do funcionamento da mente, deixam-nos conscientes de que nenhuma observação está isenta da intervenção e da interferência da mente do observador sobre aquilo que observa.

O diagnóstico, o prognóstico, e a orientação terapêutica serão formulados logo que tenhamos reunido os dados suficientes para tal. O diagnóstico e o prognóstico baseiam-se no entendimento que fazemos do caso, segundo a corrente teórica que orientou o psicólogo na condução da sua investigação durante a consulta.

Baseado no diagnóstico, no prognóstico, e nas disponibilidades terapêuticas é dado a orientação terapêutica. Nuns casos tratar-se-á de simples intervenções junto dos pais, noutros de intervenções longas e profundas com as crianças. Nuns passará pelo trabalho de um só técnico, noutros de dois ou mais. Nuns as terapias serão realizadas unicamente no próprio serviço, noutros só no exterior, e noutros ainda complementarmente dentro e fora. Como se costuma dizer: cada caso é um caso, mas em todos eles, dada a situação dependente da criança, é fundamental que os pais estejam disponíveis para colaborarem nos processos terapêuticos.

A capacidade para realizar a consulta de psicologia clínica é algo que não se apreende apenas nos livros e junto dos “mestres”, mas, a sua essência enriquecedora – como em qualquer processo dinâmico, evolutivo, e criativo –, advém do próprio psicólogo clínico, da sua disponibilidade para pensar, para dar sentido(s) às vivências e aos pensamentos que em si vão brotando das múltiplas experiências proporcionadas por cada uma das consultas que vai efectuando na sua caminhada clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bion, W. R. (1975). *Conferências Brasileiras. 1 – São Paulo/1973*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- Machado, J. P. (1990). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Lisboa: Livros Horizonte.

RESUMO

Partindo do conceito de consulta de psicologia clínica, o autor aborda a experiência de realizá-la, com pacientes de idades compreendidas entre os 3 e os 13 anos, ao longo de quase duas décadas de trabalho, primeiro, no C.S.M.I.J.L. e, depois, no H.D.E..

Esse trabalho clínico tem sido realizado numa perspectiva teórico-prática de orientação psicanalítica. A análise da relação, que se estabelece, entre o psicólogo clínico e a criança, e os pais, é fundamental. No enfoque afectivo-cognitivo-relacional é interpretado quer a vida actual, quer a passada, quer os projectos futuros da criança, enquadrados no contexto familiar, e outros, dos quais depende o desenvolvimento global dela.

Da existência, regular, de dinâmicas familiares desadequadas às necessidades dos filhos, o autor realiza consulta terapêutica, com os pais, para fomentar, quan-

titativa e qualitativamente, o desempenho da função materna e paterna destes.

Palavras-chave: Consulta de psicologia clínica, pedido de consulta, consulta terapêutica, competências da criança, função materna e paterna, relação triangular.

ABSTRACT

The author approaches the concept of clinical psychology consult with patients between three and thirteen years old. Two decades of work at first in the C.S.M.I.J.L. and later at H.D.E..

Clinical work has been made from psicanalitical theory and practice. Relationships analysis from the psychologist, the child and the parents is fundamental. The affective-cognitive-relational focus is seen from present life and past one, from future projects of the child, the family context and others from which depends global development.

The author makes therapeutic consults with the parents to increase the adequacy of parental functions.

Key words: Clinical psychology consult, consult request, therapeutic consult, child skills, maternal and paternal functions, triangular relationship.