

ACONSELHA- MENTO E CLÍNICA EM PSICOLOGIA

Victor Moita

Coordenador da Área de Psicologia Clínica e do Aconselhamento

Convergências e divergências de saberes e práticas

A psicologia clínica e a psicologia do aconselhamento (*counselling*) são duas áreas ou domínios de prática – e, naturalmente, também de formação e investigação – em psicologia.

Não deixa de ser controversa a sua integração numa única área de formação sob a designação de *Psicologia Clínica e do Aconselhamento*, como acontece no plano de estudos da licenciatura em psicologia da ULHT.

Uma reflexão sobre as tensões criadas entre estas duas modalidades de aplicação da psicologia serve aqui de pretexto para revisitarmos a(s) teoria(s) da(s) prática(s) clínica(s) em psicologia, com o objectivo de refrescarmos a conceptualização de saberes e práticas e contribuirmos assim para ampliar a convergência interdisciplinar imprescindível à abordagem da complexidade inerente às intervenções dos profissionais da ajuda (psicológica) humana.

Independentemente de estarmos de acordo ou não quanto ao facto de, nesta circunstância, estarmos a tratar de uma ou de duas psicologias, aceitaremos facilmente que a prática clínica e a prática do aconselhamento se cruzam, sem dúvida alguma, nas intervenções profissionais da ajuda psicológica humana.

Citando uma metáfora de POWELL (1996), poderemos afirmar que a psicologia clínica e a psicologia do aconselhamento são dois ramos de uma mesma disciplina – a psicologia – podendo ser vistas como um *vestido inteiro sem costura*, integrando a aplicação dos saberes ou conhecimentos da mesma disciplina científica, com o objectivo de ajudar a manter e a promover a saúde (física e mental) das pessoas, individualmente ou em grupo, e de gerar bem-estar psicológico.

Esta posição exprime, no entanto, mais um ponto de chegada – consolidado nos últimos cinquenta anos de história da psicologia ocidental – e menos um ponto de partida e percurso histórico que reservam para a psicologia, em geral, e para a psicologia clínica, em particular, uma relevância maior, quer pela sua consistência científica (epistemo-metodológica), quer por uma mais clara delimitação dos campos de intervenção e descrição dos procedimentos (metodologias e técnicas) subjacentes às práticas, nas áreas da ajuda humana de base científica e técnica, historicamente dominadas pela ajuda ao doente prestada, primeiro pelos *físicos* e, posteriormente, pelos médicos.

Foi preciso esperar por meados do século XVIII e princípios do século XIX, para surgirem as ideias revolucionárias e libertadoras de Pierre Cabanis (1757-1808) e de Philippe Pinel (1745-1826), entre outros, para que despertassem na sociedade, nomeadamente no meio médico, as primeiras dúvidas acerca da explicação metafísica e religiosa da doença ou, em alternativa, da sua exclusiva organicidade, e com isso, as bases de uma medicina que, embora de cariz científico, se tornou humanista e que viria a diversificar o recurso a outras explicações e a outras práticas da ajuda humana.

Neste contexto, os homens da cultura e da ciência, em geral, e os médicos, em particular, começaram a valorizar os factores sociais e psicológicos da doença e mesmo a alargar este conceito.

Durante todo o século XIX, criam-se condições para a emergência e desenvolvimento da psiquiatria, enquanto ciência médica da mente e das suas perturbações, e da psicologia – inicialmente, depois de se libertar das ideias metafísicas, também considerada, na linha positivista, uma espécie de ciência física do espírito¹ – cuja consagração como disciplina universitária só surge nos finais do século XIX.

A este propósito recordemos que se destacou na Alemanha W. Wundt (1832-1920), fisiologista que cria em Leipzig (1879) o Instituto de Psicologia, onde estudaram eminentes psicólogos americanos e europeus, como Stanley Hall, Cattell e Spearman, para citar apenas alguns.

Em França, destaca-se Théodule Ribot (1839-1916), filósofo neopositivista que lecciona o primeiro curso de psicologia experimental na Sorbonne (1885) e, mais tarde dirige a cadeira de psicologia experimental e comparada no Collège de France (1889). Sucede-lhe, nesta cadeira, Pierre Janet (1859-1947) que, desde 1896, era igualmente professor na Sorbonne. Pierre Janet, médico especialista em psicopatologia, trabalhou na Salpêtrière com Charcot que, em 1890 o encarrega de dirigir o Laboratório de Psicologia do referido hospital.

Nos Estados Unidos da América do Norte, Stanley Hall (1844-1924), médico, discípulo de William James (1842-1910) e de Wundt, cria na Universidade de John Hopkins (Baltimore), em 1883, o primeiro laboratório americano de psicologia. Em 1887, funda a primeira revista americana de psicologia (*American Journal of Psychology*). Em 1892, é um dos fundadores da *American Psychological Association* (APA) (Fraisie, 1967)

É sabido que o reconhecimento da psicologia como ciência e como disciplina universitária não se fez sem a existência de numerosas tensões e conflitualidades entre posições metafísicas e posições positivistas, entre o naturalismo e o humanismo, entre o empirismo experimentalista e atomista e a clínica-globalizante e unitária.

Em Portugal, também estas conflitualidades se fizeram e fazem sentir, quer como resultante do percurso histórico da implantação da psicologia no nosso país – idêntico ao que se passou no mundo ocidental (Moita, 1998) – quer pela manutenção, dentro da própria psicologia (psicólogos e instituições) de diferentes opções teóricas e diferentes escolhas de aplicabilidade do(s) saber(es) psicológico(s).

De entre estas conflitualidades as menores serão, seguramente, as que eventualmente existam entre psicologia clínica e psicologia do aconselhamento, o mesmo não sucedendo às tensões existentes entre a psicologia (geral?) e os seus diferentes ramos de aplicação (escolas, modelos teóricos, domínios de aplicabilidade e práticas) e entre as diferentes

psicologias. Ao contrário do que acontece com a psicologia do aconselhamento – de autonomização muito recente –, a psicologia clínica tem estado, ao longo da história da psicologia, e continua a estar no centro de variadíssimas polémicas, antagonismos, tensões, conflitualidades.

Procurando contribuir para uma reflexão crítica acerca das convergências e divergências entre a psicologia clínica e a psicologia do aconselhamento, opto, pelas razões já atrás invocadas, por centrar a minha análise na natureza e limites da psicologia clínica enquanto saber científico e enquanto prática profissional, esperando que, por arrastamento, se chegue a alguma conclusão relevante quanto às relações entre aconselhamento e clínica em psicologia.

Com este objectivo – sem procurar ser exaustivo, dada a natureza e os limites deste texto – apresentarei uma listagem de enunciados que se articulam à volta de algumas dessas conflitualidades, tecendo alguns comentários a seu respeito.

Psicologia ou psicologia(s) clínica(s)

A psicologia clínica surge como um ramo da psicologia definido mais pelo(s) domínio(s) da sua aplicabilidade pragmaticamente delimitado(s), do que pela sua legitimidade científico-epistemológica.

De um ponto de vista histórico, é certo que, tanto a psicologia em geral, como os seus diferentes ramos, incluindo a psicologia clínica, começaram por ser explicações mais ou menos circunstanciais, ou meras compreensibilidades ligadas à tentativa de solução de problemas concretos, ou à curiosidade das pessoas (nomeadamente dos curiosos, filósofos, cientistas, universitários e práticos) utilizando os modelos teórico-conceituais e as metodologias dominantes ou disponíveis na época em que as correspondentes questões são equacionadas. A este respeito, penso que ainda está por fazer uma verdadeira história das ideias e dos conceitos em psicologia!

Mas hoje em dia é inquestionável que a psicologia se assume como uma ciência autónoma, com um corpo teórico próprio, epistemológica e metodologicamente justificado e com aplicabilidades específicas validadas pela sua real eficácia na solução dos problemas concretos que lhe são colocados.

Também a psicologia clínica é, antes de mais, uma psicologia, e neste sentido começa por ter uma justificação teórico-científica idêntica, recorrendo ao mesmo paradigma ou paradigmas epistemológicos fundamentais que definem a relação sujeito-objecto do conhecimento, podendo utilizar – escolhendo de entre um leque de opções científica e epistemicamente definido e delimitado – as mesmas metodologias e as mesmas técnicas de recolha e tratamento de dados; respeitando – embora podendo igualmente escolher entre um leque científica e epistemicamente definido e delimitado – um conjunto de procedimentos na explicitação e aplicação dos resultados.

¹ Expressão de Miguel Bombarda. Ver Moita, 1998.

Se há uma ou várias psicologias em função dos modelos teóricos e metodologias de referência e dos domínios de aplicação, é uma questão que terá a mesma resposta de há 50 anos! Este é um debate que nasceu com a psicologia e que, nos nossos dias, não avançou grandemente em relação às formulações feitas por Daniel Lagache (1978) no seu célebre texto, publicado pela primeira vez em 1949, sob o título "A unidade da psicologia", para onde remeto os leitores interessados.

Extrapolando uma afirmação de Lagache² feita expressamente a propósito do *conflito entre os experimentalistas e os clínicos*, faço minhas as suas palavras, aplicando-as, no entanto, à generalidade dos conflitos resultantes das opções feitas pelos diversos psicólogos quanto aos modelos teóricos e práticas.

De facto, estes conflitos são inevitáveis! "*Desde o fim do século XIX, a psicologia cindiu-se em várias disciplinas. Os psicólogos, diferentes pela sua formação e pelos seus interesses, desconfiaram uns dos outros e sobretudo ignoraram-se. Mas se retirarmos ao conflito as rivalidades entre pessoas e as inimizades entre as escolas, não se descobre nenhum facto real que se possa invocar a favor de uma incompatibilidade radical*" (Lagache, 1978, p. 66).

Assim, deixando de lado fundamentalismos estéreis, podemos aceitar que na base da(s) psicologia(s) clínica(s) está uma só psicologia definida como ciência da conduta, sendo esta considerada, na sua grande complexidade, pelo lado daquelas das suas múltiplas dimensões que a tornam irredutível às *configurações físicas* (Lagache, 1978).

Explicitando um pouco mais, a psicologia clínica fundamenta-se numa ciência (a psicologia) – corpo de conhecimentos epistemicamente construído, organizado, justificado e replicável – que tem por objecto (epistémico) a conduta que, embora não podendo explicitar-se sem recurso ao físico (e ao biológico), se transcreve epistemologicamente em termos simbólicos (dimensão sócio-comunicacional) e imaginários (dimensão cognitivo-individual).

Nestas circunstâncias, não será difícil aceitarmos a existência legítima de tantas psicologias clínicas – a psicologia (clínica) do aconselhamento será apenas mais uma! – quantas as possibilidades de combinação, epistemologicamente justificadas, das teorias dos métodos/técnicas, dos objectos e dos domínios aceites pela psicologia enquanto ciência. Bastará que a combinatória teórico-metodológica que está na base das novas psicologias (clínicas) resista à crítica epistemológica que legitima cientificamente a psicologia.

Será importante aceitarmos que o espaço semântico do termo *científico* não se esgota no conhecimento *empírico* e/ou *experimental*.³ E também não será irrelevante que se salvguarde a aplicabilidade da referida combinatória teórico-metodológica a domínios de aplicação que se possam descrever em termos de conduta/comportamento con-

siderado nas suas dimensões irredutíveis ao físico-biológico – característica inalienável do objecto epistémico específico da psicologia *científica*, como já foi referido.

Poderemos considerar, então, a existência de muitas psicologias, umas historicamente mais estabelecidas, outras mais recentes, com consistências teórico científicas diversas a avaliar em função da crítica epistemológica. É assim que falamos de uma psicologia (clínica) do desenvolvimento, de uma psicologia (clínica) experimental, de uma psicologia social (clínica), de uma psicologia (clínica) da saúde, de uma psicologia (clínica) da aprendizagem e da educação, de uma psicologia (clínica) comportamental, de uma psicologia (clínica) do aconselhamento, etc.

Método clínico versus método experimental: conflitualidade entre a experimentação e o estudo de caso

A conflitualidade entre a psicologia clínica e a psicologia experimental é uma das mais antigas e persistentes, tendo por base um conjunto de mal-entendidos que convirá explicitar.

Um dos mal-entendidos tem a ver com a persistente confusão entre saber(es) ou conhecimento(s), génese e modalidades de construção do(s) saber(es) e metodologias aplicáveis às diferentes modalidades de construção do(s) saber(es).

O esclarecimento destas confusões passará seguramente por uma reflexão gnoseológica (teoria geral do conhecimento), antecedendo uma reflexão epistemológica (teoria geral do conhecimento científico) para chegarmos finalmente ao esclarecimento da conflitualidade enunciada, através de uma reflexão epistemológica aplicada – isto é, específica – à psicologia.

Se seguirmos passo a passo este percurso, descobriremos rapidamente que, quando falamos de métodos – nomeadamente do experimental e do clínico –, estamos a falar de procedimentos específicos – com regras e objectivos próprios, definidos pela epistemologia – que limitam, condicionam a recolha, o tratamento de dados, a explicitação e aplicação dos resultados, com o objectivo de construirmos um determinado tipo de saber aplicável à compreensão de determinada realidade, a determinado nível.

Com isto quero dizer que, na sua utilização específica (epistémica), cada método tem o seu lugar na construção de um saber também específico, aplicável apenas a uma parte da realidade. A este nível, cada método é necessariamente diferente de cada um dos outros. Poderemos então falar de um conhecimento experimental (resultante da utilização da metodologia experimental), diferente do conhecimento clínico (resultante da utilização da metodologia clínica) em psicologia. Mas diferença só significará conflitualidade ou contradição – ao contrário da complementaridade desejável – se os métodos forem utilizados de forma desadequada.

² Obra citada.

³ Uma das conflitualidades ou tensões que abordaremos mais à frente.

Não fará, portanto, sentido, em psicologia, a redução do conhecimento científico ao conhecimento resultante da utilização do *método experimental*, passando este a designar-se por *método científico*.

Será mais adequado falar de conhecimento científico para nos referirmos ao conjunto dos saberes resultantes da aplicação integrada e epistemologicamente justificada do conjunto dos métodos consagrados pela prática da investigação

A este respeito, Lagache insiste, por exemplo, no facto de que o psicólogo experimentalista e o clínico funcionarão de dois modos diferentes para atingirem o mesmo objectivo: "*controlar as condições da conduta, o primeiro pondo fora de jogo o conjunto das condições e manipulando uma 'variável independente'; o segundo reconstituindo o conjunto das condições. E concebe-se que a primeira atitude possa conduzir a uma psicologia de tendência atomista ou 'molecular', a segunda a uma psicologia totalizante ou 'molar'; uma a relações universais, e neste sentido intemporais, a outra à história de um caso*" (Lagache, 1978, p. 37).

Ao dissecar a conduta nas suas componentes mais simples, para lhe descobrir as relações de causalidade linear, o método experimental objectiva as leis que regem o comportamento, descobrindo-lhe as regularidades.

Complementarmente, ao manter a unidade da conduta, para lhe descobrir as relações significante-significado, o método clínico preserva a possibilidade de estudar o sentido, recuperando o sujeito, a subjectividade e os processos de construção de identidade-identificação, descobrindo-lhe a originalidade.

Sem minimizarmos a relevância de outros métodos consagrados na investigação em psicologia – como, por exemplo, o método genético – devemos salientar a existência de uma grande complementaridade na utilização dos métodos clínico e experimental. Frequentemente é através do método clínico que se identificam temas relevantes de pesquisa a desenvolver através da experimentação. Por outro lado, há muitos resultados da psicologia experimental que acabam por ser aprofundados através do método clínico.

Psicologia clínica, psicologia médica ou psicologia da saúde?

Como já foi referido, a implantação da psicologia como ciência autónoma universitária, nos finais do século XIX, segundo o *espírito do tempo*, está muito ligada ao modelo empirista e experimental, não só da biofisiologia, mas também da medicina, nomeadamente da psiquiatria, quer nas suas vertentes teóricas e de investigação, quer nas suas vertentes práticas.

É na sequência da associação da psicologia à psiquiatria e da aplicação do saber psicológico à compreensão da perturbação mental que surge, já em pleno século XX, a psicologia clínica, oficialmente reconhe-

cida como ramo autónomo da Psicologia pela American Psychological Association (APA) com a criação, em 1919, da respectiva secção.

A psicologia clínica começa por confundir-se com a psicologia médica, por uma dupla razão histórica. Por um lado, pela colagem epistemo-metodológica, de configuração positivista e experimental, que os fundadores da psicologia fizeram em relação à biofisiologia e à medicina psiquiátrica, no processo de consolidação da nova disciplina como ciência autónoma.

Por outro, pela colagem às práticas emergentes de clínica médica e de psiquiatria clínica que – complementarmente ou em oposição – recuperaram o tradicional método clínico de abordagem directa e individualizada do doente (mental).

Cruzam-se assim, na definição de psicologia clínica como área autónoma do saber, duas linhas de conflitualidade. Por um lado a referência epistemológica ao modelo biomédico de explicação científica, forjado na abordagem positivista dos fenómenos biofisiológicos (orgânicos) e aplicado aos fenómenos comportamentais, independentemente da sua transcrição orgânica ou não. Por outro, a referência à clínica médica como paradigma de intervenção e definição dos domínios da sua aplicabilidade.

De facto, o que ficou para os nossos dias, destas dimensões semânticas primitivas associadas à *clínica* e à *medicina* foi, de um ponto de vista terapêutico, o paradigma da abordagem químico-medicamentosa da pessoa doente, isto é, num estado de dependência, independentemente da natureza – orgânica ou outra! – da doença.

No ponto de vista da avaliação e da compreensibilidade do doente, antecedendo a tomada de decisão e intervenção terapêuticas, fica-nos a referência a uma metodologia de diagnóstico baseada numa abordagem directa do sujeito, que permitia uma relação individualizada necessária à identificação dos factores singulares, circunstanciais que provocavam a doença.

A equivalência (confusão?) entre os termos *clínico* e *médico*, não apenas na linguagem comum, mas também na linguagem dos especialistas e técnicos de saúde, embora esteja progressivamente a desaparecer, não deixa de dificultar a compreensibilidade das expressões *psicologia clínica* ou *clínica psicológica* quer quanto ao seu âmbito científico, quer quanto à sua aplicabilidade.

De um ponto de vista histórico, a prática clínica e a prática médica, embora referindo-se a realidades diferentes, têm em comum a incidência no *tratamento de doentes*: a administração de medicina⁴ (veneno ou remédio) à pessoa doente isto é, deitada ou reclinada (klunikos)⁵ numa cama (klinê)⁶.

Tradicionalmente, a clínica e a medicina referem-se à prática de uma intervenção através do medicamento ou veneno, administrado de

⁴ Do latim.: *medicina* = veneno, remédio.

⁵ Termo grego.

⁶ Termo grego.

forma controlada para ajudar ou tratar uma pessoa deitada numa cama, isto é, doente!

Se, de um ponto de vista histórico, se justificaria que a prática da clínica se reservasse aos especialistas da ajuda médica individual, isto é, aos especialistas da utilização do medicamento na ajuda/tratamento da pessoa fisicamente doente, já a ampliação da noção de doença e a diversificação das situações de em que se justifica o procedimento clínico, como método individualizado e directo de prestar ajuda, valorizando os factores originais e singulares da situação concreta – independentemente de se estar perante uma situação de doença orgânica ou não – justificam uma clara separação semântica entre os termos *clínico* e *médico*. A legitimidade das expressões *psicologia clínica* e *clínica* psicológica resulta, por um lado da utilização de procedimentos individualizados e directos na prestação de cuidados alguém que precisa de ajuda especializada – neste caso na área de aplicação da psicologia –; resulta, por outro, da referência a uma área do saber e do saber-fazer que se constrói com base numa metodologia epistemologicamente justificada: a metodologia clínica.

A consolidação da psicologia clínica, como ciência e como prática, seguiu, como já referimos, o percurso da psicologia e de ciências afins, e foi sendo também progressivamente determinada – como acontece em outras áreas – pelos pedidos sociais que especificamente lhe foram sendo dirigidos.

Como sabemos as aplicações tradicionais da psicologia, reportam-se aos pedidos de intervenção dos psicólogos em instituições de saúde, nomeadamente nas instituições de saúde mental ou que com elas se cruzaram.

Foi este o caso, por um lado, das instituições ligadas às aplicações da psicologia a situações educacionais especiais (psicologia aplicada à deficiência e à reabilitação) e, por outro, das instituições ligadas à administração da justiça (criminologia clínica, apoio à reinserção social).

Este pedido social foi sendo progressivamente ampliado e diversificado. Sensivelmente a partir da década de setenta, por influência dos avanços teóricos e da consistência de intervenções e de práticas cada vez mais específicas no âmbito das ciências médicas e psicológicas (psicobiologia, psicofarmacologia, neurocirurgia e neuropsicologia, medicina psicossomática e comportamental, psicologia ecológica, ambiental e comunitária, etc.) as áreas tradicionalmente privilegiadas de intervenção da psicologia e do psicólogo clínico foram-se deslocando para as questões da promoção e manutenção da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e dos doentes em particular.

Sem deixar de responder às necessidades individuais de tratamento e de reabilitação em situações de doença e de sofrimento (físico e mental), a psicologia clínica centra-se, modernamente e de forma preferencial, nas questões da prevenção e educação para a saúde.

Em qualquer circunstância, independentemente de uma adequação à modernidade do pedido social e sem deixar de se referir e fundamen-

tar nas ciências psicológicas e em todos os seus saberes e métodos específicos, a psicologia clínica mantém a sua especificidade e continua a fazer a diferença em relação às outras áreas da psicologia, reportando-se, de um ponto de vista científico e epistemológico, ao método clínico.

Psicologia clínica: algumas tensões que fazem a diferença

A metodologia clínica, enquanto discurso e percurso do *saber* e do *saber-fazer* científicos elege o *estudo de caso* e a *pesquisa intensiva de dados sobre o mesmo sujeito*, como paradigma preferencial da sua reflexão teórica e da intervenção prática, embora integrando naturalmente a(s) teoria(s) e a(s) prática(s) da Psicologia Genética e do Desenvolvimento, das Psicologias Dinâmicas e da Personalidade (Psicologia da Gestalt, Psicologia Psicanalítica e Psicologia de Campo de Lewin) e da Psicologia Behaviorista nas suas vertentes comportamental e cognitivista.

Sem descurar os factores ligados à necessária contextualização social e comunitária, tão valorizadas nas suas formulações teóricas e nos modelos de intervenção nas áreas do comportamento e desenvolvimento humanos, a psicologia clínica elege como objecto epistémico e como destinatário da sua intervenção o(s) sujeito(s) humano(s) considerados na sua individualidade e originalidade/singularidade, e ainda numa perspectiva holística de funcionamento.

Nesta perspectiva recorre preferentemente aos modelos de explicação e de compreensibilidade teorizados e operacionalizados pelas ciências da linguagem e da comunicação. A interacção clínica é descrita em termos comunicacionais e o paradigma da relação significativo-significado é utilizado como organizador e analisador teórico – consoante as circunstâncias – na construção da teoria explicativa ou de compreensibilidade, e na recolha, análise, tratamento de dados (avaliação, diagnóstico processual e tomada de decisão) e ainda na elaboração do projecto de intervenção e sua execução (aconselhamento, consulta psicoterapêutica e psicoterapia)

Estas opções teórico-metodológicas tem consequências muito visíveis a diferentes níveis, alterando algumas das atitudes e das práticas tradicionais dos psicólogos.

Desde logo na abordagem das relações entre os factores psicológicos, orgânicos e sócio-ambientais que se expressam através dos sintomas.

O sintoma orgânico é disruptivo (disfuncionante), provocando uma anomalia no organismo que se manifesta directamente no órgão, no aparelho ou na função, devido às relações de causalidade linear (directa e unidireccional) que se estabelecem (sintoma → doença).

O sintoma psicológico não é disruptivo (disfuncionante), integrando-se no processo de reequilíbrio/adaptação desencadeado pelos dispositivos mentais (aparelho psíquico) do sujeito. Aqui, a relação entre as variáveis não se descreve em termos de causalidade linear, mas em

termos de reinferentação (retroacção), desempenhando uma função simbólica de suporte à relação de comunicação (sinal).

O recurso às teorias explicativas da conduta que não anulam a sua dimensão expressiva, permitindo a operacionalização das variáveis ligadas ao sujeito e aos processos de individuação (identidade-identificação).

São as teorias ditas psicodinâmicas, porque de algum modo todas se articulam à volta dos fenómenos conflituais que estão na base do funcionamento vital do sujeito (gestalt, teoria de campo de Lewin e as suas derivações para a psicologia ecológica, teoria psicanalítica, teorias comportamentalistas nas suas reformulações cognitivistas).

São ainda as teorias desenvolvimentais que teorizam e operacionalizam as variáveis ligadas à génese e história da individualidade.

O recurso ao exame psicológico e às provas (testes, dispositivos) de avaliação psicológica que são aqui usados como geradores de dados e dispositivos de suporte à expressividade, em tudo subordinados à necessidade de justificação epistemológica da psicologia científica (não reduzir à psicologia experimental!).

Psicologia clínica e psicologia do aconselhamento: tensões e complementaridades

O termo *aconselhamento* refere-se, genericamente, a uma prática de apoio à tomada de decisões e incentivo à iniciativa, nas mais diferentes áreas da actividade humana, envolvendo, por um lado um especialista (conselheiro, consultor) e um cliente (consultante, consulente), com o objectivo de introduzir compreensibilidade (não necessariamente explicação) e mobilizar meios para a resolução de questões ou de problemas delimitados através da formulação de um pedido.

A prática do aconselhamento ou da consultadoria – que existirá seguramente desde o tempo em que os homens aprenderam a falar, descobriram as suas diversas competências e a vantagem de as partilhar – reporta-se ao reconhecimento, por parte dos intervenientes, de que algum deles (o conselheiro ou consultor) tem competências específicas em determinadas áreas do saber e do saber-fazer, que faltam ao outro, e que resultam sempre da experiência adquirida pelos primeiros, frequentemente apoiada – mas não necessariamente⁷ – por conhecimentos científicos e técnicos específicos.

Na prática do aconselhamento reconhece-se o domínio da reflexão discursiva conjunta (entrevista) orientada pelo consultor, seguindo os parâmetros decorrentes das suas competências específicas, em detrimento da tomada de decisão e de acção (sempre diferida) sendo estas da competência exclusiva do consultante ou cliente.

De um ponto de vista epistemológico e metodológico, a prática do aconselhamento obedece aos princípios decorrentes do saber a que se reporta.

O aconselhamento em psicologia difere dos outros tipos de aconselhamento apenas na medida em que a psicologia, enquanto ciência, se reporta a um conjunto de conhecimentos epistemo-metodologicamente organizados e justificados.

Bibliografia

- COLMAN, M. (Ed., 1996) – Applications of Psychology. New York: Longman.
FRAISSE, P. (1967) – L'évolution de la psychologie expérimentale. In: PIAGET, J., FRAISSE, P., REUCHLIN, M. (Editeurs; 1967) – Triade de psychologie expérimentale. Tome I: Histoire et méthode. Paris: PUF.
LAGACHE, D. (1978) – A unidade da psicologia. Lisboa: Edições 70.
MOITA, V. (1998) – A psicologia em Portugal: uma panorâmica histórica. Porto: FPCE-UP. Edição do autor.
POWELL, G. E. (1996) – Clinical and counselling psychology. In: COLMAN (Ed., 1996).

⁷ Os anciãos na antiguidade, ou nas comunidades rurais, os felteceiros tribais, os conselheiros religiosos, têm competências reconhecidas que – por si mesmas – não necessitam ser de natureza científica ou técnica.