



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**A INFLUÊNCIA DAS INVASÕES AMBIENTAIS
NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE INFANTIL:
UMA EXPERIÊNCIA DE PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO**

Vanessa Stumpf Heck

Porto Alegre
Fevereiro, 2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**A INFLUÊNCIA DAS INVASÕES AMBIENTAIS
NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE INFANTIL:
UMA EXPERIÊNCIA DE PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO**

Vanessa Stumpf Heck

Tese de doutorado apresentado como exigência parcial para a obtenção do Grau de Doutor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Marcelli Trentini

Porto Alegre
Fevereiro, 2014

*Dedico este trabalho a minha grande família
e, especialmente, ao meu filho Luiz Carlos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar um ambiente suficientemente bom!

Dedico esta tese especialmente a meu filho Luiz Carlos, que muito me ensinou nesses dois anos de vida!

Ao meu marido Alex, por todo o amor, carinho e compreensão em todas as horas.

À minha grande família pelo apoio emocional: meus pais (Silvio e Jane), avós (Ione e Percy), sogros (Ivete e Paulo), cunhados (Márcio e Nando), madrasta (Vera), manas (Nana e Graça), dindas (Jô e Maz) e minha filha peluda, Bebel!

À mana Graça e dinda Maz, pelo suporte técnico e afetivo!

À minha orientadora, Professora Clarissa Trentini, pela dedicação e pelo carinho. Obrigada pela confiança que me fez desbravar novos caminhos!

À Professora Valéria, que me inspirou com suas ideias inovadoras sobre o psicodiagnóstico.

À Professora Blanca, *in memoriam*, por suas contribuições no projeto de qualificação.

Ao Professor Piccininni que, na defesa do projeto, me encorajou a seguir o meu dom.

À colega Cláudia, pela correção do Rorschach, e à Lisandre, por encarar o desafio da cabra-cega!

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

À banca examinadora, por ter aceitado meu convite.

À Ana Cláudia, pela paciência e ajuda na revisão e formatação do trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Aos queridos pacientes, pois, sem eles, elaborar essa tese não teria sido possível!

*“Em cada indivíduo
que recorre ao tratamento,
descobrimos intacta a esperança
de recuperar a liberdade,
de desativar a enfermidade que,
alguma vez,
escolheu como refúgio”.*
(Abadi, 1998, p. 150)

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Ansiedade: Considerações Acerca do Diagnóstico Descritivo.....	11
1.2 A Ansiedade na Teoria Psicanalítica de Donald Woods Winnicott.....	18
1.2.1 Winnicott: Principais Divergências Conceituais a Partir de Freud e Klein.....	25
1.2.2 A Influência do Ambiente nas Manifestações de Ansiedade Durante o Desenvolvimento Emocional.....	28
1.3 A Consulta Terapêutica de Winnicott: Uma Modalidade de Intervenção.....	37
1.4 Avaliação Psicológica.....	41
1.5 Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica: Uma Avaliação Psicológica Terapêutica.....	43
1.6 Justificativa e Objetivos.....	51

CAPÍTULO II

2 MÉTODO	53
2.1 Contextualização Metodológica.....	53
2.2 Participantes.....	60
2.3 Instrumentos e Materiais.....	61
2.3.1 Instrumentos utilizados com os pais.....	61
2.3.2 Instrumentos utilizados com as crianças.....	65
2.4 Procedimentos.....	67
2.5 Análise dos Dados.....	69
2.6 Considerações Éticas.....	70

CAPÍTULO III

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
3.1 Caso Paulo.....	74
3.1.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade.....	74
3.1.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança.....	75
3.1.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos.....	100
3.1.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas	128
3.1.5 A “técnica da cabra-cega”	134
3.1.6 A etapa final de <i>follow up</i>	140
3.1.7 Síntese do caso.....	140
3.2 Caso Fabiana.....	141
3.2.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade	141
3.2.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança.....	142
3.2.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos	149
3.2.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas	158
3.2.5 A “técnica da cabra-cega”	160
3.2.6 A etapa final de <i>follow up</i>	164
3.2.7 Síntese do caso.....	165
3.3 Caso Jaqueline.....	165
3.3.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade	165
3.3.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança.....	166

3.3.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos	173
3.3.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas	176
3.3.5 A “técnica da cabra-cega	178
3.3.6 A etapa final de <i>follow up</i>	181
3.3.7 Síntese do caso.....	181
3.4 Caso Júlio.....	182
3.4.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade	182
3.4.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança.....	183
3.4.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos	187
3.4.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas	190
3.4.5 A “técnica da cabra-cega	190
3.4.6 A etapa final de <i>follow up</i>	192
3.4.7 Síntese do caso.....	192
3.5 Caso Angélica.....	193
3.5.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade	193
3.5.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança.....	194
3.5.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos.....	199
3.5.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas	202
3.5.5 A “técnica da cabra-cega	203
3.5.6 A etapa final de <i>follow up</i>	205
3.5.7 Síntese do caso.....	205
3.6 Caso Igor.....	206
3.6.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade	206
3.6.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança.....	207
3.6.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos	212
3.6.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas	216
3.6.5 A “técnica da cabra-cega	217
3.6.6 A etapa final de <i>follow up</i>	220
3.6.7 Síntese do caso.....	221
CAPÍTULO IV	
4. DISCUSSÃO GERAL	223
4.1 Considerações Finais.....	228
REFERÊNCIAS.....	230
ANEXOS	
Anexo A – Questionário de Informações Pessoais e de Dados Sociodemográficos.....	245
Anexo B – Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL).....	249
Anexo C – Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS – versão para pais)	252
Anexo D – Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS – versão para crianças)	253
Anexo E – Carta de Apresentação.....	254
Anexo F– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	255
Anexo G – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	256
Anexo H – Tabulação dos resultados do Rorschach de Ronaldo (Pai de Paulo)	257

Anexo I – Tabulação dos resultados do Rorschach de Aline (Mãe de Paulo)	258
Anexo J – Resultados das Escalas CBCL e SCAS-PAIS do caso Paulo.....	259
Anexo K – Desenho 1- Caso Paulo	262
Anexo L – Desenho 2- Caso Paulo	263
Anexo M – Desenho 3- Caso Paulo	264
Anexo N – Desenhos- Caso Jaqueline	265
Anexo O – Desenhos- Caso Jaqueline	266
Anexo P – Desenhos- Caso Jaqueline.....	267
Anexo Q – Desenhos- Caso Jaqueline	268
Anexo R – Desenhos 1 e 2- Caso Júlio.....	269
Anexo S– Desenhos 3 - Caso Júlio.....	270
Anexo T– Desenhos 1 - Caso Angélica	271
Anexo U– Desenhos 1 - Caso Angélica.....	272
Anexo V– Desenhos 1 - Caso Igor	273

RESUMO

A presente tese de doutorado teve por objetivo averiguar as possibilidades de auxílio a crianças com sintomas de ansiedade por meio do psicodiagnóstico interventivo de orientação psicanalítica (com referencial winnicottiano). Participaram dos estudos de caso seis crianças entre 6 e 11 anos, assim como seus pais. Para tanto, definiu-se uma bateria de teste e técnicas de avaliação para as crianças composta por: sessões lúdicas, teste R2, SCAS-CRIANÇA, Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) e o CAT-A. Ao longo dos encontros foram realizadas observações, assinalamentos e interpretações. Também foi aplicado nos pais o Teste de Rorschach e alguns cartões do CAT-A. As técnicas foram avaliadas por meio do método da livre inspeção, em uma abordagem qualitativa de perspectiva psicanalítica. Houve similaridades entre os casos avaliados. Dentre os aspectos comuns, todas as crianças tiveram experiências iniciais com um ambiente que não se mostrou suficientemente bom para prover suas necessidades afetivas. Observou-se que os pais da pesquisa também apresentaram problemas com as suas figuras materna e paterna, o que causou dificuldades de acolher as reais necessidades dos seus filhos. A falta de confiança no ambiente familiar pareceu se estender ao convívio social das crianças na escola. Observou-se que as falhas básicas do meio ambiente produziram ansiedade devido à ausência de ligação entre psique e soma, que culmina em um sentimento de despersonalização; e ansiedade correspondente à sensação de que o centro de gravidade da consciência foi passado do cerne para a casca, gerando um falso *self* para proteger o verdadeiro *self*. A maioria das crianças recorreu à submissão ao outro e à busca incessante por agradá-lo para não perder o seu afeto. Durante o Psicodiagnóstico Interventivo, o encontro entre os participantes e a pesquisadora permitiu que as crianças e seus pais se sentissem seguros, confiantes e aceitos, mesmo ao demonstrar seus sentimentos de agressividade. O fornecimento de holding e a vivência de um ambiente suficientemente bom, oferecido durante a avaliação/intervenção, permitiu que as crianças entrassem em contato consigo mesmas, conhecessem suas necessidades e desejos, podendo expressá-los sem sofrer retaliação ou perder o objeto amado.

Palavras-chave: Ansiedade, Criança, Psicodiagnóstico Interventivo, Técnicas Projetivas.

ABSTRACT

The influence of invasions from the environment in childhood anxiety symptoms: an experience of interventive psychodiagnosis

This thesis aimed to investigate the possibilities of assistance to children with symptoms of anxiety through interventive psychodiagnosis (with Winnicott's reference). Six case studies were performed with children ranging from 6 to 11 years of age, as well as their parents. Therefore, a battery of tests and evaluation techniques for children were defined and composed by playful sessions, R2-Test, SCAS-CHILD, Drawing-and-Story Procedure (D-E) and the CAT-A, during which observations, indications and interpretations were made. The Rorschach Test as well as some CAT-A cards were also applied to parents. All techniques were assessed via free inspection method, in a qualitative psychoanalytical approach. Similarities were found among all participants; common aspects include initial experiences within an environment that has shown to be not good enough to support the affective needs of the participants. It was observed that the parents of the study also showed problems with their maternal and paternal figures, which caused difficulties to accommodate the real needs of their children. The lack of confidence in the family environment seemed to extend to participants' sociability at school. It was observed that the "basic flaws" of the environment produced anxiety due to the lack of connection between psyche and soma, which culminates in a feeling of depersonalization; and anxiety corresponding to the sense that the center of gravity of consciousness was passed from the core to the shell, generating a false self to protect the true self. Most children resorted to submission to another in an attempt to incessantly please this object, so that his/her affection would not be lost. During Interventive Psychodiagnosis, the meeting among participants and researcher allowed children and their parents to feel safe, confident and accepted even when showing aggressive feelings toward the other. The supply of holding and experience in a good enough environment, as it was offered during the assessment/intervention, allowed the children to get in touch with themselves, to know their needs and desires, as well as to be able to express them with no fear of retaliation or loss of the beloved object.

Keywords: Anxiety, Child, Interventive Psychodiagnosis, Projective Techniques.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Ansiedade: Considerações Acerca do Diagnóstico Descritivo

São inúmeras as definições encontradas na literatura sobre os termos ansiedade, angústia e medo. Para Dumas (2011b), a ansiedade é uma reação natural e universal frente a objetos ou situações que representam uma ameaça ou um perigo real ou imaginário. Ela pode ser compreendida como a expressão dos sentimentos intensos de medo e angústia. O termo *ansiedade*, em geral, aparece na literatura associado ou discriminado de outros dois: *angústia* e *medo*. O medo é relativo a um objeto ou a uma situação específica; já a angústia é difusa e anterior a circunstâncias prejudiciais.

Conforme Marcelli e Cohen (2010), a ansiedade é um afeto penoso associado a uma atitude de expectativa de um acontecimento imprevisto e sentido como desagradável. A angústia traduz-se como uma sensação de extremo mal-estar acompanhada de manifestações somáticas. O medo está ligado a um objeto, situação específica, seja em razão da experiência, seja em razão da educação.

Segundo Cordioli e Manfro (2004), a ansiedade é um estado emocional vivenciado com a qualidade subjetiva do medo. É uma resposta a situações de perigo ou ameaças reais, como aos estresses e desafios do cotidiano. Caracteriza-se por apresentar sintomas somáticos (taquicardia, palpitação, dificuldade respiratória, tremor, calorões, calafrios, tensão muscular, náusea, dor de cabeça, sudorese, etc.), sintomas cognitivos (dificuldade de concentração, pensamento catastrófico, hipervigilância, medo de perder o controle), sintomas comportamentais (inquietação, isolamento, esquiva), sintomas emocionais (medo, apreensão, irritabilidade, impaciência) e sintomas perceptivos (despersonalização, desrealização e hiperreatividade aos estímulos).

Do ponto de vista da prática clínica, os termos angústia, ansiedade e medo estão relacionados, como em um *continuum*, manifestando-se ao mesmo tempo por meio de reações comportamentais, cognitivas, afetivas e psicológicas (Marcelli & Cohen, 2010; Dumas, 2011b). Cabe destacar que a ansiedade faz parte do desenvolvimento infantil e também desempenha um papel adaptativo. Nesse sentido, a literatura apresenta algumas manifestações universais da ansiedade e do medo (Catellanos & Hunter, 1999; Dumas, 2011 b; Marcelli & Cohen, 2010).

Tabela 1: Manifestações de medo e ansiedade no desenvolvimento infantil

Idade	Principais fontes de medo e ansiedade
0-6 meses	Barulhos (ou outros estímulos sensoriais intensos) Objetos que se aproximam rapidamente Perda de apoio
6-12 meses	Situações novas e figuras estranhas Reage negativamente quando separado das pessoas próximas
2-4 anos	Medo de ficar sozinho, do escuro e temor de animais Criaturas imaginárias Agressores potenciais
5-7 anos	Animais selvagens Catástrofes naturais (tempestades) Acidentes corporais Medos induzidos pela mídia
8-11 anos	Temor existencial, medo da morte (de um ser querido, por exemplo) Temer a punição em casa ou na escola Maus desempenhos acadêmicos ou atléticos
12-17 anos	Exclusão pelos colegas

Fonte: Elaborada pela Autora

As manifestações ansiosas surgem na medida em que o aparelho psíquico do indivíduo não consegue responder de maneira adequada a uma tensão vivida como ameaçadora, seja de origem interna ou externa (Marcelli & Cohen, 2010). Em um nível extremo, tais manifestações podem ser tão prejudiciais a ponto de perturbar o comportamento da criança, sua atenção, seus pensamentos, sua imaginação, suas emoções, seu corpo, seus gestos e suas sensações (Dumas b, 2011). Para Cordioli e Manfro (2004), a ansiedade passa a ser patológica quando a intensidade, duração e frequência estão aumentadas e associadas ao prejuízo no desempenho social ou profissional do paciente. Assim, os transtornos de ansiedade agrupam dificuldades heterogêneas que têm como aspecto comum sentimentos intensos e persistentes de ansiedade. Os transtornos provocam uma aflição extrema que não tem origem em um perigo real ou iminente; não podem ser sanados por gestos tranquilizadores ou por um apelo à razão ou à evidência; não podem ser dominados por um ato de vontade; levam a criança a evitar o que ela teme ou a tentar fugir, e ainda, às vezes, persistem por muito tempo e interferem em seu desenvolvimento (Dumas, 2011 b).

Os sistemas classificatórios Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (1994) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4^a edição (DSM-IV) (2002) postulam uma composição diferente para os transtornos de ansiedade. O CID-10 oferece critérios específicos para descrever três transtornos durante a infância: ligado à angústia de

separação, distúrbio de ansiedade social da infância e transtorno fóbico ansioso da infância. O DSM-IV coloca apenas a ansiedade de separação no capítulo dos transtornos diagnosticados habitualmente na primeira infância, na segunda infância ou na adolescência. Os demais são diagnosticados com critérios definidos para os adultos.

Para Dumas (2011b), além do que é referido nos manuais de classificação diagnóstica, os transtornos de ansiedade na infância podem ser classificados conforme a natureza da ansiedade observada: ansiedade de separação, fobia específica, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo, nos quais a ansiedade é dirigida (a criança teme algo ou uma situação específica e se preocupa com isso de forma constante). No transtorno do pânico, no qual a ansiedade é invasiva e extrema, a criança é tomada de súbito por sensações de pânico que podem fazê-la perder momentaneamente o autocontrole. No transtorno de estresse pós-traumático, a ansiedade é reacional; a criança revive uma situação traumática da qual ela própria ou alguém próximo foi vítima, o que lhe causa sensações extremas de medo e angústia. Na ansiedade generalizada, ela é flutuante; a criança tem vários temores persistentes e irrealistas, que perturbam bastante seu comportamento (Dumas, 2011). Cabe destacar que as crianças, diferentemente dos adultos, não conseguem reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais (Swedo, Leonard, & Allen, 1994; Bernstein, Borchardt, & Perwien, 1996).

Já para o novo sistema DSM-5 (APA, 2013) uma das mudanças ocorridas nos critérios para a agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social (fobia social) exclui a exigência de que os indivíduos com mais de 18 anos de idade reconheçam que a sua ansiedade é excessiva ou irracional. Além disso, a duração dos sintomas referente aos seis meses abrange todas as idades. Os *Transtornos de Ansiedade* incluem: Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), Transtorno de Ansiedade Generalizada, Mutismo Seletivo, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, Transtorno de Ansiedade Associado à Outra Condição Médica e Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação – Ataque de Pânico (não considerado como um transtorno codificado, mas como uma “espécie descritiva” (*Descriptive Specifier*) passível de ser encontrada tanto nos Transtornos de Ansiedade como em outros tipos de transtornos).

No que se refere aos transtornos de ansiedade, é válido salientar algumas modificações ocorridas. Nesse sentido, o transtorno de ansiedade de separação – anteriormente classificado na seção “transtornos geralmente diagnosticados na primeira infância, ou na adolescência” – passou a ser classificado como um transtorno de ansiedade. As principais características permanecem praticamente inalteradas, embora a redação dos critérios tenha sido modificada

para representar mais adequadamente a expressão de sintomas de ansiedade de separação na idade adulta. Por exemplo, a figura de apego pode incluir os filhos de adultos com ansiedade de separação, e comportamentos de fuga podem ocorrer no local de trabalho, bem como na escola. Assim, a idade de início antes dos 18 anos foi excluída, e foi acrescentado o critério “com duração de 6 meses ou mais”.

Observa-se que o transtorno de pânico e agorafobia são separados no DSM-5. Assim, os antigos diagnósticos do DSM-IV de transtorno do pânico com agorafobia, transtorno do pânico sem agorafobia e agorafobia sem história de transtorno do pânico foram substituídos por dois diagnósticos: transtorno do pânico e agorafobia, cada um com critérios diferentes. Esta mudança contempla o fato de que um número substancial de indivíduos com agorafobia não experimentam sintomas de pânico. Quanto às características essenciais do transtorno de fobia específica e ansiedade social (fobia social) permanecem as mesmas. Nessa última, a mudança mais significativa refere-se à especificação “tipo generalizado” que foi substituída por “somente no desempenho”. Assim, indivíduos que temem apenas situações de desempenho (por exemplo, falar em público) parecem representar um subconjunto distinto de transtorno de ansiedade social em termos de etiologia, idade de início, resposta fisiológica e resposta ao tratamento.

No DSM-IV, o mutismo seletivo foi classificado na seção “transtornos geralmente diagnosticados na primeira infância, ou na adolescência”. Para o novo sistema, ele é classificado como um transtorno de ansiedade, uma vez que a grande maioria das crianças com mutismo seletivo apresenta ansiedade. Nota-se que o transtorno obsessivo compulsivo e o transtorno de estresse pós-traumático ganharam capítulos separados no DSM-5. Desse modo, o primeiro agora se chama *Transtorno Obsessivo-Compulsivo e seus correlatos*. Os novos transtornos incluem: transtorno dismórfico-corporal, transtorno de acumulação (*Hoarding Disorder*), transtorno de puxar-cabelo (Tricotilomania), transtorno de escarificação (*Picking Sicking Disorder*), transtorno obsessivo compulsivo induzido por substância ou transtornos correlatos e transtorno obsessivo compulsivo sem outra especificação ou transtornos correlatos. Já o segundo foi nomeado *Transtorno Traumático e de Estresse e seus correlatos* e abrange: transtorno de vinculação reativa, transtorno de compromisso social desinibido, transtorno de *stress* agudo, transtorno de *stress* pós-traumático, transtornos de ajustamento, transtorno traumático ou de *stress* sem outra especificação e seus correlatos.

Ainda que o sistema de classificação DSM-5 já esteja disponível, a maior parte das pesquisas acerca dos transtornos de ansiedade baseia-se no sistema DSM-IV (Vianna, Campos & Landeira-Fernandez, 2009) porque este sistema ainda é recente. Desse modo, achados demonstram que os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns

tanto em crianças quanto em adultos (Bernstein et al., 1996). Eles são reconhecidos como os mais prevalentes em crianças e adolescentes encontrando-se atrás apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta (Asbahr, 2004). De acordo com dados epidemiológicos em população norte-americana, o Transtorno de Ansiedade acomete de 5 a 18% de todas as crianças e adolescentes (Costello & Angold, 1995; Costello, 2003). No Brasil, um estudo realizado em Taubaté-SP encontrou índices de prevalência de 5,2% para transtorno de ansiedade em uma amostra de 1251 escolares (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Dentre os transtornos ansiosos mais frequentes, estão o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4% (Sylvester, 2000) e o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas, com média de 3% (Dumas, 2011b). A prevalência de fobia social fica em torno de 1% (Whitaker et al., 1990; Dumas, 2011b) e a do transtorno de pânico 0,6% (Pollack et al., 1996). No que se refere à distribuição entre os sexos, a literatura demonstra ser de modo geral equivalente, exceto para fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de pânico com predominância do sexo feminino (Swedo et al., 1994; Bernstein et al., 1996; Pollack et al., 1996).

A tendência desses transtornos é apresentar um início precoce e curso crônico (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996), causando prejuízo no funcionamento escolar, social e pessoal de seus portadores (Kessler et al., 1994; Pine, Cohen, Gurley, Brook & Yuju, 1998; Sylvester, 2000), especialmente pelo fato de que a maioria dos casos não recebe tratamento (Saraceno, 2002).

Há ainda um fator que dificulta o estabelecimento de um diagnóstico clínico desse transtorno: as comorbidades. Estima-se que aproximadamente metade das crianças com transtornos ansiosos tenham também outro transtorno ansioso (Bernstein et al., 1996). Os que mais aparecem associados são a ansiedade generalizada, a de separação e a fobia específica e social. Desse modo, vale ressaltar que a comorbidade é a norma, principalmente na infância (36% a 39% em diferentes estudos de amostras comunitárias) (Dumas, 2011).

Sendo assim, destaca-se que a ansiedade na infância constitui a *porta de entrada* da maioria dos estados psicopatológicos. De acordo Marcelli e Cohen (2010), as comorbidades refletem a transformação psíquica da angústia e explicam certas complicações com o aparecimento de sintomas depressivos ou mesmo uma verdadeira depressão; transtornos do comportamento (oposição, agitação, instabilidade); transtornos da atenção; transtornos da adaptação social (fobia escolar); na adolescência, toxicomanias e transtornos de conduta.

No que se refere à evolução dos transtornos de ansiedade, estudos tendem a mostrar a continuidade da semiologia ansiosa da infância na idade adulta (Biederman et al., 1997; Dumas, 2011b). Uma sintomatologia elevada de ansiedade ou um transtorno de ansiedade

pode evoluir para diversas dificuldades. Por exemplo, a ansiedade de separação e a generalizada, às vezes, precedem em vários anos um transtorno de pânico, depressivo ou o uso abusivo de tabaco ou de álcool (Dumas, 2011b). Também é fundamental avaliar a presença de comorbidade nos sujeitos, em particular a depressão (Pollack et al., 1996). A evolução para um transtorno depressivo maior é muito alarmante provável tendo em vista que os indivíduos ansiosos que se tornam depressivos apresentam um risco elevado de pensar em suicídio ou de se suicidar (Dumas, 2011b).

De acordo com Dumas (2011b), existem pesquisas pautadas não somente na presença da sintomatologia que configura um transtorno de ansiedade específico, mas no fato de esses sintomas causarem angústia ou disfunção de intensidade clínica. Dentro desse contexto, o estudo de Anderson, Williams, McGee e Silva (1987) com uma amostra comunitária de crianças de 11 anos, demonstrou que 12% tinham sintomas acentuados de ansiedade e que cerca de 3% sofriam de um transtorno de ansiedade.

Pesquisadores admitem que a origem dos transtornos ansiosos é complexa. Assim, é importante levar em consideração fatores desenvolvimentais, familiares e ambientais tanto para o seu aparecimento, quanto para a manutenção e evolução (Dumas, 2011b). Nesse sentido, o psicólogo clínico deve observar também a presença de manifestações ansiosas nos outros membros da família (Pollack et al., 1996; Keizer, 2012).

Conforme mencionado, os transtornos de ansiedade podem se manifestar na primeira infância e apresentam sérias consequências para a vida afetiva, social e escolar da criança e do adolescente. Tais transtornos estão associados a maiores taxas de psicopatologia na adolescência e na vida adulta com a presença de comorbidades entre os vários transtornos de ansiedade, comorbidade com a depressão (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989) e abuso de substância (Kushner, Sher & Beitman, 1990). Logo, quando não há tratamento efetivo, as consequências na vida adulta costumam ser severas.

Sendo assim, torna-se necessária a existência de intervenções precoces, efetivas e de fácil acesso à população. A identificação precoce dos transtornos de ansiedade e o tratamento na infância podem evitar o absentismo e a evasão escolar, ou seja, reduzir o impacto da ansiedade no funcionamento social e acadêmico. Mediante intervenções, é possível diminuir a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade e reduzir as manifestações de problemas psiquiátricos na vida adulta (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Para a realização de intervenções precoces, é preciso que o psicólogo faça uma acurada análise clínica dos sintomas de ansiedade. Além da frequente ocorrência das comorbidades nos transtornos de ansiedade, existem sintomas ansiosos (e não os transtornos

propriamente) que são comuns em outros transtornos psiquiátricos. Assim, a ansiedade se explica pelos sintomas do transtorno primário e não constitui um conjunto de sintomas que determina um transtorno ansioso típico (Castillo et al., 2000).

Então, a avaliação da ansiedade tem grande valia, uma vez que a identificação precoce dos sintomas pode prevenir sofrimentos, através da intervenção clínica adequada. No intuito de auxiliar na detecção e medida de sintomas de ansiedade, existem vários instrumentos disponíveis, como questionários de auto-relato, ou relato de pais/professores, *checklists*, escalas (Silva & Figueiredo, 2005; Muris, Merckelbach, Ollendick, King, & Bogie, 2002) que são fáceis e rápidos de serem administrados. Todavia, no Brasil, há uma deficiência de instrumentos psicométricos adequadamente validados para o trabalho de atendimento e pesquisa em saúde mental (Noronha, Primi, & Alchieri, 2004).

Nesse contexto, a revisão sistemática realizada por Silva e Figueiredo (2005) contemplou o levantamento dos principais instrumentos de avaliação da ansiedade em crianças baseada em bancos de dados eletrônicos. Ao todo, foram usados 118 instrumentos. Os principais achados apontam que, em nosso país, existe uma falta de adaptações brasileiras e/ou regionais, mostrando que muitos instrumentos internacionais são somente traduzidos e com um número reduzido de casos.

DeSousa (2013) também realizou uma revisão sistemática dos instrumentos disponíveis para avaliar sintomas de ansiedade e transtornos de ansiedade em população brasileira. Os resultados da pesquisa mostraram uma carência de instrumentos de auto-relato voltados especificamente para a avaliação dos sintomas de ansiedade de dimensões diferentes (por exemplo, ansiedade de separação, fobia social, ansiedade generalizada). Ademais, os instrumentos utilizados para avaliar os sintomas de ansiedade na infância são oriundos de instrumentos desenvolvidos para avaliar ansiedade em adultos (Spence, 1998) como, por exemplo: o *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAI-C) (Spielberger, 1973), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Crianças (IDATE-C) (Biaggio & Spielberger, 1983) e a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) (Reynolds & Richmond, 1978), que foi traduzida e adaptada como: Escala de Ansiedade Infantil "O Que Penso e Sinto?" (Gorayeb & Gorayeb, 2008).

Tendo em vista essas limitações, a Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS) (Spence, 1997) foi desenvolvida com os seguintes objetivos: 1) avaliar os sintomas específicos de ansiedade na infância, considerando as especificidades do desenvolvimento de sintomas de ansiedade entre as crianças, e 2) avaliar os sintomas de acordo os critérios diagnósticos do DSM-IV para os transtornos de ansiedade na infância (por exemplo, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade de separação). A SCAS

foi introduzida no Brasil como uma nova escala de ansiedade na infância com evidências de propriedades psicométricas adequadas (DeSousa, Petersen, Behs, Manfro, & Koller, 2012; DeSousa, 2013).

Deste modo, a SCAS mostra-se um instrumento de triagem que pode auxiliar tanto na identificação de sintomas de ansiedade na infância como no encaminhamento para uma avaliação. É de suma importância a realização da avaliação psicológica nesse período, já que estudos longitudinais revelam que os problemas de ansiedade têm origem na infância e estão associados a consequências negativas no âmbito social, escolar e ajustamento pessoal (Silva & Figueiredo, 2005).

Tendo sido realizada uma breve exposição acerca do diagnóstico descritivo da ansiedade, faz-se necessário abordar esse tema sob o ponto de vista do referencial psicanalítico, uma vez que a presente tese baseia-se nesse referencial. Mais precisamente, a abordagem winnicottiana.

1.2 A Ansiedade na Teoria Psicanalítica de Donald Woods Winnicott

Conforme pode ser observado, para os sistemas classificatórios (CID-10, DSM-IV-TR, sob a perspectiva categorial) e DSM-5 (sistema categorial e dimensional) que se apresentam como a-teóricos (Marcelli & Cohen, 2010; Dumas, 2011b; Laia, 2011), o termo eleito é a “ansiedade” para designar o capítulo dos transtornos de ansiedade. Já na psicanálise, as palavras ansiedade e angústia ora aparecem indiscriminadamente, ora como diferentes. O termo angústia ficou mais popularizado devido às descrições pioneiras de Freud (Zimmerman, 2001), apesar de o autor também fazer uso do termo ansiedade como sinônimo. Vale a ressalva de que, apesar de o termo eleito no presente estudo ser a ansiedade, respeitar-se-ão as designações originais de cada autor.

Ao longo de sua obra, Freud formulou duas teorias sobre a angústia. Para o melhor entendimento das mesmas, é necessário fazer uma breve revisão da evolução desse conceito ao longo de seus estudos. Sua preocupação com relação a esse tema aparece desde o início de suas correspondências com Wilhelm Fliess. No montante de cartas escritas, encontra-se, no Rascunho E, intitulado “Como se origina a angústia”, o esboço do que seria seu primeiro artigo sobre a neurose de angústia.

Na neurose de angústia...., a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em angústia (Freud, 1894/1996, p. 273).

A ideia central de sua primeira teoria da angústia seria a de que a mesma surge da tensão sexual acumulada devido à falta de uma descarga adequada. Isto é, o excesso de energia libidinal não eliminada se converteria em angústia (Freud, 1894/1996).

Em 1895, surgiu o primeiro artigo de Freud sobre a angústia, intitulado “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia”. Nele, o autor designou que tanto a neurose de angústia quanto a neurastenia faziam parte das neuroses atuais. O nome neuroses atuais advém do fato de não serem produzidas por conflitos históricos, mas sim por motivos atuais não dependendo estritamente de fatores psicológicos. As neuroses atuais resultariam de um acúmulo de libido sexual por conta de uma não-gratificação adequada, que levaria à descarga somática sem uma determinação psicológica. Assim, o aspecto comum entre a neurose de angústia e a neurastenia seria a sexualidade. As diferenças seriam as características da neurastenia – fraqueza, apatia, cansaço em decorrência de uma excessiva descarga de substâncias sexuais – e as da neurose de angústia – sintomas de angústia livre no plano corporal, resultante da libido estancada. Sendo assim, as neuroses atuais se opunham às psiconeuroses (histeria, neurose fóbica e neurose obsessivo-compulsiva), que resultariam de um conflito psíquico. A neurose de angústia e a neurastenia teriam a parte somática como causadoras de distúrbios, ao passo que, na histeria e na neurose obsessiva, a origem dos sintomas seria psíquica (Freud, 1895/1996; Zimmerman, 1999, 2001).

No texto de 1917, “Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXV: A ansiedade”, Freud (1996) descreve a angústia realística e a angústia neurótica. Assim, a primeira é racional, positiva e prepara o indivíduo para se defender do perigo externo (manifestação da pulsão de autoconservação). Já a angústia neurótica adquire duas formas: uma é expectante livremente flutuante e é característica da neurose de angústia; a outra é psiquicamente ligada e é característica das psiconeuroses. No mesmo texto, o autor indica que a angústia refere-se a um estado e não considera o objeto, enquanto o medo seria relativo a um objeto determinado. Além disso, relata que o “susto” implica um perigo para o qual o sujeito não está preparado.

Dentro do contexto da primeira tópica, Freud (1917/1996) refere que “a geração de ansiedade está intimamente vinculada ao sistema inconsciente. Tenho afirmado que a transformação em ansiedade é o destino da libido quando sujeita à repressão” (p. 477). A partir de uma concepção econômica do aparelho psíquico, Freud (1917/1996) trabalhou com a ideia de que a libido acumulada funciona de maneira “tóxica” no organismo. Assim, a repressão de desejos, fantasias, sentimentos, levaria à angústia.

Essa teoria permanece no decorrer da obra freudiana até a exposição da segunda teoria da angústia. Tal teoria foi influenciada pelos trabalhos “Além do Princípio do Prazer”, que introduziu o conceito de pulsão de morte (Freud, 1920/1996), e o “O Ego e o Id” (Freud, 1923/1996), que contextualiza a segunda tópica. Neste contexto, Freud (1996) apresenta sua segunda teoria da angústia, em 1926, no texto “Inibição, Sintoma e Angústia”. Nele, Freud modifica sua concepção: inverte a formulação da primeira teoria – de que a repressão causa a angústia – para a ideia de que é a angústia que leva à repressão e aos demais mecanismos de defesa. O autor considera esse afeto não mais como uma descarga da libido, mas como um sinal de perigo. Isso porque a segunda teoria da angústia, definitiva na obra freudiana, coloca o ego como a sede real da angústia e, dessa maneira, somente essa instância pode produzir e sentir angústia.

Deste modo, a angústia é um sinal de perigo que alerta o ego contra uma ameaça de impulsos inconscientes indesejáveis. A angústia sinal aciona os mecanismos de defesa por parte do ego com o objetivo de refrear tais impulsos. Nesse momento, a repressão é a forma de defesa básica contra a irrupção da angústia, mais precisamente, a angústia de castração. Para Freud (1926/1996), o sinal de angústia é um mecanismo que o ego põe em ação diante de uma situação de perigo no intuito de evitar ser submerso pelo quantum de excitações. Esse sinal reproduz de forma atenuada a reação de angústia vivida primitivamente em uma situação traumática, o que possibilita desencadear a defesa. Em contraste, a angústia automática é a reação frente a uma situação traumática, em que o sujeito é submetido a um afluxo de excitações, de origem externa ou interna, que é incapaz de dominar, processar (Laplanche & Pontalis, 1996) e, assim, sente-se impotente e desamparado. Neste aspecto, relacionando trauma e perda do objeto, Freud (1926/1996) refere que o ego se sente desamparado, atordoado e abandonado diante de um montante de excitações que não pode processar.

Freud (1926/1996) considera o ato do nascimento como o protótipo de todos os estados de angústia que surgirão ao longo da vida do sujeito. Ao nascer, o bebê apresenta uma imaturidade tanto biológica quanto psicológica que o leva a necessitar de alguém que o cuide. Ele fica à mercê do outro, em um estado de completa dependência e passividade. Nesse contexto, o autor relata que o nascimento seria “um verdadeiro perigo para a vida...., [mas] não tem ainda qualquer conteúdo psíquico” (p. 158). A criança experimenta, em seu próprio corpo, intensas manifestações de angústia, que se associam a sensações físicas (aumento dos batimentos cardíacos e aceleração da respiração). Pela imaturidade do ego, ele não consegue representar esta angústia, ou seja, simbolizá-la, o que acarreta em uma vivência traumática.

O estado de desamparo torna-se o protótipo de uma situação traumática. Freud reconhece uma característica comum aos perigos internos: perda ou separação, que provoca um aumento progressivo da tensão, a ponto de, num caso extremo, o sujeito se vê incapaz de dominar as excitações, sendo

submergido por elas – o que define o estado gerador do sentimento de desamparo (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 112).

A citação a seguir, de 1926, ilustra o que foi referido:

Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo perceptível pode pôr termo à situação perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda de objeto. É a ausência da mãe que agora constitui o perigo, e, logo que surge esse perigo, a criança dá o sinal de ansiedade, antes que a temida situação econômica se estabeleça. Essa mudança constitui o primeiro grande passo à frente na providência adotada pela criança para a sua autopreservação, representando, ao mesmo tempo, uma transição do novo aparecimento automático e involuntário da ansiedade para a reprodução intencional da ansiedade como um sinal de perigo. Nesses dois aspectos, como um fenômeno automático e um sinal de salvação, verifica-se que a ansiedade é um produto do desamparo mental da criança o qual é um símile natural do seu desamparo biológico. (Freud, 1926/1996, p. 161-2).

Além da angústia automática e da angústia como sinal de alarme, Freud também referiu a angústia realista para estabelecer uma diferença entre um sinal antecipatório exagerado e uma angústia natural perante um perigo exterior que seria, para o indivíduo, uma ameaça real (Laplanche & Pontalis, 1996). Além disto, também aparecem, na obra freudiana, outras denominações da angústia conforme as fases do desenvolvimento. Inicialmente, surge a angústia do nascimento e a angústia de desamparo, que significa uma sensação terrível de desvalia e abandono, derivada da incapacidade do ego de processar os traumas psíquicos, e pode ser considerada como a prototípica de todas as demais angústias. Em seguida, a angústia da perda de amor dos pais, a angústia da perda (separação), a angústia de culpa e medo diante do superego, angústia devido à presença da pulsão de morte (que determina um masoquismo autodestrutivo). Por fim, a angústia de castração, diretamente ligada ao conflito edípico, estabelece um limite para o crescimento “genital”, e se tornou o eixo principal de seu edifício teórico (Freud, 1926/1996; Zimmerman, 1999, 2001).

O primeiro caso clínico de criança que auxiliou o pensamento de Freud (1909/1996) no que se refere à angústia de castração foi o Pequeno Hans. O título original desse trabalho é “Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos” e consiste na análise da fobia de cavalos desse menino feita por seu pai e supervisionada por Freud. À luz da segunda teoria da angústia, o autor sustenta que essa fobia era uma tentativa de solucionar o conflito edípico em relação ao pai através do recalque da pulsão hostil. O que causa a repressão é a angústia perante a ameaça de castração, simbolizado, por exemplo, no *ser mordido pelo cavalo*. Assim, o ego reconhece o perigo de castração, emite o sinal de angústia e inibe, através da instância prazer-desprazer, o processo de investimento ameaçador do id, e realiza-se a formação da fobia. Por meio da projeção, o perigo pulsional interno (agressividade para com o pai e seu amor edípico pela mãe) é substituído por um perigo perceptivo externo, mais fácil de defender-se e do qual pode “fugir” (cavalos). Assim, a formação dos sintomas sinaliza a irrupção da angústia. Deste modo, a angústia torna-se um sinal de alarme, levando o ego a

utilizar diferentes mecanismos defensivos. Diante desses achados, Freud foi reconhecendo que sua primeira teoria da angústia estava errada. Então, a angústia do ego é o que vem primeiro. Conseqüentemente, o que põe em movimento a repressão não é a angústia que surge da libido reprimida. É preciso salientar que a repressão é um processo relacionado à organização genital da libido e que o ego também recorre a diferentes defesas em outros níveis de organização (Freud, 1909/1996; Roudinesco & Plon, 1998).

Quanto aos mecanismos de defesa, é no artigo “Fetichismo” que Freud (1927/1974) introduz um novo desenvolvimento metapsicológico baseado nas reações das crianças à observação da distinção anatômica entre os sexos. Dessa maneira, a *rejeição* seria uma defesa contra as exigências da realidade externa, ao passo que a *repressão* seria um mecanismo defensivo contra as exigências instintuais internas. Nas palavras do autor:

Se quisermos diferenciar mais nitidamente a vicissitude da *ideia* como daquela distinta do *afeto*, e reservar a palavra “Verdrängung” [‘repressão’] para o afeto, então a palavra alemã correta para a vicissitude da ideia seria “Verleugnung” [‘rejeição’] (Freud, 1927/1974, p. 180).

No conflito entre o peso da percepção desagradável e a força do seu contradesejo, chegou-se a um compromisso, tal como só é possível sob o domínio das leis inconscientes do pensamento – os processos primários (Freud, 1927/1974, p. 181).

Nesse texto, Freud (1927/1974) reconhece a existência de duas correntes como fonte de ansiedade na vida mental: “a atitude que se ajustava ao desejo e a atitude que se ajustava à realidade existiam lado a lado” (p. 183).

Além de descrever sumariamente a concepção freudiana de ansiedade, é válido mencionar também as contribuições de Melanie Klein sobre esse tema, uma vez que a autora influenciou a teoria winnicottiana. Tendo como ponto de partida as concepções freudianas, Klein (1996) baseou sua teoria na observação de crianças pequenas, o que permitiu a identificação de situações de angústia profundas nas fases iniciais do desenvolvimento mental. Em 1932, a autora reuniu vinhetas de casos clínicos infantis e publicou sua obra intitulada “Psicanálise de Crianças”, na qual pode extrair a hipótese de que a angústia é decorrente dos ataques destrutivos efetuados pela fantasia onipotente da criança. Tais ataques seriam dirigidos ao corpo da mãe, aos bebês, ao pênis do pai que, em fantasia, estariam dentro do corpo da mãe. Esses ataques seriam produto da fantasia de roubar ou destruir esses objetos. A angústia aparece discriminada no artigo de 1933: “Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníaco-Depressivos”.

De modo mais específico, inicialmente, Klein (1935/1996) concebe a existência da posição paranoide, que ocorre desde as primeiras semanas de vida. Sendo assim, ao nascer, o bebê já estabelece uma relação de objeto. Porém, como o ego é primitivo e as impressões sensoriais são dispersas, a percepção do bebê é fragmentada, controlada pela cisão, resultando

em “objetos parciais”. As imagens criadas no contato com o mundo externo são projeções das fantasias inconscientes que são, ao mesmo tempo, introjetadas. Assim, a projeção da pulsão de vida em um objeto externo origina o objeto que gratifica, alimenta, ama e protege o bebê (seio bom, que é amado). A projeção da pulsão de morte em um objeto externo gera o objeto frustrador, que rejeita e ameaça o bebê (seio mau, que é odiado). Como os objetos são também introjetados, o mundo interno pode ser, em um momento, extremamente generoso e, em outro, excessivamente cruel. Desta maneira, a angústia que prepondera nos três primeiros meses de vida é a de “aniquilamento” (baseada no trauma do nascimento), também chamada de “angústia persecutória” ou “angústia paranoide”.

As angústias de tipo persecutório pressupõem a existência de um primitivo superego cruel que ameaça de aniquilamento o ego. Tais angústias correspondem à posteriormente chamada posição esquizoparanoide. Assim como Freud em sua segunda teoria da angústia, Klein (1935/1996) também concluiu que as angústias são responsáveis por mobilizar o ego para a formação de defesas. No entanto, a autora destaca que o bebê, no começo de vida, já faz uso da cisão (ou *splitting*), da projeção, da negação e da idealização. Em termos de patologias da posição esquizoparanoide, encontra-se, por exemplo, a esquizofrenia (Hinshelwood, 1992; Simon, 1994; Zimmerman, 2001).

Hinshelwood (1992) explica que Klein adota uma perspectiva posicional. Durante os primeiros meses de vida de um bebê, ocorre a posição esquizoparanoide. À medida que o ego e o sistema nervoso vão se desenvolvendo, um modo de funcionamento e estruturação da mente diferente prepondera: a posição depressiva. Assim, a angústia predominante nesse estágio de desenvolvimento é a “depressiva”, que é oriunda do temor de que o objeto amado do bebê tenha sido (ou será) destruído por seu ódio. A posição depressiva tem início através da tendência à integração do “seio bom” e do “seio mau”. O bebê vai percebendo que o objeto amado e o objeto odiado são componentes de um só objeto, o que origina a ambivalência.

Tal processo coincide com nascimento dos dentes, que leva o bebê a morder o objeto, exacerbando as fantasias canibalísticas e a impressão de que, com seu ódio, destruiu a mãe amada. Então, surge um sentimento de culpa pelo dano causado na fantasia onipotente, acarretando um estado de luto pelo mundo destruído, interna e externamente, vivido com muita dor e remorso. Assim, a angústia de tipo depressivo que corresponde à posição depressiva, vem acompanhada de um necessário sofrimento psíquico e representa uma ameaça ao aniquilamento dos bons objetos internos (Segal, 1975; Simon, 1994; Zimmerman, 2001).

Klein (1930/1996) postulou que a pulsão de morte é inata e está presente desde o início da vida sob a forma de ataques invejosos e sádico-destrutivos. Deste modo, a

agressividade exerce grande influência no desenvolvimento do psiquismo. Em seu artigo “A Importância da Formação de Símbolos no Desenvolvimento do Ego”, escrito em 1930, ela refere que uma quantidade em excesso de sadismo origina a angústia. Nesse sentido, seguindo a linha de raciocínio da posição depressiva, se a destrutividade do bebê não for excessiva, a mãe atacada estará parcialmente intacta e pode ser reconstruída. O amor e a culpa pelo dano causado à mãe e sua identificação com o sofrimento da mesma colocam em movimento o mecanismo de “reparação”. Dessa maneira, o bebê renuncia a sua destrutividade e inicia a restauração do objeto amado. Em contrapartida, se os impulsos destrutivos do bebê forem excessivos (ódio, voracidade ou ciúme), a mãe será percebida como morta, ou agonizante, não sendo possível recuperá-la pelos meios da reparação. A figura da mãe interna danificada se tornará um objeto que provoca uma relação de “culpa persecutória” irreparável. Para Klein (1930/1996), as angústias arcaicas perdem força à medida que a posição depressiva é elaborada.

Em 1946, Klein (1991) publica “Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizoides”. Nesse artigo, a autora discorre sobre a posição esquizoparanoide e afirma que, se o ego não for capaz de fazer frente à angústia vivenciada até então, e conseqüentemente, elaborar a posição depressiva, ocorrerá uma regressão à posição esquizoparanoide, o que poderá desencadear em psicose ou no fortalecimento de traços depressivos devido à desintegração cada vez maior do ego. Ainda nesse trabalho, a autora revela o fenômeno da identificação projetiva. Nesse contexto, a partir de um fracasso do processo normal de dissociação do amor e do ódio, do objeto bom e do mau, o ego apela para um excessivo uso de identificações projetivas. Isso poderia ser traduzido como um misto ou um estado de transição entre as posições esquizoparanoide e depressiva, um tipo de ansiedade chamada confusional.

Cabe aqui recapitular algumas ideias do pioneiro da psicanálise acerca da angústia e comparar com as de Klein. Freud teve contato com “a criança” através da análise do adulto, e suas investigações contribuíram principalmente para clarear os fenômenos psíquicos em um nível neurótico, tanto que seu pilar teórico é a angústia de castração e o complexo de Édipo. Já Klein trabalhou diretamente com crianças e teve condições de apresentar a origem e evolução normal e patológica do bebê, ampliando o conhecimento dos processos psicológicos da mente arcaica, calcado sua teoria no conceito de posição. No que se refere à angústia, Klein (1946/1991) postula que a mesma é derivada da pulsão de morte, assumindo especificamente a forma da agressividade. Klein discorda de Freud, quando este menciona, em “Inibição, Sintoma e Angústia”, que o medo da morte deve ser considerado análogo ao medo da castração:

Há, no inconsciente, um medo de aniquilamento da vida.... Se presumirmos a existência de uma pulsão de morte..., presumiremos o medo do aniquilamento da vida.... Em minha concepção, o perigo resultante do trabalho interno da pulsão de morte é a primeira causa da ansiedade. Uma vez que a luta entre as pulsões de vida e de morte persiste a vida inteira, essa fonte de ansiedade jamais é eliminada, e entra como um fator permanente em todas as situações de ansiedade (Klein, 1948/1991, p. 50).

Nesse contexto, pode-se dizer que, para a referida autora, a angústia de aniquilamento, resultante da pulsão de morte, deflagra o estado de desamparo. De acordo com Zimerman (1999, 2001), esse tema também aparece no texto intitulado: “Sobre o Sentimento de Solidão”, de Klein, no qual se evidencia a ideia de que o indivíduo pode estar cercado de muitas pessoas e, mesmo assim, sentir-se sozinho, abandonado e desamparado. Isso ocorre quando o mundo interno está habitado por “objetos maus”.

O interjogo de fatores externos e internos tem um peso importante no aumento ou atenuação da solidão. A internalização de um seio bom – que só pode resultar de um interjogo favorável entre elementos internos e externos – é um alicerce para a integração, que mencionei como um dos fatores mais importantes na diminuição do sentimento de solidão. Os pais, por meio da aceitação da existência dos impulsos destrutivos da criança e mostrando que podem se proteger dessa agressividade, podem diminuir a ansiedade da criança em relação aos efeitos de seus desejos hostis. [No entanto] quanto mais implacável for o superego, maior será a solidão, porque suas exigências severas aumentam as ansiedades depressivas e paranoides.... embora a solidão possa ser minorada ou aumentada por influências externas, nunca poderá ser completamente eliminada, porque a ânsia por integração, assim como a dor vivenciada no processo de integração, brota de fontes internas que permanecem poderosas no decorrer da vida (Klein, 1963/1991, p. 353-4).

Tendo sido realizado um resumo acerca das principais ideias de Freud e Klein sobre a ansiedade, a seguir será abordado esse assunto no referencial teórico winnicottiano. Antes, porém, faz-se necessário elucidar brevemente os aspectos teóricos nos quais Winnicott divergiu de Freud e Klein.

1.2.1 Winnicott: principais divergências conceituais a partir de Freud e Klein

Em 1923, Winnicott formou-se em medicina e iniciou a sua vida profissional como pediatra. Segundo Kahr (1997), ele “teve a sabedoria e a humildade de centrar suas energias na abordagem psicológica das doenças infantis” (p. 49). Ingressou na formação psicanalítica, na Sociedade Britânica de Psicanálise, que, na época, estava em crise em função de conflitos que opunham os partidários de Anna Freud aos partidários de Melanie Klein, a propósito da psicanálise infantil. Durante o período das controvérsias entre elas, Winnicott passou a fazer parte do Grupo dos Independentes, que buscava elaborar uma concepção pessoal e original da relação de objeto, do *self*¹ e do brincar (Roudinesco & Plon, 1998).

¹ Foi a partir da Escola da Psicologia do Ego, através do psicanalista Hartmann (1947) que foi possível distinguir os vocábulos ego e *self* (si-mesmo). Dessa maneira, o ego passa a ser compreendido como uma instância psíquica, sendo uma subestrutura da personalidade, tal como Freud havia proposto. Já a palavra *self* foi conceituada como sendo a imagem de si mesmo, abarcando assim o ego, o id, o superego, a imagem do corpo, ou seja, a personalidade total (Zimerman, 2001). Observa-se que Winnicott buscou discriminar os termos *self* e ego, embora essa diferença não permaneça explícita ao longo de sua obra e, frequentemente, os termos apareçam

Desde o início de sua carreira, Winnicott demonstrava preocupação com os aspectos emocionais de seus pequenos pacientes na interação com as respectivas mães. Considerava mais importante estudar a relação mãe-bebê ao invés de somente o bebê ou a mãe. Em sua opinião, a dependência psíquica e biológica da criança em relação à mãe faz com que a primeira nunca exista por si só, mas sempre e essencialmente como parte de uma relação (Roudinesco & Plon, 1998; Zimmerman, 1999, 2001). Deste modo, da mesma forma que Klein concentrou seus estudos mais nas fantasias inconscientes da criança e no mundo interno, Winnicott – que também se interessava por esse tema – “optou por observar o modo como o mundo externo do ambiente familiar propicia ou inibe o desenvolvimento emocional da criança” (Kahr, 1997, p. 76). Destarte, quando o ambiente proporciona cuidado e sustentação suficiente para a criança, facilitando o processo de amadurecimento emocional, esta poderá ser capaz de se tornar uma pessoa real (Dias, 2003). Nesse contexto, pode-se dizer que o ambiente exerceu um papel facilitador. Caso contrário, quando há uma falha, o ambiente tem papel danificador, impedindo que o bebê cresça de maneira saudável, acarretando instabilidade emocional e doença (Abram, 2000).

Em função da importância que o cuidado ambiental (principalmente o materno) exerce em sua teoria do desenvolvimento emocional, Winnicott apresentou discordâncias significativas em relação a alguns conceitos kleinianos e freudianos, bem como mostrou concepções originais. Não se pretende, nesse momento, esgotar o assunto, mas sim fornecer ao leitor breves linhas acerca dessas diferenças conceituais, a fim de seguir no tema da ansiedade e do desamparo na teoria winnicottiana.

Para Winnicott (1969/1975), nos primórdios do desenvolvimento emocional, há apenas uma configuração inicial e indissolúvel, formada pelo bebê e pelo ambiente, e ainda não existe uma diferença nítida entre o *self* e o não-*self* (entre interno e externo, como em Klein). A noção de externalidade só ocorre posteriormente. Deste modo, a introjeção e a projeção são mecanismos mentais que pressupõem a separação entre o *self* e o não-*self* e estão mais relacionados ao afeto do que à pulsão (Dias, 2007). Portanto, o bebê não é capaz de sentir ódio pelo objeto, pelo fato de não possuir diferenciação (Winnicott, 1969/1975).

Nesse sentido, Klein ressalta que fenômenos como inveja, agressividade e voracidade são oriundos de pulsões, e Winnicott enfatiza a saúde, o atendimento das necessidades da

superpostos (Abram, 2000; Zimmerman, 2001). Sob esse ponto de vista, o ego é uma parte do *self* com a função de integrar e organizar a experiência; e o *self* é o potencial inato do indivíduo, que se desenvolverá em colaboração ao meio, proporcionando um sentimento de continuidade da existência e a capacidade de “sentir-se real” (Abram, 2000). Então, o *self* seria uma instância constituída posteriormente ao ego, em uma relação com a mãe e com o semelhante. Delimita, dessa forma, a dimensão narcísica do sujeito, estivesse essa sadia ou destruída e fosse o *self* verdadeiro ou o falso. Através dessa afirmação, a noção de *self* permite abordar os distúrbios da identidade (Roudinesco & Plon, 1998).

criança e o desejo da mesma de ser amada (Kahr, 1997). A teoria winnicottiana ressalta os aspectos construtivos da agressividade e a esperança da criança de que a mãe a compreenda, a ame e sobreviva aos seus ataques. Dessa forma, no que se refere ao conceito de agressividade, ele não o relaciona à pulsão de morte. A agressividade e a destrutividade podem ser relacionadas à questão da constituição do sentido da realidade externa (Dias, 2000).

De acordo com Winnicott (1950-55/2000),

antes da integração da personalidade, já lá está a agressividade. O bebê dá pontapés dentro do útero: não se pode dizer que ele esteja abrindo o caminho para fora a pontapés. Um bebê de poucas semanas agita os braços: não se pode dizer que ele esteja querendo golpear. O bebê mastiga os mamilos com suas gengivas: não se pode dizer que ele esteja pretendendo destruir ou machucar. Em suas origens, a agressividade é quase sinônimo de atividade: trata-se de uma função parcial (p. 289).

A agressividade no bebê seria decorrente da motilidade. Com isso, o ódio, que requer um grau sofisticado de organização egoica, ainda não existiria nesse momento (o que vai de encontro à posição esquizoparanoide de Klein). O potencial de agressividade deriva de reações à intrusão ambiental (então, não se trata de economia pulsional), que dependem das condições psicológicas da mãe e das características emocionais do ambiente (Winnicott, 1950-55/2000).

Outro aspecto importante a ser destacado refere-se ao fato de que Winnicott (1949/2000a) recusa a ideia de que a mente já seja uma entidade localizada em algum lugar no corpo. O processo de localização da psique no corpo acontece com base nos aspectos pessoais e ambientais. Assim, a psique não é inerente ao recém-nascido. A localização da psique no corpo é uma conquista do indivíduo que ocorre também na relação entre o bebê e a mãe-ambiente (Winnicott, 1949/2000a). Dessa maneira, a mente é uma função especial do psique-soma, decorrente das falhas graduais da mãe-ambiente em suprir a dependência do bebê. Em termos saudáveis, a mente é o funcionamento intelectual que torna possível a compreensão dessas falhas da mãe-ambiente. Todavia, quando as falhas são sucessivas, a mente se oferece falsamente como um lugar onde a psique poderia residir e, conseqüentemente, ocorre uma primazia do funcionamento intelectual (“intelectualização”). Sendo assim, ocorre uma cisão mente-corpo, e o indivíduo apresenta uma sensação de não habitar o seu próprio corpo, faltando-lhe um sentimento de *self* (Winnicott, 1949/2000a).

O conceito de regressão também sofreu modificações na teoria winnicottiana e adquiriu uma função a serviço da cura. Ela consiste em voltar atrás no desenvolvimento diante de uma ameaça de caos e isso requer certo grau de organização egoica (Winnicott, 1954/2000).

No estado de retraimento o paciente está dando uma sustentação para o eu.... Se no momento em que o retraimento aparece, o analista consegue fornecer uma sustentação para o paciente, então, aquilo que teria sido um retraimento transforma-se em regressão. A vantagem da regressão é a de que ela traz consigo a possibilidade de corrigir uma adaptação inadequada à necessidade do paciente na sua infância

precoce.... Quando o analista passa por experiências que lhe permitem confiar no manejo da regressão, é possível dizer que, quanto mais rápida e completamente ele vier a acolhê-la, menos provavelmente o paciente precisará desenvolver uma doença com características regressivas (Winnicott, 1954/2000, p. 354).

Nesse contexto, também a transferência envolve uma fase do desenvolvimento na qual o ego ainda não é uma entidade estabelecida, capaz de se relacionar e empregar expedientes defensivos. A teoria winnicottiana compreendia a transferência como uma réplica do laço materno e, por esse motivo, oferecia a seus analisandos um “ambiente” especial. Contudo, sua técnica apresentou contradições com os padrões da *International Psychoanalytical Association* (IPA), no que se refere à neutralidade e à duração das sessões. Ela se diferencia da intervenção psicanalítica clássica (pela palavra) e reforça a importância da comunicação não-verbal, considerada mais significativa para pacientes regredidos a estágios primitivos do desenvolvimento. Winnicott (1956/2000b) afirma que, com pacientes bastante regressivos, vale mais o manejo do analista do que as suas interpretações. Nesse sentido, o *setting* torna-se o símbolo do *holding* fornecido pela mãe ao bebê no começo da vida. Assim, o papel do analista será fornecer uma adaptação suficientemente boa para atender às necessidades de seu paciente, permitindo-lhe atenuar a situação de fracasso original.

Em suma, tendo sido ressaltado alguns dos principais aspectos teóricos que diferenciam o pensamento winnicottiano das concepções de Freud e Klein, é válido ainda destacar a seguinte conjectura acerca da ansiedade:

A teoria freudiana tradicional gira em torno do trio mãe, pai e criança, enquanto a teoria kleiniana focaliza de modo específico o relacionamento entre o bebê e o seio materno. Essa mudança crítica ajudou Winnicott a compreender melhor os primeiros terrores e preocupações da criança. Os freudianos clássicos tendem a interpretar a ansiedade como sendo medo da castração, causado pela ameaça do pai zangado de mutilar os genitais do filho em retaliação aos desejos incestuosos da criança com relação à mãe. Winnicott nunca negou a existência da ansiedade de castração, mas fez uso das teorias de Klein para detectar algumas ansiedades pré-edípicas muito mais primitivas que o medo da castração. Ele estudou a ansiedade muito mais aterrorizante de cair dos braços da mãe, uma queda eterna num abismo caótico, que resulta em desintegração, angústia impensável, e num horror à morte (Kahr, 1997, p. 70).

Deste modo, na perspectiva winnicottiana, o tema da ansiedade merece ser abordado desde o começo da vida do ser humano, uma vez que a “resolução” das ansiedades primitivas depende diretamente do amparo ou desamparo do ambiente para com o bebê. Portanto, os acontecimentos no início da vida marcam a maneira como o indivíduo irá lidar com a ansiedade ao longo do desenvolvimento.

1.2.2 A influência do ambiente nas manifestações de ansiedade durante o desenvolvimento emocional

Do ponto de vista de Winnicott (1963/1983), a ansiedade é parte constituinte do desenvolvimento emocional. Este conceito perpassa toda a sua obra. A ansiedade acompanha,

assim, o processo maturativo da criança que depende tanto do potencial herdado quanto da evolução da provisão ambiental. Nesse sentido, desde a vida intrauterina, o bebê depende da provisão física da mãe e continua necessitando dos cuidados da mesma para sobreviver após seu nascimento. Com isso, é importante mencionar o texto de Winnicott (1949/2000b) intitulado: “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade”. Nesse contexto, o autor retoma a ideia de Freud acerca da relação entre o trauma do nascimento e a ansiedade, tecendo diversos questionamentos sobre o assunto e formula sua própria tese. Para o autor, seria mais adequado distinguir o acontecimento do nascimento em “experiência do nascimento” e “trauma do nascimento”. Desta maneira, a experiência do nascimento é considerada um processo normal. No entanto, quando tal normalidade passa de limites normais, ocorre o trauma do nascimento.

Winnicott (1949/2000b) salienta que a ansiedade é um fenômeno universal e, logo, não poderia estar atrelada somente ao nascimento traumático. Refere que seria lógico tentar relacioná-la à experiência do nascimento normal (não traumático). “É difícil pensar na ansiedade como sendo determinada por um trauma do nascimento, pois isto implicaria que o indivíduo recém-nascido de modo natural não teria ansiedade ou não teria como mostrar que está ansioso” (p. 262).

Quanto à palavra ansiedade, Winnicott (1949/2000b) ainda faz uma ressalva, afirmando que, para utilizá-la, é preciso que o indivíduo tenha atingido certo nível de maturidade psíquica, assim como a capacidade para a repressão, pois “não existe repressão nem inconsciente reprimido nesse estágio tão inicial” (p. 262) do começo da vida. Trata-se, portanto, de um momento pré-verbal, pré-psíquico e pré-representacional anterior ao uso de mecanismos mentais e do reconhecimento das pulsões como parte do *self* (Dias, 1998). As ansiedades originadas nesse estágio inicial da vida podem ser chamadas de *ansiedade de aniquilamento*, *angústias inimagináveis* e *agonias impensáveis*. Como tais ansiedades referem-se a um momento pré-verbal, não podem ser definidas em termos de relações representacionais de objeto (percepção, fantasia, simbolização) (Loparic, 1996).

No desenvolvimento emocional saudável, mesmo antes do parto, o bebê já possui um conhecimento rudimentar acerca dos momentos em que há a predominância do ambiente em detrimento do eu e que lhe provocam reações. Todavia, tais perturbações ambientais, desde que não excedam certo limite, são consideradas um estímulo valioso. Destarte, na saúde, a experiência do nascimento é uma amostra de algo que o bebê já conhece e, deste modo, está preparado para certa intrusão ambiental. Portanto, o nascimento pode ser compreendido como uma fase *temporária* de reação e de perda de identidade que interfere no “continuar a ser” pessoal, mas para a qual o bebê já *estava preparado* (Winnicott, 1949 /2000b).

O ambiente inicial do bebê é representado pela mãe ou seu substituto, e esta interação é a primeira de muitas outras. Em 1949, Winnicott (2000b) refere que uma mãe saudável é capaz de entregar-se desde o trabalho de parto, identificando-se com o bebê. Mais tarde, em 1956, o autor elabora melhor essa ideia. Acrescenta que a mãe estaria em um estado psicológico especial chamado *Preocupação Materna Primária* (PMP). Esse estado psicológico implica uma sensibilidade exacerbada que Winnicott (1956/2000a) descreveu como uma *doença normal*. Nesse momento, a mãe passa por um retraimento, uma dissociação, ou mesmo um distúrbio como um episódio esquizoide, no qual um determinado aspecto da personalidade toma conta por algum tempo, até que ela possa recuperar-se dele. Tal estado possibilita uma adaptação sensível às necessidades do bebê, ou seja, um amparo ambiental desde os primeiros momentos.

Winnicott (1963/1983) refere que os processos pelos quais passa o ser humano se constituem em um “vir-a-ser”, ou seja, “uma espécie de plano para a existência” (p. 82). Uma mãe biológica, adotiva ou qualquer outra mulher capaz de se dedicar por um período, isto é, que consiga desenvolver o estado de PMP, identificando-se com o bebê, oferece um meio para que a constituição da criança se manifeste, assim como suas tendências ao desenvolvimento (Winnicott, 1956/2000a; 1963/1983). Portanto, é oferecida uma proteção ao vir a ser do bebê e, dessa maneira, ele encontra-se amparado.

Deste modo, nas primeiras semanas depois do nascimento do bebê, a mãe está completamente devota aos cuidados do mesmo. Ela identifica-se com o lactente e, por isso, utiliza suas próprias experiências como bebê para compreendê-lo. Pode-se dizer, então, que a mãe encontra-se em um estado dependente e vulnerável, confrontada com o desamparo que caracteriza o bebê (Winnicott, 1963/1983). “As pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é” (Winnicott, 1968/1988, p. 91).

Nesse sentido, é importante pensar em quem ampara essa mãe. Winnicott (1963/1983) já afirmava que, no começo da vida do bebê, ela sozinha é o ambiente favorável; no entanto, precisa do apoio fornecido pelo pai da criança, por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. A mulher necessita de auxílio para poder dar conta desse estado de desamparo que permeia o início da relação mãe-bebê. O papel do pai consiste em colaborar com o amparo (a sustentação, o *holding*) oferecido ao bebê, possibilitando que a mãe cumpra a sua função, sem ter que se ocupar das características paternas. Desse modo, permite o desenvolvimento de diferentes sentimentos e experiências na criança em relação à mãe e ao

pai (Abadi, 1998). Esse período inicial de extrema dependência é chamado estágio de *dependência absoluta*².

No que se refere à relação ambiente-bebê, Winnicott (1956/2000a) salienta que são as reações do bebê às intrusões que devem ser levadas em consideração, não as intrusões em si mesmas. Tendo em vista um desenvolvimento emocional com poucas reações da criança, pode-se dizer que houve um amparo do ambiente; isso porque as falhas ambientais acontecem, mas, quando o cuidado que as corrige ocorre no tempo certo, tal situação é sentida como uma comunicação de amor, pelo fato de haver ali um ser humano que se preocupa (Winnicott, 1968/1988). Nesse contexto, segundo a teoria winnicottiana, a mãe pode proporcionar uma adaptação suficientemente boa às necessidades do bebê, que sofre pouca perturbação devido a reações à intrusão (Winnicott, 1956/2000a). Diante de um ambiente suficientemente bom, o bebê começa a experimentar movimentos espontâneos e se torna dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial. Dessa forma, instauram-se as funções corporais que alicerçam a construção de um ego corporal. Deste modo, se lançam os alicerces para a saúde mental futura (Winnicott, 1956/2000a; 1963/1983).

Em suma, se desde o início (na gestação e no parto) houver uma sensibilidade por parte da mãe em se identificar com o seu bebê e atender as suas necessidades físicas e, conseqüentemente, tiver sido propiciado um ambiente suficientemente bom, pode-se dizer que foram fornecidas as bases para o estabelecimento do ego. Assim, a primeira organização do ego é oriunda de ameaças de aniquilação que não se concretizam e, por isso, o bebê se recupera. A confiança na recuperação transforma-se em capacidade do ego de suportar frustrações, dominar as pulsões e defrontar-se com todas as dificuldades inerentes à vida. Com isso, o bebê se torna capaz de ter um eu (*self*) (Winnicott, 1956/2000a).

Conforme mencionado, desde o nascimento, o bebê precisa de uma adaptação ativa do ambiente e é capaz de suportar reagir por um período limitado de tempo. Quando, porém, as perturbações ambientais são prolongadas e ultrapassam certo limite, a reação pode ser tão intensa “a ponto de cortar o fio do seu processo pessoal e contínuo” (Winnicott, 1949/2000b, p. 262). Reações em excesso acarretam intensas ameaças de aniquilação. Dessa forma, nessa fase inicial, a falha materna não é sentida como falha e sim como uma ameaça à existência pessoal, uma ansiedade muito primitiva (Winnicott, 1956/2000a).

O que estou descrevendo tem início antes do estabelecimento de padrões instintivos... O excesso de reações não provoca frustração, mas uma ameaça de aniquilação. A meu ver, esta é uma ansiedade

² Destaca-se que os três processos de *integração, personalização e realização* (Winnicott, 1945/2000) desenvolvem-se gradualmente e estão atrelados à passagem pelos estágios de desenvolvimento como a *dependência absoluta*, a *dependência relativa* e *rumo à independência* (Winnicott, 1963/1983).

muitíssimo primitiva, muito anterior a qualquer ansiedade que inclua a palavra morte em sua descrição (Winnicott, 1956/2000a, p. 403).

Se houver reações em demasia desde o início da vida, pode-se dizer que a experiência do nascimento tornou-se traumática a ponto de ser interrompido o continuar a ser pessoal do indivíduo, tornando-se um fator adverso ao desenvolvimento do ego. O trauma pode ser compreendido como sendo um montante de reações automáticas do bebê à intrusão ambiental. Desse modo, o infante é obrigado a reagir, ao invés de continuar-a-ser e atingir a temporalização (tendência à integração). Destarte, o bebê fica à mercê das ansiedades impensáveis que culminam no perigo extremo de cair fora da existência ou que a mesma não se dê ou se perca. Um ambiente que é caracterizado pela imprevisibilidade torna-se um fator traumático para o lactente, pois o mesmo não consegue absorver o sentido de previsibilidade; por conseguinte, não pode se temporalizar e estabelecer um padrão de reagir ao imprevisível (Dias, 1998). Pode-se entender que o bebê estaria desamparado, faltando-lhe auxílio e proteção.

No início do desenvolvimento, o bebê tem um ego extremamente imaturo e, se ainda necessita fazer frente a prolongadas intrusões ambientais, pode ser vítima de uma falsa integração, já que tal ambiente não pode ser sentido pelo bebê como uma projeção de seus impulsos agressivos. A *integração* é um dos três processos que ocorre no desenvolvimento emocional inicial. Esse corresponde, inicialmente, a uma não integração primária, na qual o bebê necessita de alguém que lhe junte os pedaços, para que possa vir a se autointegrar e conquistar confiança. Já os outros processos são: a *personalização* (instalação gradual da psique no corpo) e a *realização* (apreciação do tempo e do espaço – começo do contato com a realidade) (Winnicott, 1945/2000).

Entende-se que traumas precoces, tal como o trauma do nascimento, já prejudicam os processos de integração do indivíduo. Com isso, tais experiências “determinam não tanto os padrões da ansiedade subsequente, quanto determinam os padrões da subsequente perseguição (padrão da disposição paranoide)” (Winnicott, 1949/2000b, p. 272) e podem também causar distúrbios psicossomáticos (padrões da hipocondria). Tendo ocorrido uma falha nesse primeiro estágio de dependência absoluta, sem uma provisão ambiental suficientemente boa, o resultado é a aniquilação do eu do bebê. Assim, o sentimento de realidade está ausente. Nesse contexto, se não existir o caos em excesso (psicose), o resultado é um sentimento de inutilidade e surge um eu falso que esconde o eu verdadeiro (Winnicott, 1956/2000a).

Em síntese, existem dois tipos de falhas. O primeiro são *falhas menores de adaptação*, que fazem parte do cotidiano, do retorno da mãe às suas atividades e do fato de ela se tornar relativamente independente das necessidades da criança. A mãe deve ser capaz de

gradualmente falhar. Uma mãe que não consegue fazer esse processo está falhando de uma outra maneira (Winnicott, 1963/1983). O segundo são as chamadas *falhas básicas* do meio ambiente, que não foram corrigidas e que produzem três tipos de ansiedade: ansiedade de não-integração, que se transforma em um sentimento de desintegração (ser feito em pedaços, cair para sempre, completo isolamento); ansiedade devido à ausência de ligação entre psique e soma, que culmina em um sentimento de despersonalização; e ansiedade correspondente à sensação de que o centro de gravidade da consciência foi passado do cerne para a casca, gerando um *falso self* (Winnicott, 1952/2000, 1968/1988). Nesse sentido, pode-se dizer que a falha do ambiente é sentida como sendo uma invasão e, por isso, ocorre o retraimento como uma defesa; o falso *self* submisso aceita as exigências do meio, no intuito de proteger o *self* verdadeiro de novas invasões (Winnicott, 1960/1983).

Para Winnicott (1952/2000), “a ansiedade mais antiga é aquela relativa a sentir-se seguro de um modo inseguro” (p. 164). Refere ainda que determinados tipos de ansiedade na infância podem ser evitados por meio de um cuidado suficientemente bom. Desse modo, através da sustentação (*holding*) e do manejo geral suficientemente bom no decorrer do desenvolvimento, o cerne do indivíduo – que, no início da vida, é compreendido como ambiente-indivíduo – consegue, aos poucos, se localizar no indivíduo. Isso acontece porque, mediante o amparo do ambiente, tanto os sentimentos de perseguição externa, de desintegração e de perda de contato entre a psique e o soma podem ser neutralizados. Como resultado, o centro de gravidade do ser pode ir se estabelecendo no cerne, ao invés de na casca. Ocorre, então, um desenvolvimento que “pode localizar-se no corpo do bebê, começando a criar um mundo externo, ao mesmo tempo em que adquire uma membrana limitadora e um interior” (Winnicott, 1952/2000, p. 166).

É importante frisar que a ansiedade é inerente ao crescimento, perpassando todos os estágios do desenvolvimento (dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência) e está relacionada aos fenômenos resultantes das falhas na técnica do cuidar (Winnicott, 1952/2000). Sob a perspectiva desenvolvimental, cabe ressaltar que os fenômenos transicionais são cruciais na obra winnicottiana, sendo uma das mais importantes contribuições do autor para a psicanálise. Dessa forma, será abordada, sumariamente, a relação desses fenômenos com a ansiedade na criança.

Conforme já descrito, no primeiro estágio, acontece a PMP, que permite uma comunicação silenciosa entre a mãe e o bebê. Ela tem a capacidade de concretizar aquilo que o filho está procurando: o seio aparece para ele no momento certo, causando a sensação de que o bebê o criou. No entanto, não poderia tê-lo feito se a mãe não chegasse a tempo (Winnicott, 1968/1988). Deste modo, a mãe propicia que o *infans* tenha a ilusão de que o que

está ali é algo criado por ele, proporcionando não somente a satisfação de suas necessidades, mas também a crença na realidade como algo acerca do qual se pode ter ilusões. Quando o bebê cria o seio, esse processo de ilusão remete à criatividade e ele cria a própria existência.

No momento em que o bebê acredita que é capaz de criar o objeto do qual necessita (fenômeno da ilusão), inicia-se também o relacionamento com a realidade externa e vai se estabelecendo um sentimento de *self* e de continuidade de ser (Winnicott, 1948/2000, 1951/2000, 1968/1988). Assim, o criar torna-se importante na medida em que os elementos que fazem parte da constituição do *self* podem ser vividos como aspectos significativos e expressivos de seu modo de ser (Safra, 2005). A partir dessa experiência de onipotência inicial, o bebê é capaz de experimentar a frustração (Winnicott, 1948/2000, 1951/2000, 1968/1988).

Após terem sido proporcionadas suficientes experiências de ilusão, a mãe suficientemente boa, aos poucos, comete pequenas falhas de adaptação em relação à provisão das necessidades do bebê, desiludindo-o. Winnicott (1960/1983, 1963/1983) refere a importância de o bebê processar uma progressiva desilusão das ilusões, ocorrendo, nesse contexto, a transição para o estágio seguinte de desenvolvimento: a dependência relativa. Por meio dessa gradual desilusão, o bebê consegue guardar na memória a lembrança da mãe até ela retornar, e isso contribui para a introdução do princípio da realidade (Winnicott, 1949/2000b; Abram, 2000).

No entanto, cabe salientar que a diferenciação eu e não-eu é algo progressivo. É nesse contexto que ocorrem os fenômenos transicionais. Tais fenômenos acontecem no espaço potencial, em uma área intermediária entre as realidades interna e externa, ou seja, existe um espaço de transição do mundo imaginário para o mundo da realidade (também chamado terceira área, local de repouso ou, ainda, localização da experiência cultural (Abram, 2000). Winnicott (1951/2000) refere que esse é o espaço onde está a cultura, o ser e a criatividade. Representa o encontro entre a vivência subjetiva e o que é objetivamente percebido. Winnicott (1968/1988) define esse espaço como sendo

a área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em objeto transicional, o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe (p. 89).

Segundo Winnicott (1951/2000), um pedaço de pano, por exemplo, pode ser um objeto transicional, porque simboliza um objeto parcial (seio). Contudo, o seu principal valor “reside menos em seu simbolismo que em sua realidade” (p. 321), ou seja, o fato de não ser o seio é tão vital quanto representá-lo. O simbolismo ocorre ao longo do processo de crescimento e, quando a criança é capaz de usá-lo, também já pode distinguir entre fato e

fantasia, objetos internos e externos, criatividade primária e percepção. Porém, quando o bebê representa a mãe ausente através do objeto transicional, está reconhecendo a sua perda e, ao mesmo tempo, a recupera em fantasia. É nesse movimento que o objeto transicional “abre espaço para a possibilidade de aceitar diferenças e similaridades” e pode ser indicado como sendo “a raiz do simbolismo no tempo” (p. 321).

Alguns aspectos fundamentais do objeto transicional referem-se ao fato de ele poder ser amado, mutilado, e sobreviver ao amor e ao ódio. Esta sobrevivência prepara a criança para as experiências de externalidade. Os objetos transicionais funcionam como uma defesa contra a ansiedade, especialmente a ansiedade depressiva. Assim, o objeto transicional torna-se necessário para a criança nos momentos de dormir ou nos quais sente solidão e, especialmente, quando surge ameaça de um humor depressivo (Winnicott, 1951/2000).

Cabe ressaltar que o bebê só poderá fazer uso do objeto transicional quando o objeto interno está vivo, é real e suficientemente bom. No entanto, o objeto interno ainda depende da existência, da vitalidade e do comportamento do objeto externo (os cuidados do ambiente em geral). Se esse último, de forma prolongada, não for suficientemente bom, o objeto interno perde sentido para a criança e, por consequência, o objeto transicional (Winnicott, 1951/2000). Sem a vivência dos fenômenos transicionais, a criança não consegue incorporar o sentido de segurança, não podendo distrair-se com o objeto transicional. De acordo com Goldstein (1992), uma das funções do objeto transicional é conter a ansiedade da criança; entretendo-a “*se doma la angustia y el ser se entre-tiene*” (p. 12). Caso não seja possível esta vivência, a criança permanece em alerta para prevenir possíveis invasões. Deste modo, a destruição do objeto subjetivo acarreta na perda da capacidade simbólica do objeto transicional (Dias, 2003).

Na saúde, o objeto transicional não é objeto de luto, tampouco é reprimido. Ele simplesmente perde sua significação. Isso acontece porque os fenômenos transicionais se ampliaram em relação a novos objetos, e essa transicionalidade torna-se um modo de funcionamento psíquico que é transferido para outras experiências. O uso saudável do objeto transicional torna-se o modelo para outros processos de simbolização, tais como: o jogo, a criatividade, a fantasia, a arte e o sonhar. Caso contrário, uma fixação excessiva desse objeto pode gerar o “fetichismo”, a mentira, os roubos, as adições, o talismã dos rituais obsessivos, o objeto que acompanha as fobias. Quando ocorre esse uso “fetichizado”, o objeto não serve para elaborar a perda, mas sim para negá-la (ocorre fantasias de fusão), e o processo simbólico fica prejudicado. Em suma, o objeto transicional tem a função de proteger a criança tanto da perda da mãe como do risco de fusão com ela. Ou seja, mantém, ao mesmo tempo, a

separação e a união, permitindo o desenvolvimento das capacidades psíquicas da criança (Abadi, 1998).

Todos os processos pelos quais passa o ser humano nos estágios de dependência absoluta e de dependência relativa influenciam o próximo estágio, a saber: rumo à independência (que vai desde a criança pré-escolar à púbere). Nesse último estágio, se ocorreu até então um desenvolvimento saudável, pode-se dizer que já há representação simbólica, com diferenciação entre realidade interna-externa, e eu-não eu, o que proporciona a comunicação em palavras. A partir da capacidade da mãe de colocar-se com firmeza e autoridade, instauram-se as primeiras noções da função paterna que garantirão à criança condições de reconhecer o pai como pessoa diferente da mãe. Em seguida, o próprio pai poderá colaborar para as experiências da criança através de novos aspectos do meio. Então, mediante a crescente personalização, a criança adquire a sensação de possuir um *self* contínuo no tempo e no espaço. Ela consegue ter uma vida social e certa independência. A sociedade é um exemplo de seu mundo pessoal e dos fenômenos externos. Logo, a criança torna-se capaz de viver uma existência pessoal satisfatória (Winnicott, 1963/1983).

Neste estágio que abrange a latência, ainda que as crianças tenham uma dependência, são capazes de sentirem-se satisfeitas (Winnicott, 1963/1983). Isso porque, ao mesmo tempo em que os pais apresentam o mundo aos filhos – permitindo a exploração e a aquisição de novas experiências – também os estão acompanhando (protegendo-os) nessa caminhada do excesso de estímulos externos, atenuando, assim, a ansiedade. Dessa maneira, o casal parental, como representante da estrutura familiar, funciona como espaço transicional entre a criança e suas relações mais próximas e com o mundo social. Nessa transição, a família vai possibilitando gradualmente a formação de outros vínculos da criança com o meio: avós, tios, primos, ambiente escolar, atividades sociais e culturais. Ao longo desse estágio, observa-se uma evolução intelectual da criança (Abadi, 1998).

Em suma, em toda a sua obra, Winnicott destaca a influência do ambiente para a formação do psiquismo infantil. Ao longo do desenvolvimento emocional, desde o nascimento do bebê a função da mãe, respaldada pelo pai é poder dar sustentação ou amparo àquele pequeno Ser tentando reduzir as invasões traumáticas. No caso de sucessivas falhas dessa função no início da vida, há a emergência das ansiedades impensáveis. Essas agonias primitivas acionam defesas também neste nível. Por exemplo, a cisão (típico de quadros psicóticos) ou uma “uma defesa de auto-sustentação precoce e excessiva” (Abadi, 1998, p. 131) como é o caso do falso *self*. Assim, para que o *self* possa se constituir num sentimento de identidade é necessário certas condições externas durante o desenvolvimento emocional. Nesse processo, o verdadeiro *self* vai se formando e ao mesmo tempo vão surgindo os

mecanismos de adaptação que originam as organizações *falso self*. Essas podem ser compreendidas em um *continuum*, desde adaptações necessárias a vida social até estruturas defensivas patológicas (nesse caso, o falso *self* predomina sobre o verdadeiro).

Conforme pode ser observado, em toda obra winnicottiana, evidencia-se o papel central do ambiente, ou seja, o mesmo é decisivo sobre o desenvolvimento psíquico do ser humano. O *self* somente terá condições de amadurecer se estiver amparado por um ambiente humano que atende às suas necessidades favorecendo a integração e sustentando a caminhada da dependência à independência. Em um sentido figurado, Winnicott (1949/2000b) aponta que os indivíduos estão à procura de um novo nascimento, que não sejam perturbados por intrusões ambientais que causam uma quantidade de reações maior do que pode ser suportado pelo ego a fim de garantir a continuidade da existência pessoal. Nesse sentido, é importante pensar qual a relação entre a ansiedade da criança e o seu ambiente familiar e em como o ambiente terapêutico, no sentido da relação terapeuta-paciente, pode ajudar nesse “novo nascimento”.

1.3 A Consulta Terapêutica de Winnicott: Uma Modalidade de Intervenção

A partir de sua experiência como pediatra, atendendo a um grande número de crianças, Winnicott (1971/1984) constatou a importância de se considerar a dependência do bebê aos cuidados do ambiente como fundamentais para a constituição do psiquismo infantil. Portanto, ele postulou a importância de se avaliar a influência dos fatores ambientais na saúde psíquica dos indivíduos e, conseqüentemente, reconheceu que a prática deveria incluir a avaliação ambiental para efetuar-se um diagnóstico completo em psiquiatria. Sendo assim, este autor destacou uma modalidade técnica de atendimento breve que incluía a família como auxiliar no tratamento infantil, a saber: a Consulta Terapêutica (CT). Nesse contexto, a ideia fundamental da técnica foi proporcionar à criança um espaço de autoexpressão abrangendo entrevistas com os pais seguidas de orientação.

As CTs se constituem numa possibilidade de avaliação e intervenção tendo em vista a importância das primeiras sessões nas quais há uma comunicação significativa entre paciente e terapeuta. Essa comunicação tem como base o momento de pedido de ajuda do paciente que anseia encontrar nesse espaço com quem o atende o objeto necessitado para a superação da sua dificuldade. A comunicação entre paciente e terapeuta ocorre em um nível verbal e não-verbal (por meio da fala, do brincar, dos desenhos). Nesses momentos, emergem aspectos essenciais da vida do paciente que estão relacionados ao motivo da consulta dos quais ele não tinha consciência. Assim, na primeira entrevista o paciente mostra-se disponível para trazer o máximo de informações sobre si mesmo (Winnicott, 1965/1994).

No intuito de facilitar a comunicação com a criança, Winnicott (1964-1968/1994) utilizava o Jogo de Rabiscos (JR) como uma técnica durante a realização das CTs. O JR consistia em uma forma de entrar em contato com o paciente, utilizando lápis e papel. “*Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar*”. Há uma mesa entre a criança e o terapeuta, com papel e dois lápis. Primeiro ele apanha um pouco de papel e rasga as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estão fazendo não é freneticamente importante e, então, começa a explicar. Diz: “*Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim...*”. Ele fecha os olhos e faz um rabisco às cegas. Prossegue com a explicação, dizendo: “*Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco*”. “Isto é tudo o que existe a título de técnica, e tem-se de enfatizar que sou totalmente flexível mesmo neste estágio muito inicial, de maneira que se a criança quer desenhar, ou conversar, ou brincar com brinquedos, ou fazer música ou traquinagens, fico livre para adaptar-me aos desejos dela” (p. 232).

Ao contrário de jogos com regras, sua principal característica é a flexibilidade. Destarte, no jogo, o terapeuta faz um rabisco sem propósito, que pode ser transformado pelo paciente em um desenho. Em seguida, o paciente faz o seu rabisco e o terapeuta pode transformá-lo em outro desenho e assim por diante. Ao longo dessa técnica o paciente escolhe se prefere desenhar sozinho, nomear os rabiscos, em vez de produzir ativamente transformações gráficas, ou parar o jogo e conversar. Dessa maneira, o JR é mais um recurso que pode ser utilizado durante as CTs (Winnicott, 1964-1968/1994).

É um jogo que duas pessoas quaisquer podem jogar, mas geralmente, na vida social, o jogo rapidamente deixa de ter significado. A razão por que este jogo pode ter valor para a consulta terapêutica é que o terapeuta utiliza os resultados de acordo com o seu conhecimento sobre o que a criança gostaria de comunicar. É a maneira pela qual o material produzido no ato de brincar ou jogar é utilizado que mantém a criança interessada (Winnicott, 1964-1968/1994, p. 231).

Cabe destacar que a brevidade do número de sessões nas consultas (entre uma e três) teve um motivo pragmático para Winnicott (1962/1983). Ele estava preocupado com a grande demanda de crianças que necessitavam atendimento em comparação com a escassez de profissionais para atendê-las. Dentro desse contexto, referiu a importância de se levar em conta as condições socioeconômicas dos pacientes como elemento de distinção entre as CTs às práticas psicanalíticas. Ao tecer comparações entre tais modalidades, o autor revelou que “Em análise se pergunta: *quanto* se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: *quão pouco* é necessário ser feito?” (p. 152). Nesse sentido, pode-se dizer que há diferenças de variações da técnica. No entanto, Winnicott (1971/1984) sustenta que para realizar as CTs

o profissional deve ter uma formação analítica incluindo análise pessoal e experiência em tratamentos psicanalíticos prolongados.

As CTs caracterizam-se por ser um procedimento terapêutico eficaz e econômico, servindo tanto como instrumento de pesquisa dos mecanismos primários do desenvolvimento, quanto como elemento de diagnóstico. Durante as consultas a criança tem a oportunidade de expressar suas necessidades, conflitos e tensões. O terapeuta, por sua vez, a compreende e realiza intervenções a partir das experiências da dupla. Deste modo, é possível realizar um diagnóstico dinâmico norteador das orientações aos pais. Após, são combinados retornos esporádicos da criança para fins de acompanhamento do caso. É de suma importância a realização do diagnóstico relativo ao meio ambiente (situações familiares e sociais, fatores econômicos) no tratamento das crianças (Winnicott, 1971/1984).

Traçando-se um paralelo entre a concepção winnicottiana de mãe suficientemente boa e o trabalho do terapeuta (Loparic, 1996; Dias, 1998, 1999), inclusive nas CTs, pode-se dizer que esse profissional tem função semelhante à da mãe em estado de devoção no cuidado de seu bebê. De acordo com a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, na saúde o bebê constrói gradualmente a realidade compartilhada graças aos processos de apercepção e ilusão. Quando a mãe está a serviço do objeto subjetivo necessitado pela criança ocorre o fenômeno da ilusão que favorece a criatividade originária, permitindo no futuro que as experiências de vida do bebê se tornem pessoais. O terapeuta deve ser capaz de favorecer o processo de ilusão por meio de sua postura de confiabilidade e previsibilidade profissional e ambiental (Dias, 1999). Em decorrência, poderá ocorrer o estabelecimento de um espaço potencial ou terceira área de experiência, onde acontecem os fenômenos transicionais. Assim, é possível uma comunicação autêntica, um diálogo por meio da atividade lúdica, do brincar mútuo. Winnicott (1971/1984) referiu que o terapeuta que tem a capacidade de brincar consegue ao mesmo tempo em que se identifica com seu paciente, preservar sua identidade pessoal e atentar para os acontecimentos à luz da teoria.

De modo mais específico, a teoria winnicottiana compreende que um bom trabalho terapêutico perpassa a mesma qualidade subjetiva da relação mãe-bebê e, portanto, deverá estar presente na transferência e contratransferência das relações terapêuticas de cuidado. Por esse motivo, o *setting* terapêutico deve propiciar o mesmo *holding* que a mãe suficientemente boa oferece ao seu bebê. Ou seja, constância, previsibilidade e confiabilidade por meio do terapeuta que é capaz de ajustar-se às expectativas da criança propiciando o aparecimento do *self* verdadeiro. No que diz respeito ao *handling* ou o manejo adequado do terapeuta, essa conduta contribui para a emergência de uma comunicação significativa com o paciente (Lins, 2006). Para tanto, é necessário que o profissional não “atropele” a brincadeira da criança com

interpretações prematuras e saiba ouvi-la, respeitando seu ritmo e suas características, assim como a experiência da dupla a cada momento. Dessa maneira, uma interpretação precoce, pode ser sentida pelo paciente como uma invasão ambiental, podendo esse submeter-se ou reagir à invasão.

Winnicott (1971/1984) destacou que no trabalho de CTs ele geralmente não realiza interpretações, mas quando o faz aguarda até que o aspecto essencial da comunicação da criança apareça.

Sempre que compreendemos profundamente um paciente e mostramos isso através de uma interpretação correta e oportuna, estamos, de fato, oferecendo um *holding* ao paciente e tomando parte de um relacionamento no qual o paciente está, em algum grau, regredido e dependente (Winnicott, 1972/1991, p. 215).

A partir de uma adaptação às necessidades da criança sem invadi-la, de um *holding* no ambiente terapêutico, sendo esse identificável como um ambiente facilitador, o resultado é a confiabilidade. Por meio de um ambiente confiável, a integração psíquica normal conservará a capacidade de regressar a estados de não-integração, que diz respeito a “um estado normal do bebê, que pode permanecer relaxado enquanto a mãe se encarrega da função de sustentação” (Abadi, 1998, p. 86). Deste modo, o paciente encontra-se menos defensivo podendo vir à tona o verdadeiro *self*. Por meio dessa comunicação não-verbal e indiferenciada, na qual o terapeuta passa a ser concebido como objeto subjetivo, há o alcance da integração de aspectos cindidos do paciente. A ocorrência dos processos integrativos propicia a ocorrência da experiência (principal intervenção nas CTs, sendo a comunicação verbal uma facilitadora do processo, portanto, interpretação é usada quando necessária), que por sua vez auxilia o indivíduo a se conhecer (Winnicott, 1962/1983; 1971/1984). A essência das CTs está na elaboração do material não defendido do paciente, inerente à natureza humana e que se mostra presente por meio da transferência desde as primeiras consultas. Então, a intenção das CTs é a busca da integração do paciente (na presença de terapeuta) de alguma dificuldade, sofrimento ou qualquer aspecto dissociado da personalidade.

Nesse sentido, tendo em vista a comunicação em nível pré-verbal que permeia a transferência e a contratransferência nos processos de CTs, Winnicott (1971/1984) referiu que essa é o ponto crucial da consulta e, ao mesmo tempo, o aspecto mais difícil de ser transmitido aos colegas que exercem a psicanálise. Portanto, cada encontro tem a sua singularidade, haja vista que cada terapeuta tem as suas limitações e capacidades. Assim, o autor relatou que outros resultados seriam obtidos se ao invés dele, como analista, estivesse presente outro psiquiatra.

As CTs são modalidades específicas de intervenção e ajuda a partir do ritmo e do manejo da temporalidade próprios de cada paciente que facilitam os processos integrativos e a

constituição do si-mesmo. De acordo com o enfoque winnicottiano, não se almeja a cura de quadros psicopatológicos, mas sim favorecer o acontecimento de experiências nas quais o paciente consegue dar um sentido único e verdadeiro a sua existência (Aiello-Vaisberg, 2004).

Cabe destacar que, na perspectiva winnicottiana, toda situação nas consultas deve ser compreendida levando-se em conta o contexto ambiental. Dessa maneira, Winnicott (1965/1994) questionou-se se o ambiente no qual a criança está inserida é capaz de favorecer os progressos alcançados no ambiente terapêutico.

Se a criança sai da consulta terapêutica e retorna para uma situação familiar ou social anormal, então não há provisão ambiental alguma da espécie necessária e que eu julgaria admissível. Confio em um 'ambiente expectável médio' para encontrar e utilizar as mudanças que ocorrem no menino ou na menina durante a entrevista, mudanças que indicam uma anulação da dificuldade no processo de desenvolvimento. De fato, a principal dificuldade na avaliação dos casos para essa espécie de trabalho é a de avaliar o meio ambiente imediato da criança (Winnicott, 1971/1984, p. 13).

De acordo com Winnicott (1956/2000b), por meio da inclusão dos pais no processo psicoterápico da criança, é possível a mobilização da reparação materna ou paterna e dos aspectos de autoconfiança, surtindo efeitos terapêuticos nos próprios pais. Tendo em vista que os pais revivem os mesmos estágios de desenvolvimento do filho, pode-se pensar que, a partir do contato terapêutico da criança com o profissional, aconteçam também modificações na dinâmica familiar. Deste modo, a utilização de testes psicológicos juntamente com a entrevista de avaliação dos pais torna-se fundamental para obter-se um panorama acerca de suas possibilidades de auxiliar terapêuticamente o filho. Assim, a sistematização de um tipo de CT com aplicação de testes projetivos na criança e nos pais, em um enfoque interventivo, preserva as vantagens do método winnicottiano tradicional e fornecer maior segurança no que se refere ao diagnóstico e prognóstico, implementando a qualidade dos encaminhamentos ulteriores, quando necessário (Barbieri, 2002).

1.4 Avaliação Psicológica

A área da avaliação psicológica passou – e ainda está passando – por uma série de mudanças. Devido à importância de se refletir sobre o tema, a Assembleia das Políticas Administrativas e Financeiras do Sistema Conselhos (APAF) definiu que 2011 seria o Ano da Avaliação Psicológica (Borges, Três, & Orsoletta, 2011). Essa área abrange uma das mais relevantes competências do psicólogo e envolve a aplicação de conhecimento teórico no entendimento do funcionamento psicológico de pessoas ou grupos, em relação a uma demanda específica de compreensão e previsão do comportamento (Primi, Muniz, & Nunes, 2009). Para Hutz (2009), o termo avaliação psicológica é usado para descrever um conjunto de procedimentos que tem por objetivo coletar dados para testar hipóteses clínicas, produzir

diagnósticos, descrever o funcionamento de indivíduos ou grupos e fazer previsões sobre comportamentos ou desempenho em situações específicas. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2007),

a avaliação psicológica é um processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas que, de acordo com cada área do conhecimento, requer metodologias específicas. Ela é dinâmica, e se constitui em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo, dentre eles, saúde, educação, trabalho e outros setores em que ela se fizer necessária (p. 8).

Nesse sentido, é importante destacar que existem diferentes tipos de avaliação psicológica, que podem ser classificadas conforme o contexto em que ocorrem, por exemplo, nas empresas, nos hospitais, no esporte, no âmbito jurídico, nos Detran's, nas orientações vocacionais, na clínica, etc (Conselho Federal de Psicologia, 2007; Urbina, 2007). Segundo Cunha (2000), a avaliação psicológica que tem uma finalidade clínica chama-se psicodiagnóstico. Para ela, “o psicodiagnóstico é uma tarefa do psicólogo clínico e a única que lhe é privativa” (p. 9).

O psicodiagnóstico, derivado da psicologia clínica, sofreu grande influência do modelo médico que, na psicopatologia, objetivava estudar os fenômenos psiquiátricos no intuito de confirmar hipóteses diagnósticas. Dessa maneira, o psicodiagnóstico orientava-se por um modelo psicométrico e behaviorista. No entanto, com a contribuição da psicanálise, passou-se a valorizar a importância da subjetividade (Ancona-Lopez, 1984), fazendo-se uso de observações e técnicas projetivas para estudar a personalidade, e enfatizando a relação psicólogo-paciente em seus aspectos transferenciais e contratransferenciais. Sendo assim, além do comportamento manifesto, foi possível atentar para os seus aspectos latentes (Ocampo, Arzeno, & Piccolo, 1986; Arzeno, 1995).

Ocampo et al. (1986) afirmam que os conceitos da psicanálise tornam-se úteis para a interpretação do material produzido pelo paciente. Todavia, os demais aspectos que fundamentam a relação terapeuta-paciente no referencial teórico psicanalítico não são utilizados no processo de psicodiagnóstico como método de investigação, já que a prática de tais fundamentos implica a aceitação de condutas do paciente (como atrasos, silêncios e produções espontâneas), que são incompatíveis com a aplicação de instrumentos no exame. Desta forma, na opinião de Ocampo et al. (1986), no *setting* avaliativo, ao contrário do terapêutico, não é bem-vindo o uso de intervenções, à exceção da entrevista de devolução. Nessa, os possíveis efeitos terapêuticos advindos das intervenções são compreendidos como involuntários, uma vez que o objetivo principal do processo gira em torno do diagnóstico. Assim, sob esse ponto de vista, intervenções terapêuticas ao longo do psicodiagnóstico

costumavam ser consideradas prejudiciais para o vínculo profissional-paciente (Barbieri, 2010b).

Barbieri (2002) vai de encontro a tais ideias, afirmando que é justamente ao se manter as diferenças de *setting* que o trabalho em psicodiagnóstico ficaria prejudicado. O psicólogo ficaria obrigado “a adotar uma postura de valorização daquilo que o sujeito faz em detrimento do que é, ou seja, considerá-lo como objeto parcial.... Além disso, um paciente repete atitudes e condutas exatamente porque elas não foram anteriormente compreendidas” (p. 72). É nesse contexto que se encontra um dos mais importantes diferenciais entre o psicodiagnóstico tradicional e o psicodiagnóstico interventivo de orientação psicanalítica para a compreensão da personalidade (Barbieri, 2010b), que será discutido a seguir.

1.5 Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica: Uma Avaliação Psicológica Terapêutica

O Psicodiagnóstico Interventivo (PI) é um procedimento com base na prática da psicologia clínica. Tem como objetivo diagnosticar e entender a problemática do indivíduo, fazendo uso integrado dos processos avaliativo e terapêutico. Portanto, destaca-se a concomitância da investigação e da intervenção (Aiello-Vaisberg, 1999).

Com isso, as intervenções já podem ser realizadas durante as entrevistas e a aplicação de testes, oferecendo ao paciente devoluções durante todo o processo avaliativo e não somente ao seu final (Barbieri, 2010b).

Ao longo da história da psicologia, já se observa o uso de testes projetivos como instrumentos terapêuticos. Nesse sentido, em 1935, Morgan e Murray relataram que o Teste de Apercepção Temática (TAT) poderia ser útil nos casos em que o paciente não precisa ou não pode levar a cabo uma análise completa. Desta maneira, o TAT é um instrumento eficaz no sentido de trazer à tona as fantasias inconscientes e ainda é útil como um procedimento anterior à análise ou mesmo um auxílio terapêutico nas entrevistas³.

Em 1974, Bellak retomou a ideia de Morgan e Murray, propondo que, após a aplicação na forma clássica, o examinador poderia apresentar ao paciente uma cópia das histórias produzidas e perguntar o que ele pensa sobre as mesmas. O autor refere que, costumeiramente, a resposta do paciente é uma simples narração, não relacionada a si mesmo. Por isso, ele comenta com o examinando já ter ouvido várias histórias diferentes a respeito dos cartões e, por vezes, exemplifica sua afirmação, apresentando certo número de temas distintos daqueles fornecidos às gravuras. O fato de as histórias serem diferentes causava forte impacto

³ “The test is an effective means of disclosing a person's unrecognized fantasies. The test may be useful as a preanalytic procedure or as an aid in brief analytic interviews” (Morgan & Murray, 1935, p. 289).

no paciente tornando partes de seu comportamento egodistônicas. Posteriormente, Bellak (1974) explora o material a partir de reflexões acerca dos motivos pelos quais a estória dos pacientes se diferencia dos demais. A leitura das narrações permite ao examinador verificar se existe percepção, pelo paciente, de denominadores comuns a elas (temas, sentimentos, pensamentos, características dos protagonistas, entre outros), o que propicia o gradual surgimento do *insight*. Assim, com base em fatores comuns que vão aparecendo, o examinador solicita associações livres e após discute todo o material novamente, com as análises e interpretações indicadas. Para realizar esse procedimento, o autor recomendava que o profissional devesse ter experiência clínica, uma vez que os princípios da psicoterapia se aplicavam ao uso do instrumento (Barbieri, 2002).

Logo em seguida, Friedenthal (1976) aplicou o Teste de Relações Objetivas (TRO) de Phillipson, fazendo uso de perguntas e solicitando esclarecimentos para, após, considerar o uso de assinalamentos e interpretações. Ela afirmava que a aplicação de técnicas projetivas, mesmo sem interpretações, possuía efeitos terapêuticos. Apesar de haver achados na história sobre o uso de intervenções no contexto da aplicação de testes projetivos, é a partir de 1990 que a literatura aponta para o surgimento de uma diversidade de modelos de PI fundamentados em diferentes referenciais teóricos e, portanto, fazendo uso de instrumentos variados. Desse modo, não há como definir uma uniformidade de procedimentos, tampouco uma unanimidade paradigmática no PI (Barbieri, 2010b). Nesse contexto, encontram-se os modelos: Psicométrico (Finn & Tonsager, 1997), Fenomenológico-Existencial (Fischer, 1979; Ancona-Lopez et al., 1995) e o Psicanalítico (Barbieri, 2002; Trinca, 2003; Aiello-Vaisberg, 2004; Tardivo, 2006).

Fora do Brasil, sob a perspectiva do modelo psicométrico, encontra-se a chamada *Therapeutic Assessment* ou avaliação terapêutica que teve início; utilizando o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade – Forma 2 (MMPI-2) na forma interventiva (Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997). Em nosso país, sob o enfoque fenomenológico-existencial, destaca-se o trabalho de Ancona-Lopez et al. (1995), que propôs o método do *psicodiagnóstico grupal interventivo*. O trabalho acontecia no contexto de clínica-escola com o intuito de reestruturar o atendimento psicológico de triagem e psicodiagnóstico infantil. Assim, eram utilizadas as técnicas da observação lúdica e aplicações coletivas de testes psicológicos com intervenções do examinador. Também de forma concomitante ao atendimento das crianças, os pais eram atendidos em grupo. A finalidade do grupo de pais era avaliar as suas condições de ajudar aos filhos, assim como fomentar outra percepção acerca dos problemas enfrentados. Deste modo, surgiram as primeiras triagens grupais, os grupos de espera em psicodiagnóstico e grupos de sensibilização para pais e crianças encaminhadas para

atendimento psicológico. Tais procedimentos proporcionaram uma diminuição de desistências e de reencaminhamentos dos pacientes.

Já o PI de orientação psicanalítica para compreensão da personalidade, que utiliza entrevistas e técnicas projetivas como meios de comunicação entre o psicólogo e o paciente, passou a ser mais disseminado a partir de 2000, com diversas contribuições (Barbieri, 2002; Trinca, 2003; Aiello-Vaisberg, 2004; Tardivo, 2006). Tendo em vista que a presente tese baseia-se no PI de orientação psicanalítica, essa modalidade será mais bem detalhada. Desta maneira, cabe ressaltar que houve uma evolução do psicodiagnóstico desde procedimentos calcados em um modelo médico de diagnóstico e tratamento para novas formas de atuação diagnóstica baseadas no raciocínio clínico (Paulo, 2005). Assim, inicialmente, havia um distanciamento do psicólogo para com o paciente, pois o objetivo principal era a realização da avaliação em detrimento da situação emocional presente em todo processo (Tardivo, 2000). É nesse sentido que o PI de orientação psicanalítica propõe uma mudança de modelos metodológicos positivistas para uma forma de trabalho que privilegia a relação entre sujeitos e a compreensão do paciente (Tardivo, 2007).

É válido salientar que este modelo de PI é herdeiro do Psicodiagnóstico Compreensivo (PC), que nasceu da necessidade de abordar vários fatores em um estudo de caso. Considera importante entender as dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais, levando em conta a dinâmica desenvolvimental e a maturação do indivíduo. O PC, portanto, é um procedimento clínico que busca dar sentido às informações colhidas, avaliando aspectos relevantes e significativos da personalidade do indivíduo. Por meio do contato emocional empático, busca entender a motivação latente dos sintomas do paciente, visando a uma compreensão mais ampla do indivíduo humano (Trinca, 1984).

De acordo com Trinca (1984), o PC organiza-se em termos de fatores estruturantes – os quais o PI também adota (Barbieri, 2010b) – tais como:

1. Explicar o que mobilizou a busca de atendimento no paciente, assim como o seu significado latente.
2. Entender a dinâmica emocional inconsciente do paciente, à luz dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais. Nesse sentido, torna-se importante o uso de técnicas de entrevistas livres e semiestruturadas, assim como a aplicação de testes projetivos. A compreensão do conteúdo inconsciente está atrelada à experiência clínica do profissional e do conhecimento de si mesmo.
3. Realizar uma avaliação psicológica global do paciente, pesquisando dados e informações, a fim de compreender os diversos aspectos de sua personalidade, de seu ambiente familiar e social, bem como da interação entre eles. Para isso, é necessário que a

coleta de dados envolva: observações, entrevistas, resultados dos testes psicológicos e de técnicas de investigação, impressões, sentimentos e pensamentos do psicólogo, conteúdo do material clínico, teorias e referenciais. A elaboração do diagnóstico abrange todos os aspectos significativos e centrais para realizar o estudo, desde o início do contato com o paciente até o desligamento.

4. Entender o paciente em sua totalidade, realizando uma síntese dinâmica e estrutural de sua vida psíquica. Isso inclui compreender as bases de funcionamento da personalidade, traços de caráter, organização e estrutura da personalidade e seus elementos constitutivos em interação com o mundo externo. É importante, portanto, levar em conta as forças intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais.

5. Selecionar os aspectos centrais para a elaboração do estudo de caso. Sendo assim, devem-se congregiar as principais forças psicopatológicas e psicopatogênicas, que se caracterizam pela intensidade, repetição, afetividade e prejuízos. No intuito de configurar os problemas psíquicos, é necessário descrever os principais focos de angústia, fantasias inconscientes e defesas usadas.

6. Prevaler o julgamento clínico do psicólogo. Para isso, esse profissional deve lançar mão dos recursos de sua mente para avaliar os dados, decidir sobre qual a importância e o significado dos mesmos e saber quando é importante utilizar testes objetivos. Por essas razões, o psicólogo deve ter, além de uma sensibilidade com as questões humanas, uma sólida bagagem teórica e experiência clínica.

7. Subordinar o diagnóstico e a avaliação psicológica ao pensamento clínico. Logo, a avaliação deve ser flexível, pois cada caso clínico tem suas particularidades. Sendo assim, os procedimentos não podem ser uniformes e imutáveis. Ao contrário, o processo se configura em torno dos fatores emergentes e significativos na situação única de cada relação psicólogo-paciente à luz do pensamento clínico.

8. Utilizar prioritariamente métodos e técnicas de exame com base na associação livre – tais como: entrevista, observação, testes psicológicos, técnicas de investigação clínica da personalidade, entre outros –, pois estes permitem o surgimento de material clínico. Para avaliar esses procedimentos clínicos, deve-se recorrer à livre inspeção do material, baseada na experiência do psicólogo.

Deste modo, os referidos fatores estruturantes do PC proporcionaram ao psicólogo um maior alcance na compreensão do paciente em sua singularidade. Estes fatores, aliados aos fundamentos das *Consultas Terapêuticas* de Winnicott (1971/1984), norteiam o PI de orientação psicanalítica. Quanto às contribuições de Winnicott (1948/2000), em relação à primeira entrevista, destacam-se as palavras do autor:

Na primeira entrevista, é muitas vezes possível, e nada perigoso, fazer uma espécie de tratamento psicanalítico em miniatura. Se a análise é iniciada posteriormente, em geral descobre-se que foram necessários vários meses para cobrir novamente o mesmo território. Nessas entrevistas, o médico não está tão seguro quanto numa análise longa, mas, por outro lado, ele alcança profundos *insights* num grande número de casos, e isto, de algum modo, equilibra a exiguidade numérica de sua experiência analítica. Aliás, em psiquiatria, uma entrevista de diagnóstico só é frutífera se for também terapêutica (p. 235).

Tendo em vista que, na primeira entrevista, o paciente mostra-se disponível para trazer o máximo de informações sobre si mesmo, estas devem ser compreendidas e trabalhadas pelo terapeuta. Caso contrário, pode gerar desconfiança e indisposição de ele trazer novas informações. Winnicott (1965/1994) salienta que a tentativa genuína de realizar interpretações, mesmo que não sejam corretas, são menos traumáticas para o paciente do que a falta de confiança no terapeuta, gerada por irregularidade em seu comportamento, como o fracasso em fazer uso do material trazido pelo paciente.

Nesse sentido, já no contato inicial com o paciente, podem ser realizadas intervenções, seja para explicar melhor uma informação, seja para explorar a vivência do paciente. Pode-se lançar mão de assinalamentos sem interpretações, no intuito de diminuir a ansiedade inicial ou até mesmo de facilitar o vínculo com o psicólogo (Paulo, 2005). Conforme referido anteriormente, ao longo de todo o processo de psicodiagnóstico, faz-se intervenções. Nesse contexto, a entrevista devolutiva com o paciente tem como objetivo informar e fomentar uma experiência transformadora por meio do vínculo com o psicólogo (Barbieri, 2010b).

Portanto, no PI, desde a primeira entrevista (na qual o paciente está disponível para trazer muitas informações) até o final do processo, são realizadas intervenções. À semelhança da entrevista inicial, durante a aplicação de técnicas projetivas, também surge um valioso conteúdo interno para a realização de assinalamentos e interpretações.

Os testes projetivos favorecem a descarga (de impulsos e emoções), sobre o material apresentado ao sujeito, de tudo aquilo que este recusa ser, que vivencia em si mesmo como mau, ou como pontos vulneráveis.... Eles [os testes projetivos] levam o sujeito a produzir um protocolo de respostas de tal modo que a estrutura do mesmo corresponde à estrutura da personalidade.... [Deste modo, o conteúdo] latente se torna manifesto; o interior é trazido à superfície; o que há em nós de estável e emaranhado se desvenda (Anzieu, 1988 p. 18-19).

As técnicas projetivas acionam diversos aspectos da vida emocional do paciente, e o modo como são elaboradas as respostas aos testes pode compreender um nível normal ou patológico, revelando o modelo de objeto interno e externo da pessoa. Em uma perspectiva saudável, há a ansiedade devido ao impacto das instruções, mas o examinando consegue produzir respostas integradas, mantendo uma atitude reflexiva, com a presença de associações, procurando dar um sentido a sua produção. Nesses termos, pode-se dizer que houve uma adaptação do paciente à situação de testagem. Já uma produção que apresenta, por exemplo, demasiadas inibições, bloqueios, supervalorização de alguns aspectos ou

minimização e omissão de outros, desorganização, falhas na simbolização com pobre capacidade verbal, predomínio de mecanismos de dissociação, isolamento afetivo, controle da fantasia ou descarga emocional pode estar caracterizando patologias em diferentes níveis. Enfim, a produção projetiva do examinando demonstra a sua maneira de estabelecer contato com a realidade interna e externa, sendo o resultado final uma síntese pessoal (Grassano, 1996).

No PI, as técnicas projetivas são úteis como facilitadoras e mediadoras do contato terapêutico, além de avaliar a problemática do paciente. Sendo assim, tais instrumentos são utilizados com mais flexibilidade, de modo que o conjunto das respostas, das reações e da análise dos resultados subsidia a intervenção terapêutica (Paulo, 2005). Quando o paciente responde a uma técnica projetiva, faz uso de mecanismos mentais, tais como a projeção e a regressão que propiciam um funcionamento mental de acordo com o processo primário. Nesse contexto, o indivíduo faz contato com as suas fantasias e conforme os aspectos investigados por meio do teste projetivo. As etapas do desenvolvimento já vivenciadas podem ser atualizadas e revividas no contexto da experiência ilusória (etapa pré-verbal). Assim, é possível ao paciente alcançar a retomada de seu desenvolvimento por meio da atualização de suas necessidades e tentativas de reorganização dos objetos internos (Barbieri, 2002).

De acordo com Aiello-Vaisberg (1995), os procedimentos projetivos podem ser compreendidos como sendo um diálogo lúdico. Isso porque o paciente estabelece uma forma especial de comunicação. Ele emite respostas, percebendo que o que está sendo dito não será avaliado segundo as regras que, geralmente, são observadas nas situações cotidianas, mas de acordo com outras que desconhece. O paciente, então, “brinca ao fazer de conta que só está atendendo à demanda manifesta quando sabe estar fazendo mais do que isto” (p. 121). É nesse sentido que a autora referiu que os procedimentos projetivos acontecem no contexto transicional, já que o brincar na teoria winnicottiana tem como base os processos ilusórios, os objetos e fenômenos transicionais (Winnicott, 1951/2000). Nesse sentido, o psicólogo trabalha em uma área transicional que permite atualizar a realidade psíquica em uma zona intermediária da experiência (Winnicott, 1971/1975).

Tendo em vista os fenômenos de ilusão e transicionais – precursores do espaço intermediário mental da imaginação e do mundo simbólico – pode-se dizer que as técnicas projetivas têm o potencial de acionar a capacidade simbólica do examinando. Nos casos em que tal capacidade permanece em estado latente, cabe ao examinador realizar uma intervenção, seja esta verbal, gráfica ou lúdica. No momento em que a intervenção acontece, o paciente sente que é visto por alguém, ou seja, que a sua necessidade ilusória foi reconhecida e atendida (Barbieri, 2002).

Conforme Tardivo (2003), uma intervenção apropriada pode interromper o processo patológico de sofrimento. Desta maneira, o PI proporciona experiências mutativas por meio do diagnóstico e intervenção que fazem das sessões de avaliação verdadeiros encontros terapêuticos (Paulo, 2005).

De acordo com Paulo (2005), o PI pode ser definido como

uma forma de avaliação psicológica, subordinada ao pensamento clínico, para apreensão da dinâmica intrapsíquica, compreensão da problemática do indivíduo e intervenção nos aspectos emergentes, relevantes e/ou determinantes dos desajustamentos responsáveis por seu sofrimento psíquico e que, ao mesmo tempo, e por isso, permite uma intervenção eficaz (p. 90).

Tendo em vista a brevidade dos atendimentos e o caráter terapêutico do PI, pode-se dizer que essa modalidade de avaliação torna-se de grande valia para a população, pois permite que as consultas sejam ágeis e terapêuticas podendo, desse modo, atender mais pacientes (Paulo, 2005). Com relação à eficiência do PI, estudos que fizeram uso de técnicas projetivas durante atendimento terapêutico breve revelaram que esta prática clínica demonstrou resultados terapêuticos (Barbieri, 2010b).

Nesse contexto, cabe citar algumas pesquisas sobre o tema. Barbieri (2002) realizou uma tese de doutorado intitulada “A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantil”. Nessa, propôs um método diagnóstico/psicoterápico de atendimento a oito crianças, no qual utilizava a aplicação interventiva de técnica projetiva (Teste de Apercepção Infantil – CAT-A) e ainda incluía a participação da família. A autora concluiu que as cinco crianças que apresentaram sucesso no PI tinham organização neurótica de personalidade, segundo os resultados do Teste de Rorschach.

No que se refere à capacidade dos genitores em auxiliar seus filhos em um processo psicoterápico, Barbieri (2002) concluiu que, para as mães, não houve diferença entre dispor de uma organização neurótica ou *borderline* (avaliada por meio do Teste de Rorschach). Já no caso dos pais, o sucesso estava relacionado à presença de ordenamento neurótico. Assim como a autora abrangeu os pais na avaliação, Tardivo (2007) também enfatiza a necessidade de proporcionar um espaço de escuta para a família do paciente.

Trinca (2003) também estudou os efeitos da intervenção terapêutica breve em 15 crianças nos momentos de pré-cirurgia. Para tanto, ela utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica abreviada no atendimento dessas crianças. Os resultados indicaram que a técnica projetiva de Desenhos-Estórias pode fornecer ao profissional subsídios para que este possa ajudar as crianças a elaborar parte de seus conflitos na situação de crise pré-cirúrgica.

Já Paulo (2005) utilizou o PI com adultos. A autora realizou uma forma de atendimento breve a quatro pacientes adultos com diagnóstico de depressão. Ela fez uso, em um primeiro momento, de técnicas projetivas como o Questionário Desiderativo e o Teste de Relações Objetivas de Phillipson e, na sessão seguinte à aplicação, realizou a intervenção por meio da devolução de informações. Os resultados obtidos demonstraram que, ao final do processo, houve uma reorganização da personalidade, com a possibilidade de integração dos aspectos cindidos do ego. E, ainda, por meio da aplicação pré e pós PI do Inventário de Depressão (BDI – Escalas Beck), que mede a intensidade da depressão, houve melhora significativa nos sintomas depressivos. A autora concluiu que o PI se mostrou eficiente como proposta de atendimento a pacientes adultos com depressão.

Mishima (2011) também realizou o PI em adultos: mulheres com obesidade grau II. Ela aplicou o Procedimento do Desenho da Figura Humana (no início e ao final do processo), entrevista semiestruturada e Procedimento de Desenhos-Estória com enfoque interventivo. A autora concluiu que o encontro entre participante e pesquisadora permitiu que as mulheres se sentissem seguras, confiantes e aceitas. Desta maneira, mediante o fornecimento de *holding*, as pacientes puderam fazer contato consigo mesmas, conhecendo melhor suas necessidades e seus desejos. Com isso, o alimento ganhou sentido e cada mulher pôde fazer uso desta significação em sua vida pessoal.

Com relação aos idosos, destaca-se o trabalho de Gil (2010) intitulado “Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos”. A proposta terapêutica foi o desenvolvimento de oficinas a partir dos temas de recordação e transicionalidade. A autora fez uso de instrumentos como: o Inventário de Qualidade de Vida – Forma Breve, Inventário de Depressão (BDI – Escalas Beck) e o Teste de Apercepção Temática para Idosos. Gil (2010) concluiu que houve significativa melhora dos sintomas depressivos nos idosos e da qualidade de vida. Ela referiu também que o processo favoreceu maior integração e possibilidade de recordação saudável, acarretando, assim, em vivências de crescimento emocional dos idosos que compunham o grupo.

A partir das pesquisas descritas, pode-se observar que o uso simultâneo da avaliação e intervenção proporcionou benefícios terapêuticos que foram alcançados em diferentes idades. Desta maneira, o PI vem ganhando espaço no campo da psicologia com diversos estudos (Andrade & Miranda, 2012; Lazzari & Schmidt, 2008; Leoncio, 2009; Ribeiro, 2007; Tardivo, 2007) e se constituindo como um método de investigação científica (Barbieri, 2008, 2010a, 2010b). Nesse sentido, o próximo capítulo abordará a contextualização metodológica na qual se insere o PI.

1.6 Justificativa e Objetivos

Tendo em vista que processo de psicodiagnóstico interventivo pode surtir efeitos terapêuticos e que tal tarefa de avaliação psicológica é exclusiva dos profissionais psicólogos, a presente pesquisa justifica-se, pois é dever deste profissional auxiliar a comunidade científica em pesquisas na área e assim poder respaldar os usuários dos serviços de saúde que necessitam de avaliação psicológica.

Nesse sentido, realizou-se psicodiagnóstico interventivo com crianças de seis a onze anos de idade que apresentam sinais e sintomas de ansiedade. Optou-se por estudar esta faixa etária, pois pesquisas revelam uma maior incidência de atendimentos em clínica-escola nesse período (Silvares, 1996; Cavalini, Telles, Aribi, Wanderley, & Cardoroso, 2000).

E ainda, estudos revelam que os transtornos ansiosos têm alta prevalência e que a ansiedade, além de ser considerada como “a porta de entrada” nas clínicas de atendimento, constitui-se como um fator de risco para a maioria dos estados psicopatológicos (Silva & Figueiredo, 2005; Marcelli & Cohen, 2010). Dentro desse contexto, o estudo de Anderson, Williams, McGee e Silva (1987) com uma amostra comunitária de crianças de 11 anos, demonstrou que 12% tinham sintomas acentuados de ansiedade e que cerca de 3% sofriam de um transtorno de ansiedade.

No que se refere aos sintomas de ansiedade, é importante levar em consideração fatores desenvolvimentais, familiares e ambientais tanto para o seu aparecimento quanto para a manutenção e evolução para quadros clínicos graves (Dumas, 2011). Nesse sentido, o psicólogo clínico deve observar também a presença de manifestações ansiosas nos outros membros da família (Pollack, Otto, Sabatino, Majcher, Worthington, McArdle, et al., 1996; Keizer, 2012).

Dentro desse contexto, de acordo com a contribuição da teoria Winnicottiana acerca do desenvolvimento humano, torna-se importante avaliar os sintomas de ansiedade infantil levando-se em conta o seu ambiente. Por esse motivo, a presente tese procurou estudar não somente a criança, mas também os pais. Nesse sentido, esta tese de Doutorado tem por objetivo averiguar as possibilidades de auxílio proporcionadas pelo Psicodiagnóstico Interventivo de Orientação Psicanalítica às crianças com sintomas acentuados de ansiedade e aos seus pais. Especificamente objetiva-se investigar como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança; como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos; como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas; e ainda objetiva-se verificar quais pacientes atendidos em

psicodiagnóstico interventivo e que foram encaminhados para psicoterapia permanecem ou desistem do tratamento.

Mediante o presente trabalho, acredita-se que será possível fortalecer a pesquisa clínica na área de avaliação psicológica que ainda carece de estudos no tema do psicodiagnóstico interventivo. Ao fortalecer a pesquisa, cria-se um novo conhecimento ou reorganiza-se o conhecimento existente pela análise crítica. Isso implica em inovação e progresso científico das técnicas de avaliação psicológica. Esses progressos são de extrema importância para a melhoria qualitativa do ensino em psicologia, para a formação dos futuros psicólogos clínicos e pesquisadores.

Além desses aspectos, cabe ressaltar que, pelo fato do processo psicodiagnóstico ter propriedades terapêuticas, esse pode orientar as políticas públicas na área da psicologia focalizando em problemas cuja solução pode se refletir em aumento do bem-estar da população. Por isso, torna-se fundamental que sejam realizadas avaliações psicológicas na infância no sentido de intervenção e prevenção para futuras doenças mentais.

Calcula-se que os resultados a serem obtidos contribuirão para nortear os serviços e políticas de saúde mental na prevenção e terapêutica. Por fim, ressalta-se que, o psicodiagnóstico interventivo não pretende substituir as psicoterapias, mas pode tornar-se um meio eficaz e menos custoso do ponto de vista financeiro para alívio da dor psíquica.

2 MÉTODO

2.1 Contextualização Metodológica

A presente tese foi desenvolvida na perspectiva clínica de investigação, no contexto da abordagem metodológica qualitativa. Uma das razões para se adotar métodos qualitativos diz respeito ao tipo de problema de pesquisa. Quando se pretende entender o significado ou a natureza da experiência de pessoas, tais métodos podem ser úteis. Eles alcançam detalhes envolvidos nos fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções, que são complexos de se descobrir por meio de métodos de pesquisa mais convencionais (Strauss & Corbin, 2008).

A abordagem qualitativa tem como característica central o fato de o pesquisador ser o principal instrumento, já que obtém seus dados por meio do contato direto com o participante e descreve-os através de palavras ou imagens. Nesse contexto, o processo merece mais destaque que os resultados. O importante é extrair a maneira como as pessoas significam suas vidas e como interpretam os significados (Davila, 1995). Observa-se, então, a importância da subjetividade nesse tipo de estudo. Procura-se elucidar e conhecer os complexos processos que constituem a subjetividade.

Dessa forma, a ciência compreende a subjetividade em toda sua magnitude: emoção, individualização, contradição, enfim, é expressão da dinâmica da vida humana (González-Rey, 2000). “A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo” (p. 51).

No intuito de compreender a produção diferenciada dos indivíduos com suas trajetórias individuais, é preciso que o pesquisador ocupe um lugar central, como sujeito de pensamento (González-Rey, 2000). Os pesquisadores que trabalham com a abordagem qualitativa “não temem se basear em suas próprias experiências ao analisar materiais, porque percebem que esses materiais são a base para fazer comparações e descobrir propriedades e dimensões” (Strauss & Corbin, 2008, p. 18). Nesse contexto, a personalidade do investigador é mais um ponto enfatizado; logo, alguns atributos podem ser importantes, tais como: adequação, autenticidade, credibilidade, intuição, receptividade, reciprocidade e sensibilidade (Rew, Bechtel & Sapp, 1993, citados por Strauss & Corbin, 2008).

A epistemologia qualitativa baseia-se em três princípios que acarretam importantes consequências metodológicas. O primeiro refere que o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa. Isso quer dizer que a interpretação é um processo diferenciado que fornece sentido às manifestações do fenômeno estudado. Para tanto, o pesquisador é quem integra, reconstrói e apresenta, em construções interpretativas, diversos indicadores obtidos

durante o processo e que não teriam sentido se fossem compreendidos de forma isolada. Assim, o pesquisador consegue o alcance tanto do sujeito individual quanto do mesmo nos vários momentos particulares da pesquisa, como quando está inserido em diferentes contextos sociais como a família, a comunidade, a escola, etc. Ao longo do processo interpretativo, o investigador utiliza a teoria como mais uma ferramenta disponível, além de suas próprias ideias (González-Rey, 2000). Tendo em vista que o pesquisador é quem dá significado às informações, a análise e interpretação dos dados acontece ao longo de toda a pesquisa, não apenas no final do trabalho (Davila, 1995).

O segundo princípio diz respeito ao caráter interativo do processo de produção do conhecimento. As relações entre pesquisador-pesquisado são a principal condição para o desenvolvimento das pesquisas nas ciências humanas. Deste modo, o contexto em que ocorrem as relações adquire importância primordial para a qualidade do conhecimento produzido (González-Rey, 2000).

A consideração da natureza interativa dos processos de produção do conhecimento implica compreendê-lo como processo que assimila os imprevistos de todo o sistema de comunicação humana e que, inclusive, utiliza esses imprevistos como situações significativas para o conhecimento (González-Rey, 2000, p. 34).

O terceiro princípio confere significação à singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. Ao trabalhar com o sujeito como singularidade, ele é identificado como forma única e diferenciada de constituição subjetiva. As informações que advêm de um único sujeito podem ser significativas em si mesmas para a produção de conhecimento, sem haver a necessidade de repetição em outros sujeitos. Desta forma, o conhecimento científico não se legitima pela quantidade de sujeitos a serem estudados e sim pela qualidade de sua expressão. O número de sujeitos a serem estudados depende das necessidades do processo de conhecimento que surge no decorrer da pesquisa (González-Rey, 2000).

Para Taylor e Bogdan (1998), não há como definir a quantidade de dados necessários para fundamentar uma conclusão ou interpretação e, sendo assim, torna-se difícil definir o número de casos de um estudo. Os autores, inclusive, salientam que as melhores apreensões provêm de uma quantidade pequena de dados. Segundo Davila (1995), os critérios para a escolha dos participantes da pesquisa baseiam-se na questão de ser pertinente ou não, conforme o enfoque do estudo. Quanto às estratégias de pesquisa, encontram-se pesquisas de opinião, enquete, abordagem antropológica, história de vida e estudo de caso (Laville & Dionne, 1999).

No que se refere aos estudos de caso, existem autores de expressão na literatura, como Stake (2000) e Yin (2010). Suas ideias serão mencionadas a seguir. Como método de pesquisa, o estudo de caso é utilizado em diferentes situações, no intuito de contribuir para o

conhecimento tanto de fenômenos individuais como grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Tal método fornece aos pesquisadores acesso às características holísticas e significativas dos eventos de vida, como por exemplo, os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, entre outros. Portanto, o método de estudo de caso é útil quando se deseja compreender um fenômeno da vida real em profundidade e em relação às condições contextuais (Yin, 2010).

Para Stake (2000), o estudo de caso como estratégia de pesquisa absorve o interesse do investigador pelos casos individuais e não pelos métodos de investigação em si. Contudo, o autor ressalta alguns aspectos que caracterizam um caso em um sistema delimitado com partes integradas. Tais aspectos são: a natureza do caso, histórico do caso, contexto, outros casos pelos quais é conhecido e os informantes pelos quais pode vir a ser conhecido.

Yin (2010) refere que os estudos de caso são o método indicado quando “as questões ‘como’ ou ‘por que’ são propostas; o investigador tem pouco controle sobre os eventos; o enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real” (p. 22). Ele aponta cinco características gerais para auxiliar o pesquisador na realização de um estudo de caso exemplar que vislumbre uma contribuição duradoura para a área da pesquisa. Deste modo, o estudo de caso deve:

1) Ser significativo: o caso deve ser incomum e de interesse público geral; os seus aspectos subjacentes mantêm um interesse tanto teórico quanto político ou prático.

2) Ser completo: o caso deve ser aquele que demonstra a diferenciação entre o fenômeno estudado e seu contexto; o investigador deve coletar as evidências relevantes do caso, “as peças críticas” (p. 218) e planejar a pesquisa, de tal sorte que a mesma não termine por limites de tempo ou de recursos.

3) Considerar as perspectivas alternativas: o pesquisador deve demonstrar evidências a partir de diferentes perspectivas e, com isso, desafiar os pressupostos do estudo de caso.

4) Apresentar evidências suficientes, para que “o leitor possa alcançar um juízo independente em relação aos méritos da análise” (p. 220).

5) Ser elaborado de maneira atraente: o investigador deve escrever o caso de forma clara e instigante.

Seguindo as ideias do autor, cada método de pesquisa pode ser usado para três finalidades: exploratória, descritiva e explanatória. Assim, Yin (2010) determina a existência dos estudos de caso exploratórios, descritivos ou explanatórios.

Conforme Stake (2000), os estudos de caso são uma das estratégias metodológicas mais aplicadas em pesquisa qualitativa. O autor denomina três tipos de estudos de caso, a saber: intrínseco, instrumental e coletivo. No estudo de caso intrínseco, o pesquisador objetiva

compreender um caso particular de maneira mais profunda, considerando-o como representativo de outros ou elucidativo de um problema particular. Assim, o interesse não é entender um fenômeno genuíno ou construir uma teoria.

Já o estudo de caso instrumental, um caso particular tem o intuito de proporcionar apreensões sobre uma questão externa ao caso em si ou mesmo fomentar uma generalização. Nesse sentido, cabe destacar que, apesar de o interesse pelo caso ser secundário – pois o mesmo serve como instrumento para outras compreensões almeçadas pelo pesquisador – este não deve se eximir de abordá-lo em profundidade. Por fim, para o estudo de caso coletivo, o pesquisador reúne determinado número de casos, a fim de investigar um fenômeno, uma população ou uma condição geral. Nesse contexto, o mesmo é um estudo instrumental que abrange outros casos, proporcionando um melhor entendimento e teorização já que agrupa uma coleção de casos (Stake, 2000).

Uma questão importante a ser mencionada nos estudos de caso refere-se à generalização dos resultados. Nessa direção, Yin (2010) argumenta que, assim como não é possível generalizar por meio de um caso, também não o é por meio de um único experimento. A condição para a generalização é a reaplicação de um experimento em diferentes condições e, dessa maneira, também pode ser por meio dos estudos de casos múltiplos. Nos estudos de caso, a generalização perpassa a ideia de que, a partir de um conjunto particular de resultados, seja possível fazer proposições teóricas aplicáveis a outros contextos.

De acordo com Stake (2000), a generalização concorre com a particularidade, pois a maior parte dos estudos de caso é conduzida por pesquisadores interessados em seu aspecto intrínseco e têm, portanto, pouca preocupação com o avanço progressivo da ciência. Contudo, ele refere que mesmo o estudo de caso intrínseco pode antecipar acontecimentos esperados em outras situações (seria condição para a generalização). O alcance de um caso pode ser traduzido em relação a semelhanças e diferenças para com outros casos já conhecidos. E ainda, se o investigador elaborar um bom relato do caso, o leitor poderá associar a acontecimentos vividos por ele mesmo em outros contextos. Isso seria o exemplo da chamada “generalização naturalística”.

Nos estudos de caso qualitativos, alguns pesquisadores também lançam mão de procedimentos conhecidos como triangulação no intuito de conferir validade aos casos. Triangulação é o processo que utiliza múltiplas percepções sobre o caso, a fim de esclarecer o significado, examinar o quanto uma observação ou interpretação se repetem, e esclarecer o significado dos diferentes aspectos de um fenômeno estudado (Stake, 2000).

De acordo com Yin (2010), existem quatro tipos de triangulação: a triangulação dos dados (fontes de dados); a triangulação do investigador (entre os diferentes avaliadores); a triangulação da teoria (perspectivas para o mesmo conjunto de dados) e triangulação metodológica (dos métodos). Para González-Rey (2002), definir a triangulação como “via para legitimar o conhecimento produzido pela pesquisa significa legitimar a coleta de dados como produção de informação asséptica, sobre a qual outro pesquisador pode opinar de igual forma, sem que importe seu vínculo com dados a serem analisados” (p. 140).

O final da pesquisa adquire sentido científico no momento de divulgar seus resultados. Por isso, é importante que o pesquisador seja reflexivo e pondere suas impressões. É preciso um espaço de tempo para refletir acerca dos dados coletados até obter uma publicação, com o método solicitando uma compreensão integrada do caso. Ao escrever, o pesquisador transmite o significado pessoal de experiências e relações, e cabe ao leitor selecionar o que lhe interessa, fazendo uso daquele conhecimento adquirido também de forma pessoal (Stake, 2000).

Cabe salientar que a presente pesquisa utilizou o estudo de caso coletivo (um trabalho instrumental estendido a vários casos) como estratégia metodológica, com a interpretação dos dados de acordo com a teoria psicanalítica. Do ponto de vista psicanalítico, o legado de Freud para a pesquisa foi a elaboração de uma metodologia interpretativa para a construção do conhecimento por meio da relação terapeuta-paciente. A epistemologia freudiana condiz com uma produção qualitativa do conhecimento em que há ênfase na interpretação e na singularidade (González-Rey, 2002). Assim, a pesquisa em psicanálise está inserida em um paradigma intersubjetivo de ciência (qualitativo).

O método psicanalítico criado por Freud baseou-se em dois processos: a livre associação e a atenção flutuante. A abordagem psicanalítica está atenta ao campo experiencial humano, em suas dimensões consciente e inconsciente (Aiello-Vaisberg, 2004). Para Herrmann (2004), os fundamentos da psicanálise definem seu método. Então, o essencial da pesquisa em psicanálise é o método psicanalítico, que abrange a clínica e a pesquisa.

Silva (1993) define como objeto da psicanálise o inconsciente, e como método a associação livre e a atenção flutuante. Ele acrescenta que o método da psicanálise caracteriza-se por abertura, construção e participação (p. 20). Ao utilizar conceitos teóricos psicanalíticos como um dos recursos para realizar pesquisa científica, Turato (2003) delineou um método clínico-qualitativo. Para o autor, as atitudes existencialista, clínica e psicanalítica fazem parte dos fundamentos do método clínico, uma vez que, a partir destas, se fornece amparo para as angústias e ansiedades humanas, aproximando quem necessita de ajuda e valorizando, assim, os aspectos emocionais psicodinâmicos na relação com os sujeitos em estudo.

De forma mais específica, Guimarães e Bento (2008) pontuam que o estudo de caso em psicanálise relaciona-se intimamente com a experiência clínica. Eles referem que um caso clínico pode ser nomeado como estudo de caso quando é apresentado publicamente, quando sai da esfera da experiência clínica particular do analista para a da experiência compartilhada. Nesse sentido, os autores salientaram três momentos para a escrita da clínica em Psicanálise.

O primeiro momento consiste na descrição (neutra) da queixa do paciente, podendo conter a fala do mesmo acerca da doença. Também é possível relatar a história da evolução da doença do paciente, relacionando-a aos principais acontecimentos de sua história de vida. O segundo momento diz respeito à elaboração da história do tratamento do paciente, enfatizando-se os momentos transferenciais e contratransferenciais que surgem, assim como as considerações sobre a supervisão do caso (mas sem referência teórica). Também pode haver transcrição literal das falas do paciente e das intervenções realizadas pelo analista. Já o terceiro momento refere-se à construção teórica em Psicanálise, por meio da escrita da análise, da interpretação das histórias da doença e da transferência do paciente. Nesta etapa, torna-se preciso delimitar um conceito ou um fenômeno que será descrito como seu objeto de investigação.

Como a pesquisa psicanalítica considera a dimensão do investigador, a atenção flutuante inclui os valores, as crenças, o intelecto e o afeto do mesmo. Para o momento da escrita psicanalítica, Safra (1993) considerou como elementar a autoanálise do pesquisador e a presença de um supervisor, apontando a importância do psiquismo do pesquisador na construção do estudo de caso. O supervisor tem a função de alteridade na construção de um caso clínico (Iribarry, 2003).

Tendo em vista que existem diferentes escolas de psicanálise e que a presente tese baseia-se no referencial winnicottiano, cabe retomar aqui em poucas linhas alguns conceitos fundamentais desse modo de fazer clínica. Conforme Aiello-Vaisberg (2004), a atividade clínica é facilitadora de transformações existenciais a partir do encontro inter-humano. Considerando que o significado e o sentido das condutas do ser humano podem permanecer inconscientes, a aplicação do método psicanalítico utiliza o brincar para entender a criança. Assim, enquanto os adultos se comunicam, predominantemente, por meio da palavra, as crianças transmitem seus sentimentos e pensamentos através da brincadeira (Aiello-Vaisberg & Machado, 2000).

De acordo com Aiello-Vaisberg (2003), o importante da clínica é o encontro entre terapeuta-paciente e o favorecimento de uma comunicação emocional significativa, e não a técnica especificamente. Então, por ex., o *holding* não pode ser entendido como uma técnica, pois a sustentação é um acontecimento que não cabe em palavras. *Holding* é um fenômeno da

relação humana, como o faz a mãe devota comum, identificando-se com seu bebê e fornecendo-lhe amparo as suas necessidades, o que pode ser através da conversa, do silêncio, de um olhar...

Nesse contexto, pode-se comparar o enquadre terapêutico e a relação entre a dupla analítica com as características do contato mãe-filho. Sendo assim, há uma adaptação gradativa às necessidades do paciente, a fim de possibilitar uma comunicação significativa. Com isso, proporciona-se o estabelecimento do espaço potencial, que é fundamental como parte dos procedimentos necessários para uma intervenção terapêutica. Deste modo, “o analisando poderá receber a intervenção necessitada sem se sentir invadido por ela e, portanto, sem ter que reagir a ela” (Safra, 2005, p. 32). Destaca-se que são transformadas as condições relativas à possibilidade do paciente sentir-se real. A sustentação permite a ele presentificar-se sem ser invadido, proporcionando um movimento de vida autêntico, fazendo surgir o gesto espontâneo, expressão de sua natureza criadora (Aiello-Vaisberg, 2003, 2004).

O manejo do *setting* propicia a regressão do paciente e resgata os acontecimentos que interromperam a continuidade de ser, permitindo que o não vivido aconteça na clínica e, deste modo, articule-se simbolicamente. O profissional funciona como um ambiente suficientemente bom que procura favorecer ao paciente uma aprendizagem significativa sobre si mesmo. Isso ocorre porque o que é proporcionado se liga ao potencial de criatividade do paciente (Aiello-Vaisberg, 2004).

Quando o terapeuta mostra-se verdadeiramente disponível ao paciente, o encontro entre eles tem efeito mutativo, e este último é capaz de se expressar por meio do gesto espontâneo, demonstrando sua singularidade. No contexto da clínica psicanalítica, a “cura” para o sofrimento se dá por meio de intervenções que possibilitem superar as dissociações e conquistar a capacidade de se sentir vivo e real (Aiello-Vaisberg, 2004).

Aiello-Vaisberg e Machado (2000) salientam que o método psicanalítico pode ser viabilizado através do uso de diferentes técnicas, conforme os objetivos da investigação psicanalítica. Quanto ao PI de orientação psicanalítica, o uso de técnicas projetivas faz parte dos procedimentos principais. Ainda, para Barbieri (2010a), os conceitos teóricos da clínica winnicottiana subsidiam o PI, mantendo sua coerência metodológica e epistemológica.

Por fim, cabe destacar as palavras de Barbieri (2008) acerca das semelhanças entre a prática do PI e as abordagens qualitativas de investigação:

Congregação entre avaliação e intervenção; simultaneidade entre coleta e análise dos dados; estruturação do processo por parte do sujeito paciente e sua construção do conhecimento em conjunto com o pesquisador-profissional; primazia dos objetivos finais da pesquisa-prática clínica sobre o método (conjunto de técnicas de avaliação psicológica a ser utilizado); consideração do pesquisador-profissional como o instrumento fundamental de todo o processo; relevância atribuída ao relacionamento com o sujeito paciente; reconhecimento da experiência humana como o objeto de estudo da Psicologia. Essas coincidências permitem considerar o Psicodiagnóstico Interventivo como método

legítimo não somente de intervenção clínica, mas também de investigação científico-acadêmica (p. 583).

Barbieri (2010a) salienta ainda alguns métodos para a confiabilidade dos dados obtidos nas investigações realizadas por meio do PI, a saber: *member checks* (tipo de validade baseada no acordo intersubjetivo entre paciente e profissional. Por meio do *setting* terapêutico, é possível avaliar as reações do paciente às intervenções para além das alterações sintomáticas, como as fantasias e outros processos mentais que derivam destas); *peer-checks* (tipo de validade também baseada no acordo intersubjetivo entre o terapeuta e outros profissionais que funcionam como juízes, avaliando as intervenções entre o psicólogo e o paciente através do relato das sessões e de aplicações interventivas de técnicas projetivas); validade contextual (tipo de validade que diz respeito à convergência de dados suficientes para uma mesma conclusão); e validade retrospectiva (tipo de validade que se baseia nas reconstruções do passado do paciente por meio da experiência transferencial; essas podem ser confirmadas ou não através de lembranças e associações). Contudo, o alcance desses critérios depende da formação acadêmica e das características pessoais do profissional.

A capacidade de identificação permite ao pesquisador utilizar racionalmente a sua fantasia para compreender a fantasia do outro, sendo essa a condição para a investigação psicológica atingir seu objetivo de produção de um conhecimento transformador, objetivo, fecundo, válido, que somente é possível quando a ética prima sobre o método (Barbieri, 2010a, p. 218).

Em síntese, a presente tese utilizou o método de PI com o referencial psicanalítico winnicottiano para avaliação e intervenção clínica de seis crianças que compuseram os estudos de caso. A seguir, todo o processo será mais bem detalhado.

2.2 Participantes

A amostra foi constituída por seis crianças – três meninos e três meninas – entre 6 e 11 anos de idade e seus pais. Todas as crianças apresentaram sinais e sintomas de ansiedade detectados a partir dos seguintes instrumentos:

- Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (*Child Behavior Checklist* – CBCL) (Achenbach, 2001): obtiveram pontuação em nível clínico para a categoria “Problemas de Ansiedade” conforme escalas orientadas pelo DSM-IV.

- Escala Spence de Ansiedade Infantil (*Spence Children’s Anxiety Scale* – SCAS – versão para pais) (DeSousa et al., 2012): apresentaram escores em nível elevado em pelo menos uma subescala.

Os critérios de exclusão foram: estar em surto psicótico ou ser portador de doenças neurológicas (estado mental que inviabiliza a testagem de crianças); e apresentar problemas

de inteligência sugestivos de retardo mental avaliados por meio do Teste Não-Verbal de Inteligência para Crianças (R2) (Oliveira, 2000).

No que se refere aos pais, a presente pesquisa exigiu a participação de ambos (no estado civil casado ou separado, com guarda legal da criança). Quanto aos casos de separação, a pesquisa excluiu aqueles pais que manifestaram desejo de participar no intuito de obter um laudo para processos judiciais.

2.3 Instrumentos e Materiais

2.3.1 Instrumentos Utilizados com os Pais

- *Entrevista clínica com pais*: é um conjunto de técnicas de investigação, com limite de tempo, coordenada por um entrevistador treinado, que aplica conhecimentos psicológicos na relação com o examinando, tendo como objetivos descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício dos sujeitos entrevistados (Tavares, 2000). Na presente tese, foram realizadas com os pais entrevistas iniciais que tiveram como objetivo avaliar os motivos manifestos e latentes relacionados aos sintomas de ansiedade das crianças, entrevistas de anamnese e entrevistas devolutivas.
- *Questionário de informações pessoais e de dados sociodemográficos*: foi selecionado um conjunto de perguntas para coletar dados importantes que foram confirmados nas entrevistas, tais como: a história das crianças, as circunstâncias de vida atual, a percepção dos pais acerca de aspectos positivos ou negativos das crianças, assim como questões sobre a situação socioeconômica das famílias (Anexo A).
- *Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (Child Behavior Checklist – CBCL)* (Achenbach, 2001) (Anexo B): é um questionário respondido pelos pais/mães ou cuidadores, sobre os aspectos sociais e comportamentais de seus filhos (entre seis e 18 anos de idade). Os itens do questionário apresentam uma série de comportamentos desejáveis e disruptivos e, para cada um deles, o respondente deve marcar a frequência com que esses comportamentos ocorrem. Atribui-se a cada item/problema (0) quando *não é verdadeiro*; (1) se *é um pouco verdadeiro* ou *às vezes verdadeiro*; e (2) se *é muito verdadeiro* ou *frequentemente verdadeiro* (Bordin, Mari & Caeiro, 1995; Achenbach, 2001; Silvaes, 2006). Os itens apresentados no CBCL compõem onze escalas individuais que correspondem a diferentes problemas de comportamento da criança ou do adolescente. Dentre essas, três referem-se à

competência social, relativa a problemas no desempenho de atividades e nos aspectos relacionados à sociabilidade e à escolaridade. As outras oito escalas são: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras/Delinquencial e Comportamento Agressivo (Achenbach, 2001). O questionário oferece o perfil orientado pelo DSM-IV composto pelas escalas Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Déficit de Atenção/Problemas de Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio e Transtornos de Conduta. Na Escala Total de Problemas de Comportamento, encontram-se as Escalas de Problemas de Comportamento Internalizante (que abrange: Ansiedade/Depressão; Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas) e a Externalizante (composta por: Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo) (Achenbach, 2001). A Escala de Problemas de Comportamento Externalizante compreende padrões comportamentais manifestos desajustados, denominados também problemas de comportamento, como agressividade, agitação psicomotora e comportamento delinquente; refere-se, geralmente, aos comportamentos considerados problemáticos, que se exercem diretamente sobre o ambiente. Já a Escala de Problemas de Comportamento Internalizante é descrita em termos de padrões comportamentais privados desajustados, ou problemas emocionais, como tristeza e isolamento; diz respeito a um conjunto de comportamentos considerados problemáticos pelos entrevistados, no entanto, não atingem diretamente o ambiente, restringindo-se ao mundo interno da criança. Assim, as escalas Internalizante e Externalizante compõem a Escala Total de Problemas de Comportamento (Bordin et al., 1995; Massola & Silvaes, 2005; Gauy & Guimarães, 2006). A Escala Total de Problemas de Comportamento também é composta pelas Escalas: Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção, que não pertencem à Escala Externalizante, nem à Escala Internalizante. A Escala Total de Problemas de Comportamento também é composta por uma categoria denominada Outros Problemas, de itens que não são englobados em nenhuma das escalas anteriores. Todos os itens de Outros Problemas, somados aos demais itens das demais escalas, são utilizados para calcular o escore de problemas totais de comportamento, fornecendo, assim, a Escala Total de Problemas de Comportamento. Deste modo, por meio das escalas do CBCL, crianças podem ser classificadas, conforme propõe o instrumento, em *Clínica*, *Limítrofe* ou *Não-Clínica* de acordo com a amostra normativa de pares de Achenbach (1991). Apesar de essa classificação não representar um diagnóstico, diversos estudos nacionais apontam para a sua utilização

em pesquisas sobre saúde mental de crianças, em serviços de triagem e na avaliação psicológica como uma das ferramentas que auxiliam o profissional da área da saúde (D'Avila-Bacarji & Marturano, 2005; D'Avila-Bacarji, Marturano & Elias, 2005; Marturano, Toller & Elias, 2005; Silva & Figueiredo, 2005; Tanaka & Ribeiro, 2006; Bordin, Paula, Nascimento & Duarte, 2006; Carvalho, Junqueira, Gracioli & Bordin, 2009). De acordo com Silva, Feil, Souza e Paniagua (2009), o CBCL é um instrumento importante que pode ser utilizado como um complemento ao processo de avaliação no contexto clínico, colaborando para uma maior riqueza dos dados obtidos na anamnese.

- *Escala Spence de Ansiedade Infantil (Spence Children's Anxiety Scale – SCAS – versão para pais)* (DeSousa, 2013) (Anexo C): foi desenvolvida com o objetivo de avaliar os sintomas específicos de ansiedade na infância, bem como avaliar os sintomas de acordo os critérios diagnósticos do DSM-IV para os transtornos de ansiedade na infância (por exemplo, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade de separação). A SCAS foi introduzida no Brasil como uma nova escala de ansiedade na infância com evidências de propriedades psicométricas adequadas (DeSousa et al., 2012; DeSousa, 2013). Essa escala é respondida pelos pais acerca dos sintomas de ansiedade dos filhos (entre sete e 12 anos de idade). O instrumento é composto por 38 itens, nos quais o respondente deve marcar a frequência com que os sintomas específicos de ansiedade ocorrem. Atribui-se a cada item (0) *nunca*; (1) *às vezes*; (2) *muitas vezes* e (3) *sempre*. Os itens são organizados em seis subescalas: ansiedade de separação (6 itens); fobia social (6 itens); ansiedade generalizada (6 itens); ataque de pânico (6 itens) e agorafobia (3 itens); medo de danos físicos ou fobia específica (5 itens) e problemas obsessivo-compulsivos (6 itens) (DeSousa et al., 2012). Deste modo, a SCAS mostra-se um instrumento de triagem que pode auxiliar tanto na identificação de sintomas de ansiedade na infância como no encaminhamento para uma avaliação.
- *Teste de Rorschach*: é uma técnica que avalia a estrutura da personalidade do indivíduo e o funcionamento de seus psicodinamismos, seus traços de personalidade, o funcionamento de suas condições intelectuais, o nível de ansiedade básica e situacional, a depressão, suas condições afetivas e emocionais, o controle geral, a capacidade para suportar frustrações e conflitos, a integração humana, os impulsos e as reações emocionais (Vaz, 1997). O teste utiliza 10 cartões e, em cada um, está impresso um borrão de tinta, bilateralmente simétrico. Cinco deles são em tons de

cinza e preto, dois contêm manchas em vermelho claro, e os outros três combinam várias cores. O examinando é solicitado a dizer livremente tudo àquilo que lhe é sugerido, ao olhar para o cartão. Após a aplicação, ocorre a fase de inquérito, na qual o examinador interroga o sujeito acerca das respostas, no intuito de clarear alguns aspectos. O sistema de classificação adotado neste estudo foi o de Klopfer, adaptado por Vaz (1997). O teste de Rorschach foi aplicado nos pais com o objetivo de avaliar a presença ou ausência de transtornos de personalidade.

- *Teste de Apercepção Infantil, forma animal (CAT-A)*: é um instrumento destinado à investigação dos processos psicodinâmicos de crianças entre três e 10 anos de idade (Bellak & Bellak, 1981). Essa versão do CAT-A é composta por dez cartões com figuras de animais, realizando atividades humanas, para facilitar os processos identificatórios e de projeção em crianças pequenas. Os temas latentes nas gravuras remetem às vivências de satisfação ou insatisfação oral, rivalidade fraterna, atitudes frente à sexualidade dos pais, conflitos com a autoridade, hábitos de higiene, entre outras. Desta maneira, quando a criança é solicitada a inventar uma estória, é possível identificar as suas necessidades mais relevantes, as principais angústias e os mecanismos de defesa predominantes, a qualidade das figuras parentais introjetadas, entre outros psicodinamismos de sua personalidade. Os cartões são descritos da seguinte maneira: Cartão 1: “três pintinhos estão sentados à mesa, um deles sem guardanapo. No fundo, há uma figura sombreada de galináceo de sexo indefinido”; Cartão 2: “três ursos puxam uma corda, um pequeno e um médio de um lado, um grande do outro”; Cartão 3: “um leão está sentado em uma cadeira, segurando um cachimbo. Uma bengala pode ser vista, apoiada na cadeira. Ao fundo há um ratinho, dentro de um buraco na parede”; Cartão 4: “a mãe canguru leva um bebê em sua bolsa e uma cesta na mão direita. Um bebê segura uma bexiga. Um pequeno canguru segue atrás, de bicicleta”; Cartão 5: “um quarto escuro no qual se observa uma cama de casal, com volumes sob as cobertas. No primeiro plano, há um berço com dois ursinhos”; Cartão 6: “numa caverna, dois ursos grandes dormem. No primeiro plano, um ursinho está deitado, de olhos abertos”; Cartão 7: “numa floresta, um tigre avança em direção a um macaquinho”; Cartão 8: “vários macacos tomam chá e interagem em uma sala. No primeiro plano, um macaco adulto conversa com um macaco pequeno. No parede do fundo, observa-se um retrato de uma macaca anciã”; Cartão 9: “em um quarto escuro, com a porta aberta, observa-se um coelhinho acordado no berço”; e Cartão 10: “um cachorro grande e um cachorro pequeno estão em um banheiro. O cachorro maior está com uma das mãos sobre o cachorrinho, cujo olhar está voltado

para o examinando” (Miguel, Tardivo, Silva & Tosi, 2010). De acordo com Barbieri, Beaune e Ayouch (2011), é possível aplicar o CAT-A em adultos como instrumento mediador da comunicação e não como teste psicológico em si. Deste modo, as situações solicitadas através das figuras dos cartões funcionariam como um gatilho para a comunicação, no intuito de se estabelecer um espaço transicional para a manifestação de experiências subjetivas. O fato de o CAT-A ser composto por figuras de animais propicia o processo regressivo imbuído nas situações projetivas e, além disso, fornece um espaço de natureza lúdica que permite o relaxamento e facilita *rapport*. Nesse sentido, a aplicação dessa técnica projetiva nos pais visa a fornecer informações acerca da experiência da parentalidade. Para tanto, na presente pesquisa, foram utilizados cinco cartões (números 1, 2, 3, 4 e 8), cujos conteúdos latentes referem-se às vivências de oralidade, experiência edípica, relacionamento com a autoridade, figura paterna, relação com a figura materna, aspectos da dinâmica familiar (Miguel et al., 2010). No que se refere às instruções, seguiu-se o *rapport* sugerido por Barbieri et al. (2011): “*Vou lhe mostrar alguns quadros e gostaria que você, olhando-os, me contasse como foi e como é ser mãe/pai da(o) (nome da criança) nessas situações*”.

2.3.2 Instrumentos Utilizados com as Crianças

- *Hora de jogo diagnóstica com a criança*: fundamentada no referencial teórico psicodinâmico, é um recurso técnico que o psicólogo utiliza com crianças no contexto do psicodiagnóstico (Werlang, 2000).
- *Teste Não-Verbal de Inteligência (R2)*: é baseado nas Matrizes Progressivas de Raven e é destinado a crianças entre cinco e 11 anos de idade. O teste é composto por 30 cartões coloridos com partes faltando, nas quais a criança deve encontrar, nas alternativas de respostas, a parte que falta. A aplicação não possui tempo limite (Oliveira, 2000).
- *Escala Spence de Ansiedade Infantil (Spence Children’s Anxiety Scale – SCAS – versão para crianças)* (DeSousa, 2013) (Anexo D). À semelhança da SCAS-PAIS, essa escala é respondida pelas próprias crianças, sobre os sintomas de ansiedade. É composto por 44, itens nos quais o respondente deve marcar a frequência com que os sintomas específicos de ansiedade ocorrem. Atribui-se a cada item (0) *nunca*; (1) *às vezes*; (2) *muitas vezes* e (3) *sempre*. Os itens são organizados em seis subescalas: ansiedade de separação (6 itens); fobia social (6 itens); ansiedade generalizada (6

itens); ataque de pânico (6 itens) e agorafobia (3 itens); medo de danos físicos ou fobia específica (5 itens); problemas obsessivo-compulsivos (6 itens) e itens positivos (6 itens). Existe ainda, no final do questionário, uma pergunta: “*Há algo mais do que você tenha muito medo?*”. Se a resposta for sim, pede-se: “*Por favor, escreva o que é*” (DeSousa et al., 2012).

- *Teste de Apercepção Infantil*, forma animal (CAT-A): Esse teste já foi apresentado no item “Instrumentos utilizados com os pais”; porém, cabe salientar que o *rapport* para as crianças é o diferente: “*Este é um jogo de histórias. São 10 figuras ao todo. Eu vou mostrar uma figura por vez, e você deve tentar criar uma história de faz de conta para ela. Diga o que está acontecendo na figura, o que vai acontecer depois e como termina a história. Ou você pode dizer o que acha que aconteceu antes; em seguida, o que está acontecendo na figura e depois qual é o fim da história. O que interessa é você inventar uma história com começo, meio e fim, da sua própria imaginação. Muito bem, esta é a primeira figura*”. Cabe destacar que, na presente pesquisa, em um primeiro momento, a aplicação dessa técnica ocorreu da maneira tradicional (Miguel et al., 2010) e, após, os resultados foram apresentados e discutidos com a criança, fazendo-se o uso de perguntas, associações, assinalamentos e interpretações. Mediante o enfoque interventivo, essa técnica foi avaliada por meio do método da livre inspeção (Barbieri, 2002).
- *Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E)*: apresentada em 1972 por Walter Trinca, tem o objetivo de favorecer uma exploração abrangente da personalidade. Para isso, solicita-se à criança um desenho livre, apresentando-se lápis preto e colorido. Após o desenho, pede-se que ela conte uma estória associada ao desenho e, em seguida, realiza-se um inquérito para esclarecimentos ou outras associações. Por fim, solicita-se um título para aquela produção da criança. Conforme Trinca (1997), é importante que se tente realizar esse procedimento ao menos cinco vezes, ou seja, cinco desenhos-estórias em, no máximo, duas sessões de aplicação, no intuito de exprimir o material inconsciente. O fundamento dos D-E baseia-se na associação livre, partindo de dados incompletos e pouco estruturado, para que o paciente fique livre para compor (Safra, 1984). Essa técnica projetiva permite avaliar a natureza dos impulsos, ansiedades predominantes, defesas, conflitos, entre outros.

Além dos instrumentos citados, também foram utilizados materiais gráficos, como folhas de ofício, lápis preto e colorido, borracha, cronômetro e folhas para registro dos dados

e das observações de comportamento durante a avaliação psicológica. Além disso, cada criança utilizou uma caixa *standard* para a hora de jogo diagnóstica, na qual havia material gráfico, família terapêutica, cola, massa de modelar, entre outros materiais para a avaliação (Aberastury, 1982).

2.4 Procedimentos

Para realização da presente pesquisa, foram contatadas quatro instituições de Porto Alegre. Dessas, duas são clínicas-escola que trabalham realizando psicodiagnóstico, a saber: o Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP) e o Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional (CAP-SOP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A pesquisadora realizou contato com as psicólogas responsáveis por esses locais e comprometeu-se em atender os casos que não pudessem ser absorvidos pelas instituições, desde que os mesmos apresentassem sinais e sintomas de ansiedade. As outras duas instituições contatadas são: a Escola Estadual de Ensino Fundamental Professora Maria Thereza da Silveira e a Escola Estadual de Educação Básica Apeles Porto Alegre. Nas escolas, foi realizado um contato com a orientação pedagógica e explicado os objetivos da pesquisa. Assim, as orientadoras puderam conversar com as professoras das crianças entre 6 e 11 anos, para averiguar quais teriam sinais e sintomas de ansiedade. A partir da indicação de alguns alunos, foi enviada uma carta aos pais, na qual se convidava a criança a participar da pesquisa (Anexo E).

Após a apresentação da doutoranda e o aceite de cada instituição, a pesquisadora atendeu aos seis casos encaminhados em seu próprio consultório. Dentre esses, um caso foi encaminhado pelo IEPP, um pelo CAP-SOP, um pela escola Apeles e os demais pela Escola Maria Thereza da Silveira. Cabe ressaltar que a pesquisadora possui experiência na área da avaliação, e que os atendimentos das seis crianças foram supervisionados por outro profissional também experiente. Em um primeiro contato por telefone, feito pelos pais para marcar um horário com a pesquisadora, foi solicitado a estes que comparecessem para uma entrevista inicial. Nesta, buscou-se esclarecer os objetivos da pesquisa e, assim, obter o consentimento dos genitores através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo F). Em seguida, procedeu-se a investigação dos motivos manifestos dos sintomas de ansiedade das crianças referidos pelos pais e que, após, foram confirmados também por meio das escalas CBCL e SCAS-PAIS. Assim, todas as crianças obtiveram escores em nível clínico para “problemas de ansiedade” no questionário CBCL, e atingiram um nível elevado em, pelo menos, uma subescala da escala SCAS-PAIS.

Depois dessa primeira entrevista, ocorreram duas entrevistas de anamnese com os pais. Em seguida, os mesmos foram submetidos individualmente ao teste Rorschach (em uma sessão) e aos cinco cartões do CAT-A (em outra sessão). Terminada a avaliação dos pais, a criança foi chamada. Ocorreu, então, uma sessão de hora de jogo diagnóstica com a criança para obter informações acerca do motivo consciente e inconsciente da consulta. Cada criança tinha uma caixa *standard* a sua disposição nos momentos da sessão lúdica de atendimento. Seguiu-se, então, uma sessão de aplicação do teste R2, uma sessão para responder à escala SCAS-CRIANÇA e duas para as técnicas projetivas Procedimento de Desenhos-Estórias e CAT-A. Quanto ao CAT-A, na primeira sessão, ocorreu a aplicação tradicional; na segunda, os resultados foram apresentados e discutidos com a criança, fazendo-se uso de perguntas, associações, assinalamentos e interpretações⁴.

Ocorrida a coleta de dados, foram realizadas as entrevistas devolutivas, primeiro com os pais e depois com a criança. Nesse momento, a pesquisadora realizou as orientações necessárias para cada caso, bem como trabalhou sobre a indicação terapêutica que, em todos os casos, foi o encaminhamento para psicoterapia. A pesquisadora explicou, ainda, para a criança e seus pais, a última etapa da pesquisa: dentro de uma semana, estaria presente no consultório uma psicóloga (Clara) para conversar brevemente com eles sobre o que pensaram acerca do psicodiagnóstico. A terapeuta mencionou que eles deveriam ficar à vontade e falar tudo que pensaram, tanto aspectos positivos quanto negativos, pois Clara estaria fazendo uma entrevista *às cegas*, ou seja, não tinha nenhuma informação sobre os casos. Por esse motivo, a pesquisadora denominou essa etapa da pesquisa de “técnica da cabra-cega” (mais detalhes serão explicados na seção dos resultados).

Então, em torno de uma semana após as entrevistas devolutivas, ocorreu a etapa de avaliação do processo de PI. Nesse momento, a pesquisadora apresentou Clara (que também possui experiência na realização de psicodiagnóstico de orientação psicanalítica) aos pais e à criança e dirigiu-se a sala ao lado. Clara fez uma sessão lúdica primeiro com a criança e, logo em seguida, uma entrevista aberta com os pais (todos os encontros foram feitos *às cegas*)⁵. Um dos objetivos dessa entrevista foi avaliar a percepção e os sentimentos das crianças e dos pais sobre o processo de PI com outro profissional, para que eles ficassem à vontade para falar livremente. As entrevistas foram livres, na busca de compreensão tanto dos aspectos conscientes quanto inconscientes que pudessem surgir dos pacientes. Essa etapa foi realizada *às cegas* também para proporcionar a Clara uma experiência baseada fundamentalmente na

⁴ Apenas em uma criança a testagem não pode ser aplicada, e foram realizadas somente as sessões lúdicas.

⁵ Como as entrevistas eram em sequência, solicitou-se a presença de um outro familiar neste dia para ficar com a criança, enquanto Clara atendia aos pais.

livre associação, sem a *contaminação* das vivências da pesquisadora (sem a interferência de um processo racional-teórico prévio). Com isso, Clara ficaria livre para fazer um contato terapêutico “real” e deixar emergir no *setting* inclusive as representações de nível não-verbal. Ao final das entrevistas com os pais (nessa técnica da cabra-cega), a pesquisadora entregou o informe e o encaminhamento por escrito. Ocorreu, então, um momento de despedida entre a pesquisadora e os pacientes. Como Clara estava no recinto, pode presenciar tal momento e despedir-se também. Transcorridos aproximadamente dois meses, foram realizados contatos telefônicos com os pais para saber se as crianças estavam em processo psicoterápico.

2.5 Análise dos Dados

A análise dos dados das entrevistas foi realizada simultaneamente à coleta, e não ao seu final. Dessa maneira, a todo momento, foram realizadas devoluções, em uma interação contínua entre coleta e análise, entre investigação e intervenção. Nessa interação, a atitude do pesquisador durante o contato com seu sujeito-objeto de estudo já determina a organização dos dados. A integração entre intervenção e investigação oferece ao pesquisador a oportunidade de obter *feedback* por parte dos sujeitos, facilitando, desse modo, a testagem de hipóteses ao longo da avaliação. Cabe ressaltar que, apesar da simultaneidade da coleta e análise, o pesquisador também necessita debruçar-se posteriormente sobre os dados, buscando maior sistematização deles (Barbieri, 2010b).

No que se refere à testagem projetiva das crianças (Procedimento de Desenhos-Estórias e CAT-A), as mesmas foram corrigidas conforme a livre inspeção do material de acordo com o referencial teórico psicanalítico. Já o teste de Rorschach que foi aplicado nos pais seguiu o sistema de classificação de Klopfer adaptado por Vaz (1997).

Os questionários CBCL (Achenbach, 2001) foram corrigidos por meio do *software* ADM (ASEBA), e as escalas SCAS-PAIS/SCAS-CRIANÇA (DeSousa, 2013) foram corrigidas segundo orientação do autor. Também o teste R2 (Oliveira, 2000) foi corrigido de acordo com o manual de instruções.

É importante mencionar que as intervenções foram realizadas pela pesquisadora, levando em consideração a escuta analítica. Desta forma, foram levados em consideração os aspectos transferenciais e contratransferenciais do processo para construir os estudos de caso (inclusive na etapa em que a psicóloga Clara teve participação). A pesquisadora buscou inspirar-se na teoria do desenvolvimento emocional na proposta winnicottiana, no intuito de oferecer aos participantes um ambiente previsível, acolhedor de suas necessidades e compreensivo.

Por fim, cabe destacar que a pesquisa em psicologia clínica proporciona o desenvolvimento de metodologias que se encontram em situações de construção de sentido e são voltadas para favorecer a melhoria da condição humana (Ferreira, 2002).

A seguir, no próximo capítulo, será apresentada a descrição integral de um caso clínico, visando a ilustrar o método do PI. Também serão trabalhados os resultados mais relevantes em relação aos outros casos.

2.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa da presente tese foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul de acordo com o ofício número 21412, datado de 09/08/11 (Anexo G).

Os princípios éticos da pesquisa foram respeitados no sentido de proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes de acordo com a resolução de número 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000) e a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, garantiu-se aos participantes o anonimato e sigilo dos dados, a minimização de prejuízos potenciais e a não privação de benefícios. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização de seus dados e de seus filhos para a pesquisa. Aos participantes foi dada a opção de não participar do estudo, se assim lhes conviesse, e também a possibilidade de interrupção de sua participação, mesmo havendo assinado o TCLE, sem nenhum prejuízo ou objeção (Cozby, 2006).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista que o pesquisador-avaliador está presente física, racional e emocionalmente em todo o processo de PI, o relato das entrevistas estará imbuído de suas percepções e seus sentimentos. Nesse sentido, no que se refere à contratransferência, vale destacar algumas palavras de Winnicott (1960/1983):

O psicoterapeuta (analista ou psicólogo analista) deve permanecer vulnerável e, ainda assim, reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho. Acho que o analista profissional que mantém comportamento correto está mais à vontade do que o analista que (ainda que com comportamento correto) retém a vulnerabilidade que faz parte de uma organização defensiva flexível (p. 147).

Winnicott (1983/1960) salientou que, diante de quadros clínicos muito regressivos ou até mesmo da projeção da parte psicótica do paciente no *self* do terapeuta, este inevitavelmente sofre um impacto e tem uma reação (tanto consciente quanto inconsciente). O uso que o terapeuta pode fazer de suas reações tem um efeito em sua atitude profissional. Nesse contexto, para falar de contratransferência, o autor tomou emprestado o termo usado por Margaret Little: “a resposta total do analista às necessidades do paciente”.

Sendo assim, a pesquisadora também fez uso de suas reações conscientes e inconscientes como uma ferramenta para auxiliar no entendimento psicodinâmico dos sujeitos da pesquisa. Antes de iniciar a comunicação dos resultados, cabe realizar algumas considerações. No intuito de ilustrar como se deu todo processo de PI na presente pesquisa, será relatado um caso clínico na íntegra, que foi chamado “Caso Paulo”⁶. Para os outros cinco casos, foram selecionados alguns aspectos principais relacionados aos motivos latentes dos sintomas de ansiedade das crianças, de acordo com a análise psicodinâmica dos dados, feita pela pesquisadora e com o auxílio de supervisão. Esses serão ilustrados por meio de vinhetas clínicas. Com base no referencial winnicottiano – no qual a influência do ambiente é fundamental para o desenvolvimento emocional da criança – optou-se por organizar os resultados da pesquisa da seguinte forma:

- a) Dados de identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade;
- b) Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança: abrange as entrevistas e testagens realizadas com os pais;
- c) Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos: envolve as sessões lúdicas e de testagem com a criança;
- d) Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas (do ambiente terapêutico): diz respeito às entrevistas de devolução;

⁶ Nome fictício

e) A “técnica da cabra-cega” para avaliação da percepção e dos sentimentos dos pais e das crianças sobre todo o processo de PI. Nesta etapa da pesquisa⁷, a terapeuta Clara realizou uma sessão lúdica com a criança e uma entrevista livre com os pais sem saber informações sobre os casos, ou seja, às cegas. Todos os participantes foram avisados de que Clara não tinha conhecimento de sua história de vida, tampouco do que havia sido feito nas sessões de atendimento com a pesquisadora. Deste modo, os pacientes poderiam falar livremente tanto de aspectos bons quanto ruins, no que se refere ao processo de PI.

É interessante mencionar que a pesquisadora resolveu nomear essa etapa do PI de “cabra-cega” inspirada na brincadeira infantil, a saber: “um dos participantes deve ser a cabra-cega e ter os olhos vendados com um lenço. É importante definir o espaço onde acontecerá a brincadeira, pois, se a área for muito grande, a pessoa que tem a venda nos olhos não vai conseguir achar ninguém. Todos devem tentar fugir, pois o objetivo da cabra-cega é achar alguém e adivinhar quem é essa pessoa. Enquanto a brincadeira acontece, os participantes fazem um jogo de perguntas e respostas, o que ajuda a cabra-cega a localizar os outros pela audição”⁸.

Assim como na brincadeira original, é preciso que haja a delimitação de um espaço, pois, se a área for muito grande, a pessoa não conseguirá achar ninguém. No caso do PI, o *setting* cumpriu esse papel de circunscrever o espaço, garantindo o contato terapêutico. Então, as entrevistas foram realizadas em um local familiar a todos (à Clara e aos pacientes), no consultório da pesquisadora, e aconteceram dentro de uma “previsibilidade” de trinta minutos.

Tendo como base o referencial winnicottiano, a ideia da pesquisadora foi proporcionar um ambiente acolhedor, por meio da presença de Clara, para que os pacientes falassem livremente sobre o processo de PI (percepções e sentimentos bons e ruins), a fim de serem captados tanto aspectos conscientes quanto inconscientes. Também se almejou proporcionar um ambiente no qual Clara ficasse à vontade, livre da “censura” (dos achados) da pesquisadora. A intenção foi deixar fluir também os sentimentos de Clara durante os encontros, na ideia de “permanecer vulnerável e, ainda assim, reter seu papel profissional durante suas horas de trabalho” (Winnicott, 1960/1983, p. 147). Pensou-se que, como esse contato seria o primeiro e último (tanto para os pacientes quanto para Clara), deveria aflorar no *setting* uma comunicação intensa, “um brincar intenso” (em um nível verbal e não-verbal), abarcando a tentativa do paciente de ser compreendido e do terapeuta de entender o que se passava. Contudo, assim como, na brincadeira da cabra-cega, os participantes tentam fugir da

⁷ Conforme descrito no capítulo Método.

⁸ <http://so-brincadeiras.blogspot.com.br/2009/03/cabra-cega.html>

mesma, nas sessões de avaliação também ocorrem mecanismos defensivos para “fugir do problema”. A cabra-cega deve guiar-se pelos órgãos dos sentidos (audição) através de perguntas e respostas para localizar os participantes. A proposta foi que Clara também pudesse guiar-se não somente pelos conteúdos verbais, mas que deixasse fluir seus “sentidos” durante os encontros e, ao mesmo tempo, permanecesse na atitude profissional.

Para realizar essa “técnica da cabra-cega”, é preciso uma disposição emocional para se envolver “às cegas”. Nesse sentido, a pesquisadora inspirou-se em alguns parâmetros do método Esther Bick (1964/1987) de observação da relação mãe- bebê⁹.

Logo, à semelhança do observador no método Bick, Clara deparou-se com o fato de não saber informações sobre os casos e mergulhou nos encontros, sendo envolvida pelo clima emocional de cada momento. Conforme Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron e Lopes (2006), o observador deve ter a capacidade de suportar o não-saber e esperar que os acontecimentos façam sentido. Portanto, deve permanecer em uma postura receptiva, aberta aos sentimentos, antes de formular conceitos teóricos. Essas características também são esperadas na postura de um analista. Desta maneira, Clara também permaneceu em uma condição receptiva e lançou mão de seus recursos internos para compreender as trocas conscientes e inconscientes que ocorreram no ambiente, usando seus instrumentos de trabalho: atenção flutuante, transferência e contratransferência.

No método Bick, o observador deve descrever o que acontece no exterior e no seu interior (Chiappini & Miyares, 1997), refletindo sobre sua experiência emocional. Em um momento posterior, a função da supervisão é oferecer continência às angústias do observador e, assim, auxiliar na elaboração psíquica dos fenômenos vivenciados (Sandri, 1997). No caso do presente estudo, a terapeuta Clara pode ter suas angústias contidas ao término de cada caso. Além de estar presente no momento do recebimento do informe psicológico e da “despedida” da pesquisadora junto aos pais e às crianças, Clara compartilhou seus sentimentos por meio de um relato sobre os encontros, no qual pensou, em conjunto com a pesquisadora, sobre os aspectos fundamentais inerentes a cada paciente. Por fim, é importante salientar que a terapeuta Clara tem treinamento no método Bick, além de ter participado de

⁹ De forma resumida, o Método Esther Bick de observação da relação mãe-bebê consiste em que um observador acompanhe e estude o estabelecimento e a evolução da relação e do vínculo de um bebê com sua mãe e seu entorno. Para tanto, ele frequenta a casa da família e permanece durante uma hora semanalmente por um período médio de um ano. O observador tenta compreender os fenômenos inconscientes da relação observada e os sentimentos despertados nele. Tal procedimento metodológico envolve três tempos: observação, anotação e supervisão (Caron, 1995, 2000).

uma pesquisa (Caron & Lopes, 2001) baseada neste método em conjunto com a pesquisadora¹⁰.

f) A etapa final de *follow up*: consistiu no contato telefônico com os pais dos seis casos atendidos em PI a fim de saber quais deles se engajaram no processo de psicoterapia.

A seguir, será exposto o caso Paulo na íntegra e na sequência os demais casos com os respectivos fatos clínicos ilustrativos.

3.1 Caso Paulo

3.1.1 Identificação do Caso e Motivo Manifesto dos Sintomas de Ansiedade

No momento da avaliação psicológica, Paulo tinha de nove anos de idade e acabara de ingressar na 4ª série do ensino fundamental de uma escola municipal de Porto Alegre. Era uma escola nova para o menino. Quanto à escolaridade dos pais, o pai possui terceiro grau incompleto e trabalha como taxista; a mãe tem o segundo grau completo e é dona de casa. A renda familiar, na época, girava em torno de quatro salários mínimos. O menino residia com seus pais Ronaldo (36 anos) e Aline (41 anos) e seus irmãos Luciana (de 23 anos) e Fábio (de quatro anos). Cabe destacar que Luciana é filha do primeiro casamento de Aline e possui Síndrome de Rett¹¹.

Ao saber pela coordenadora do SOE da escola do filho que a presente pesquisa objetivava realizar um PI em crianças com sinais e sintomas de ansiedade, o pai de Paulo prontamente entrou em contato com a psicóloga para participar. A fim de checar a existência de tais sintomas, foram entregues aos pais dois questionários (CBCL e SCAS-PAIS) (Anexos B e C) e uma ficha de dados. Nessa última, os pais descrevem o principal motivo da

¹⁰ Foi realizada em Porto Alegre uma pesquisa longitudinal para investigar o desenvolvimento da relação mãe-bebê desde a gestação até o terceiro ano de vida. Nesta, um grupo de observadores acompanhou os exames de ultrassonografia e o nascimento do bebê. Outro grupo observou a dupla mãe-bebê após o nascimento. E ainda, outros dois grupos observaram os vídeos dos exames ultrassonográficos dos bebês da pesquisa. Um grupo trabalhou na descrição dos movimentos fetais; o outro grupo (do qual a autora da presente pesquisa e a terapeuta Clara fizeram parte) buscou apreender o clima emocional despertado, por meio das imagens do feto até seu nascimento. Este grupo não tinha informações acerca da história de vida dos bebês e de seus pais e realizou um trabalho às cegas, somente observando as imagens e deixando-se levar pelos sentimentos despertados. Ao final, o material foi submetido a supervisões sistemáticas. No entanto, os dados oriundos dessa pesquisa não foram publicados (Caron & Lopes, 2001).

¹¹ A Síndrome de Rett caracteriza-se por diversas perturbações graves, compreendendo uma alteração significativa das relações sociais, perda parcial ou completa da linguagem, do uso normal das mãos e desaceleração do crescimento craniano. O início ocorre por volta de um ou dois anos de idade, após um período de seis a 18 meses de desenvolvimento normal. Em geral, a desintegração é rápida e causa retardo mental grave ou profundo, além de dificuldades sociais e físicas consideráveis. Outras características associadas são: epilepsia, dificuldade de mastigar corretamente, salivação excessiva e protusão da língua, problemas de alimentação e de digestão, falta de controle esfinteriano, deformações posturais, dificuldades respiratórias e comportamentos de automutilação (Dumas, 2011a).

avaliação: “*Nós, pais, procuramos a avaliação devido a observarmos um comportamento um pouco ansioso do nosso filho. Além disso, há histórico de depressão na família, tanto da minha parte (pai) quanto da parte da Alice (mãe), e gostaríamos de investigar isso*”.

A partir da descrição da queixa dos pais, pode-se supor que Paulo apresentava-se ansioso e, portanto, preenchia os critérios para participar da presente pesquisa. Além disso, no que se refere aos resultados dos questionários (CBCL e SCAS-PAIS), também foi confirmada a presença de sintomas de ansiedade.

Deste modo, de acordo com o questionário CBCL, na escala original, para a escala de *Comportamento Internalizante*, Paulo obteve escores acima da média na subescala *Ansiedade/Depressão*. Nesta subescala, ele obteve escore total de 9 pontos, Escore *T* equivalente a 67 e percentil 96. A interpretação é classificada como *B=borderline*, ou seja, limítrofe. Também na escala orientada pelo DSM-IV foi obtido escore em nível limítrofe para *Problemas de Ansiedade* (Escore *T* equivalente a 68 e percentil 97).

Ainda, para a escala de ansiedade SCAS-PAIS, foram obtidos escores acima da média nas subescalas *Fobia Social* (Pontos=11, M=7.3, DP=3.6) e *Medo de Danos Físicos ou Fobia Específica* (Pontos=9, M=4.4, DP=2.8). Apesar de as duas escalas respondidas pelos pais terem apresentado escores em nível clínico, tais resultados devem ser interpretados com cautela, pois, a amostra normativa das escalas CBCL e SCAS-PAIS é americana e, até o momento do presente estudo, não foram publicadas tabelas normativas com dados da população brasileira.

Tendo em vista essa ressalva, torna-se ainda mais importante avaliar os sintomas de ansiedade descritos pelos pais à luz dos dados clínicos. Para tanto, será exposto a seguir todas as entrevistas realizadas com os pais e com a criança ao longo do processo.

3.1.2 Como o Ambiente Percebe e Sente os Sintomas de Ansiedade da Criança

As primeiras sessões de avaliação foram realizadas com os pais em separado, pois Luciana, na condição de portadora da Síndrome de Rett, não pode permanecer sozinha em casa, e os pais têm dificuldade de encontrar alguém que se disponibilize a cuidá-la. Tendo em vista essa situação familiar, a entrevista inicial foi realizada somente com o pai. Após, foi realizada a sessão inicial de avaliação com a mãe (na qual ela também assinou o TCLE) e, em seguida, a sessão de anamnese com a mesma. A partir desse contato inicial com ambos, procedeu-se a testagem com os pais para, depois, ocorrerem as entrevistas subsequentes do processo de psicodiagnóstico (referentes à criança, as devolutivas e o *follow up*). Destaca-se que, para fins didáticos, serão expostas em sequência as sessões e testagens ocorridas com o

pai e a respectiva análise. Após essa apresentação, será realizado o mesmo processo referente aos dados oriundos da mãe.

Sessão Inicial com o Pai

Inicialmente, houve um momento de apresentação, e foram retomados os objetivos da presente pesquisa. Verificou-se se Ronaldo concordava em participar da mesma. Assim, em seguida, ele assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi orientado a falar sobre por que quis participar do psicodiagnóstico, já que, nesse caso, não houve indicação formal por parte da escola. Ronaldo referiu, então: *“A ideia forte de procurar ajuda para o Paulo foi da minha esposa. Ele se mostra ansioso, não o tempo inteiro. Eu tinha um olhar diferente sobre atendimento psicológico; achava que não era pra tanto. Mas a minha esposa sempre achava que era bom ir, para evitar coisas futuras. Até que eu comecei a fazer terapia e agora acho importante”*. Ele relatou que Alice tem depressão há bastante tempo, e ambos se tratam no posto de saúde, mas, diferente dele, sua esposa faz uso de medicação. Segundo ele, Aline manifestava vontade de conversar com uma psicóloga desde pequena pelo fato de ser filha adotiva, mas sua mãe costumava dizer: *“Ou tu vai para terapia, ou a gente compra comida para sobreviver”*.

Ronaldo referiu ter uma vida familiar muito *“tensa”* em função dos cuidados com Luciana, filha somente de Aline: *“Tudo gira em torno dela. A Síndrome de Rett é uma doença degenerativa, e casos raros passam da adolescência. Quando eu conheci a Aline, a Luciana tinha cinco anos e já estava com problemas de desenvolvimento. Agora ela está com 21 anos... Quando eu a conheci, não imaginava que poderia afetar tanto a nossa rotina”*. Explicou que Aline realiza psicoterapia por essa situação com Luciana, mas também existem outros problemas familiares *“com a família dela e com a minha também”*. Ele disse: *“Eu fui buscar tratamento porque estava com muita ansiedade, me estressando no trânsito. Tenho diabetes há 30 anos, estou com problema de peso... mas, depois que eu iniciei o tratamento, começou a vir à tona meus problemas com a minha família. Fui me dando conta disso. Minha família tem problemas, meu pai é safado ou é meio maluco (risos), e a minha mãe tem problemas com a minha esposa”*.

Os problemas de sua mãe com a sua esposa iniciaram pelo fato de Aline ser cinco anos mais velha do que ele e já ter uma menina com problemas. Os familiares sempre *“foram muito críticos”* quanto ao seu relacionamento. *“Eles falavam mal da Aline, e ela dava respostas fortes pra eles”*. Por conta disso, Ronaldo e Aline moraram em casas separadas por volta de um ano. No entanto, eles continuavam se encontrando. Foi nesse período que Aline engravidou de Paulo. Então, eles resolveram se casar oficialmente. Ronaldo comentou:

“durante a gestação do Paulo, minha mãe tinha medo que a Aline mentisse sobre a paternidade do Paulo e, por isso, ela detonou o meu casamento, dizendo que o filho não era meu. A minha mãe atormentou a Aline sobre isso”. Aline suportou essas, dentre outras acusações, durante anos e, a partir de janeiro de 2012, decidiu que não queria mais contato nem com a sogra, nem com os irmãos de Ronaldo. Ele assinalou: *“Foi um troço forte, ainda que eu estivesse fazendo terapia. Em parte, me senti culpado por ter cortado o assunto com a minha família. Hoje, a gente está esperando um sinal da família para tentar uma reconciliação. As pessoas têm que se dar conta de pedir desculpas pra Aline”.* Após esses comentários, a terapeuta falou que deve ter sido difícil para ele enfrentar essa situação e estar entre sua mãe e sua esposa, ficando dividido e sentindo-se culpado. Ele referiu que não tinha conhecimento sobre o que acontecia, pois sua mãe fazia comentários somente para a Aline, e esta ficava calada. A terapeuta disse que talvez existisse um lado dele que não queria mesmo saber sobre esses assuntos. Ronaldo, então, referiu: *“Eu ficava mesmo sem saber o que fazer e foi depois, com ajuda da terapia, que eu vi que a Aline estava sofrendo, tinha razão, então, eu tomei partido dela”.*

Para ele, Aline tinha razão em muitos aspectos, mas discordava quando ela falava sobre esse assunto da paternidade de Paulo na frente do menino. *“Ele é pequeno ainda para lidar com isso. Não sei se isso causou alguma dúvida nele. Poderia gerar uma preocupação que ele não seria meu filho e, além disso, vai minar a relação dele com a avó”.* Quando a terapeuta o inquiriu sobre como ele lidava com isso, Ronaldo referiu que falava para Aline não tecer esses comentários na presença de Paulo. No entanto, frisou que sua esposa costumava responder, dizendo que o filho precisava saber a verdade e que não afetaria a relação dele com a avó, já que ela o tratava de forma mais afastada. Ronaldo mencionou: *“Mas eu fui criado assim também; é o jeito da minha mãe. A minha família por parte de mãe tem problema de depressão... Desde quando era pequena, a minha mãe tinha vontade de chorar e sair da escola... Ela está com 57 anos e, há 50 anos, depressão era frescura de criança... Ela passou muito trabalho com os problemas de depressão. O meu avô também tinha problemas... Parece que, na minha família, tem mais de uma dúzia de suicídios por várias gerações. Existe essa possibilidade genética e, por isso, achamos que o Paulo deve vir aqui e passar por uma avaliação”.*

A terapeuta perguntou se Ronaldo também percebia em si próprio aspectos depressivos. Ele referiu que ficava nervoso, ansioso, mas conseguia se acalmar e mudar a situação. Comentou que, talvez por isso, sua terapeuta não indicou o uso de medicação. No entanto, referiu que, ultimamente, estava sentindo-se muito cansado da rotina, dos cuidados com os meninos, pois Fábio apresenta hiperatividade. Acrescentou: *“Eu tenho que trabalhar*

no que dá (motorista) e não no que eu quero por causa da Luciana. Sou o único que trabalha... a Aline tem que ficar cuidando dela”. Nesse momento, a terapeuta perguntou como ele gostaria de trabalhar. Ronaldo relatou que fazia faculdade de arquitetura e que, nesse sentido, a família de origem tinha *“uma grande aposta”* nele, mas, por questões financeiras, precisou trancar o curso. A terapeuta referiu que ele abriu mão de muitas coisas que gostava de fazer em função da família, da Aline e dos cuidados com a Luciana. Ele concordou e disse que mudou muito a vida dele, mas, no tocante à Luciana, os maiores cuidados costumavam ser de responsabilidade da Aline.

Ronaldo continuou falando a respeito dos cuidados com os meninos. Relatou: *“O único que consegue impor limites para o Fábio sou eu, então, cansa muito... Ao mesmo tempo em que ele não vê limites, ele é um amor... Eu não tenho o hábito de bater, mas, esses dias, eu dei umas palmadas no Fábio, e isso me fez mal. Isso me afeta, não gosto, mas, às vezes, é necessário”*. Fábio está apresentando problemas em casa e na escola, e Ronaldo fez perguntas a terapeuta sobre isso. Nesse momento, os questionamentos do pai causaram desconforto na terapeuta, parecendo que o propósito da avaliação era o menino Fábio e não o Paulo. A pesquisadora questionou-se a respeito desse fenômeno. Por quais motivos os sintomas de Fábio estariam tomando grande proporção na sessão? A sintomatologia do filho menor estaria *“incomodando”* mais ao pai? E por que tamanho desconforto na terapeuta? Ao se dar conta desse sentimento contratransferencial, a terapeuta pensou que sua incomodação poderia ser porque o pai falara mais sobre ele mesmo do que sobre o Paulo. Seria esse fenômeno uma identificação ou projeção de aspectos do pai em Paulo? Qual seria o espaço de Paulo no psiquismo do pai? Por que Ronaldo foi em busca de ajuda para o filho?

A partir daquele momento da sessão, a terapeuta disse ao pai que compreendeu as suas angústias em relação ao Fábio e que entendeu sua preocupação no que se referem aos problemas familiares, às desavenças entre sua esposa e sua mãe. Contudo, reforçou que gostaria de saber o que mais o preocupava em relação ao Paulo. Ronaldo disse: *“O Paulo é mais tranquilo; gera estresse, mas é pouco”*. Comentou que, na escola, no ano passado, ele teve problemas com os colegas mais velhos, que implicavam com ele. Paulo sofreu *bullying*; os meninos o xingavam, tentavam chutá-lo. *“A gente procurava estar sempre presente, fazer ele falar sobre isso, mas Paulo não falava muito. Ele tinha problemas na hora da saída. Mas a gente notava que ele ficava ansioso antes de ir pra aula. Na hora do almoço, comia muito pouco, por medo de dar dor de barriga. E, quando voltava da escola, comia bastante. Isso eu acho que é ansiedade. Atrapalha tanto no comer antes da escola quanto depois, quando volta, que come muito. A questão do peso preocupa; ele está um pouquinho acima. Isso da comida continua nessa escola, apesar de os outros problemas de bullying terem passado.*

Nessa escola, não tem ninguém que maltrate ele. Como a escola é nova para os dois, a gente pede que ele olhe o irmão, e eu noto que ele sente uma certa responsabilidade sobre o irmão. Às vezes, ele quer dar uma de pai e mãe para o Fábio. Meu medo é que ele fique sobrecarregado com o irmão”.

A terapeuta disse ao pai que Paulo deve ter sofrido bastante na outra escola e perguntou como ele estava se adaptando este ano. Ronaldo referiu que a atual escola parecia muito boa, pois não observaram “*nada de anormal*”. No entanto, o comportamento ansioso em relação à comida continuava, bem como uma preocupação com o irmão “*bastante forte*”. A terapeuta perguntou sobre a relação de Paulo com Luciana. O pai não sabia se a doença da irmã causava ansiedade no menino, mas está certo de que os problemas familiares entre sua mãe e sua esposa interferiram na vida de Paulo. A partir desse relato, a terapeuta questionou-se: os problemas entre Aline e a sogra interferiram de forma significativa na vida psíquica de Paulo ou seria na vida de Ronaldo? E ainda, ao que tudo indicava, Ronaldo foi quem procurou ajuda para o filho; no entanto, a “*ideia forte*” foi de Aline. Aliás, conforme o discurso do pai, quem conseguia dizer “*coisas fortes*” seria sua esposa. A partir desses pensamentos, surgiu a questão: qual seria a relação do pai com as figuras femininas? E o que isso teria a ver com Paulo? Tendo em mente tal reflexão, a terapeuta frisou novamente que deveria ser difícil para Ronaldo ficar entre sua mãe e sua esposa.

Nesse sentido, o pai disse: “*Minha mãe é assim; toma cinco medicamentos para depressão e tinha até a possibilidade de ter que internar ela... Pra mim é difícil, mas precisei estabilizar a minha família e apoiar Aline. Ontem, eu fiz um esforço para levar as crianças para ver ela... Ela não se expressa, não dá atenção, mas também não cobra... e o Paulo também sentiu isso... ele mesmo sentiu que a avó não se importa muito com ele*”. A terapeuta apontou que poderia ser que Paulo sentisse que a avó não se importa muito com ele, mas observou que esse sentimento está muito presente nele próprio. Ronaldo referiu que sua mãe sempre foi mais próxima de sua irmã e dos filhos dela, pois ambas moravam no mesmo terreno. Comentou: “*Os filhos da minha irmã, ela tem certeza que são dela, mas, no meu caso, só quando o Fábio nasceu foi diferente. Aí ela viu que ele era a cara do Paulo*”. Todas essas questões sobre a dúvida de sua mãe acerca da paternidade de Paulo atormentaram seu casamento e poderiam também ter interferido na vida do menino.

A terapeuta perguntou ao pai como ele percebia o filho. Ronaldo comentou: “*A gente acha que o Paulo é esperto para jogos, videogame, mas, para interpretar um texto, tem mais dificuldade... Uma vez por semana, ele pega livros na biblioteca para treinar isso... Ele tem dificuldade de se concentrar, de fazer contas... a Aline se preocupa com o aprendizado dele. Há um tempo, ela achou que ele tinha dificuldade de inteligência... mas eu acho – e as*

professoras dizem – que Paulo é um menino inteligente... Quem sabe a cobrança é muito alta... Não queremos que ele seja um gênio!”. Às vezes, Paulo não queria fazer os temas, mas, de modo geral, ele é um menino “tranquilo, brincalhão, colabora... A gente tenta deixar ele em um ambiente que seja do bem”. Relatou preocupação em relação à ansiedade. “Ele tem que fazer caligrafia, fica ansioso para copiar rápido. Eu identifico muitas coisas que ele tem que eu tenho, eu também tinha que copiar tudo rápido. Ele come letras, identifico coisas dele comigo, no modo dele agir. Ele não é popular da escola. Não se posiciona muito, procura evitar certas brigas. Só que, na questão do estudo, ele tem mais preguiça do que eu. Tenho a impressão de que eu tinha mais facilidade, mais autonomia do que ele. A Aline fica muito em cima dele para fazer tema. Se ela não tá em cima dele... Tem que estar sempre cobrando! Eu pouco me lembro da minha mãe me cobrar coisas. O Paulo é mais preguiçoso, quer jogar no play, ver filme. Sentar pra fazer tema ele não vai muito. Lembro que, com um ano a mais que o Paulo, eu tive que fazer um teatrinho para a escola, e eu e uma colega chamamos o pessoal para a casa da minha avó fazer o ensaio. Eu pensei em todo teatro, eu tinha mais tino, e o Paulo não tem interesse nenhum em fazer um tema. Mas sei que ele é novinho; está se descobrindo!

A pesquisadora referiu que Ronaldo percebia muitas características suas em Paulo e que, por vezes, poderia até mesmo ficar difícil de separar o que é o jeito do Paulo e o que é o jeito do Ronaldo. Nesse momento, o pai se questionou se a ansiedade poderia afetar os relacionamentos de Paulo e faz uma reflexão sobre si mesmo: *“Eu nunca tive problemas intelectuais. Primeiro eu acabava tudo, depois eu conversava... Não consegui passar na UFRGS, acredito eu por ansiedade... sempre comi muito... minhas ansiedades são para comida e sexo... tive coisas impulsivas. Meus filhos foram por impulso, nada foi planejado... talvez eu pudesse ter feito diferente... por exemplo, não consegui comprar uma casa... Enfim, até que eu fui me dar conta o quanto a ansiedade me atrapalhou e não quero que isso aconteça com o Paulo”.*

Aplicação do CAT-A no Pai

A seguir será apresentada a aplicação de alguns cartões do Teste de Apercepção Temática Infantil em Ronaldo, no intuito de ser um facilitador da comunicação por meio dos aspectos lúdicos do mesmo. Acreditou-se que, a partir da identificação com o animal adulto, os pais informariam sobre o seu relacionamento com a criança, suas crenças, valores, dúvidas, angústias; enfim, a experiência da parentalidade. Deste modo, foi realizada a seguinte solicitação ao pai: *“Vou lhe mostrar alguns quadros e gostaria que você, olhando-os, me contasse como foi e como é ser pai do Paulo nessas situações”* (Barbieriet al., 2011).

Cartão 1

“Essa figura maior representaria o pai ou a mãe, no caso. Eu não sei. O quadro em si representa a mãe ou o pai. Presume-se que a figura maior é o cuidador, o pai que providenciou a alimentação dos pequenos. Achei estranho o pai galo estar no 2º plano, não estar junto com os pintinhos. Uma das poucas coisas que a gente faz junto é almoçar, pelo menos de segunda a sexta, a gente fica em volta, prepara o lanche para eles levarem. [Qual é o sentimento?] Comer é sempre uma alegria, ainda mais para mim que sou um gordo viciado na comida. Estou chateado que engordei 1kg. O Paulo, na hora de comer, é estranho. Antes de ir para escola, come pouco, mas janta bem, e final de semana também. De tarde, lancha pouco. Ele tinha enjoos quando era pequeno para comer, andou vomitando umas três ou quatro vezes em restaurantes diferentes. Quando não tem que sair, come quase o tempo todo. Mas ele não tá gordão; tem uma barriguinha. Eu tenho como se fosse uma compulsão, comida e sexo. Eu tento falar para ele, nós tentamos falar para ele sobre sexo, por exemplo, que tem que lidar, limpar, mas não é para deixar ninguém mexer. Eu fui aprender de um jeito torto, passei trabalho durante tempos, porque não tinha com quem falar. Ele já não precisa passar pelo que eu passei, uma ansiedade na comida, uma masturbação excessiva na adolescência”.

Este cartão trouxe à tona a experiência de alimentação com os filhos. Ronaldo pareceu identificado com o papel da figura materna que nutre e gratifica. Ao mesmo tempo, ficou incomodado com o fato de perceber o galo no segundo plano e não junto com os pintinhos. Em uma interpretação mais simbólica, esse aspecto poderia representar uma dificuldade de separação-individuação. Observou-se, ainda, que o pai mencionou os problemas referentes à alimentação com filho e “misturou-se” com o mesmo, trazendo para o plano da oralidade questões de sexualidade.

Cartão 2

“Eu tenho que relacionar isso com ser pai do Paulo... É difícil isso aqui! Isso é uma disputa... seria... é difícil relacionar isso com ser pai... se isso é uma disputa, tem um deles que está aceitando a ajuda do filho. Não consigo relacionar com a minha situação. O que me lembrou isso são os pais que obrigam os filhos a ajudar. Na verdade, o pai tem a obrigação de sustentar o filho. A gente não sobrecarrega o Paulo. Eu não veria ele disputando nada!”.

Neste cartão, de modo geral, é comum o surgimento do conflito edípico e surgem temas relacionados à competitividade. As temáticas levantadas na pesquisa de Barbieri et al. (2011) sobre a experiência parental referiram-se a disputas e desacordos, sobretudo, entre o

casal. Observa-se que, nesse cartão, Ronaldo apresentou dificuldade de colocar-se em situação de disputa, em uma triangulação. Ele passou, então, a racionalizar sobre esse aspecto. Referiu que não percebe o filho disputando “nada”. Estaria o pai projetando seus aspectos de passividade no filho?

Cartão 3

“É um leão velho; eu não sei o que esse leão está pensando... meio viajando, olhando para o nada... pelo local, a cadeira, a forma, parece um leão que trabalhou, que se preocupou e continua se preocupando com os filhos que estão longe. Talvez possa representar nós no futuro, mais velho, meio preocupado, meio pensativo. Não sei porque do ratinho ali. Talvez para indicar que o leão está solitário, sozinho. Os filhos estão longe dos pais, e o cara está sozinho. Em relação a eles no futuro, nunca pensei nisso. Só sei que não quero ser um peso para eles; quero que eles sejam felizes, perto ou longe. Esse da figura não está feliz, porque os filhos não estão felizes e estão longe. Aí me veio na cabeça a minha mãe. A cara da minha mãe no momento atual. Ela fica triste, porque eu não falo com ela. A Aline se afastou para não ficar mais magoada. Para mim, é uma fonte de tristeza terrível. Sinto saudade não sei do quê!”.

Comumente, este cartão propicia a aparição de temas relacionados à figura paterna e relação com a autoridade. No caso de Ronaldo, observa-se que há uma identificação com a figura paterna que está preocupada com os filhos. Porém, o conflito central gira em torno da angústia de separação. Ele faz uso de racionalização para aplacar tal angústia. No entanto, a defesa não dá conta da angústia que o remete à relação precoce com a figura materna.

Cartão 4

“Isso aqui seria a mamãe canguru, carregando os filhos. Lá em casa, isso não acontece quase. Acabo eu fazendo isso, levando para dar uma volta ou indo no mercado. Mas é uma situação legal os filhos perto da mãe. Ela está segurando o chapéu, apressada, mas tá legal! Hoje em dia, tem filhos que convivem tão pouco com os pais”.

De acordo com Barbieri et al. (2011), o tema desse cartão centra-se na figura da mulher apressada com os seus múltiplos afazeres. Nesse caso, Ronaldo identifica-se com essa função materna. Teria ele assumido essa função em casa? Estaria ele identificado com um lado mais passivo? Ao mesmo tempo, percebe-se uma identificação dele, enquanto filho que convive pouco com sua mãe.

Cartão 8

“Uma família de macaquinhos! É estranho a representação com animais, desde o primeiro! Se eu fosse preconceituoso, dizia que não representa a família dele. Parece que são três indivíduos conversando e um indicando para a criança ir para lá, para não atrapalhar a conversa. Isso aí é comum em crianças, chamar a atenção para si. Lá em casa, a gente tenta momentos que dá para ficar junto e outros que não dá. O Fábio fala que é marido da mãe. E o Paulo está saindo dessa fase de me enxergar como rival. Quando ele era pequeno, era o meu grude, depois ficou grude da mãe e, agora, está ficando mais normal. Tenho a impressão de que, com o Paulo, era mais forte; ele queria reproduzir beijos com a mãe”.

Esse cartão pode remeter a associações relativas ao vínculo do examinado com a criança, com o seu entorno social e com o suporte que recebe ou não dele. No caso de Ronaldo, inicialmente, percebe-se uma crítica em relação aos cartões serem compostos por figuras de animais, o que causa mais proximidade com os aspectos regressivos e agressivos. No que se refere ao conteúdo familiar, observa-se uma dificuldade do pai de colocar limites na relação dos filhos com a mãe, permanecendo em uma situação passiva. Talvez o processo de maternagem de Paulo tenha sido realizado por Ronaldo, pois, primeiro, era o “grude dele” para, depois, ser “o grude da mãe”.

Em síntese, de acordo com o conteúdo dos cartões do CAT-A, pode-se supor que Ronaldo apresenta algumas dificuldades referentes aos *estágios de dependência absoluta e relativa* (Winnicott, 1963/1983), o que pode ter repercussões em sua relação com o próprio filho.

Síntese dos Resultados do Teste de Rorschach do Pai

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer (Vaz, 1997). A tabulação dos resultados encontra-se em anexo (Anexo H).

Conforme os dados obtidos, Ronaldo apresentou condições de se adaptar ao teste e não se manteve em situação inibitória. Em relação às suas condições intelectuais, demonstra capacidade de produção, de desempenho e de adaptação a tarefas (este desempenho é mais em nível racional). Tais achados estão de acordo com aspectos observados durante a entrevista inicial. Ronaldo referiu que sempre foi um bom aluno e não apresentava dificuldades cognitivas. Porém, seus estudos não foram adiante, segundo ele próprio mencionou, por questões de ansiedade.

Nesse sentido, a testagem demonstrou indícios de que o pensamento lógico está sofrendo interferência de ordem afetivo-emocional. Há indicativos de depressão situacional elevada, ou seja, a pessoa se perturba com a tarefa, por questões depressivas. Apresenta

tendência acentuada a fazer uso (comprometedor) da fantasia, da fuga e a perceber a realidade de forma infantil (egocêntrico). O nível de aspiração está sendo conduzido mais em nível de fantasia, ou seja, é mais elevado do que suas reais potencialidades. A entrevista clínica corrobora tais achados, na medida em que foram observados aspectos depressivos em Ronaldo. Existe, ainda, uma tendência a perceber a realidade de forma infantil, sob um prisma mais regressivo, podendo-se supor que houve dificuldades nas fases iniciais do desenvolvimento de Ronaldo. A fim de lidar com a angústia, faz uso de minuciosidade e defesas obsessivas.

Em relação ao tipo de vivência, ou seja, características de personalidade de Ronaldo, classifica-se como “extratensivo”, uma pessoa que, diante de tensão externa, tem facilidade para perder o controle emocional. Essa característica pode ser ilustrada através do comportamento impulsivo para “*comida e sexo*”, tal como foi referido. Apesar disso, Ronaldo apresentou capacidade de dar-se conta de seus problemas, buscando as causas de sua dificuldade, embora ainda de forma precária. Pode-se dizer que ele conseguiu discriminar racionalmente os fatores tensionantes e conviver com a situação conflitiva. Deste modo, ele fica ansioso, mas tenta suportar.

Ao final da aplicação, foi solicitado que o examinando apontasse, dentre os dez cartões, o que mais lhe agradou e o que menos lhe agradou. O cartão que mais gostou (X) é o que menos perturbação provoca nas pessoas consideradas normais. É o cartão do relacionamento social, no qual ocorre uma descontração por parte do examinando e uma sensação de alívio em relação aos dois anteriores. O cartão que menos gostou (I) é considerado um estímulo especial para desencadear sentimentos inadequados e reprimidos em relação à mãe, nos primeiros contatos filho-mãe, como também os conflitos e sentimentos de impotência (complexo de castração) reprimidos. Este estímulo também é capaz de provocar perturbação em pessoas que têm dificuldades no relacionamento com a figura materna e com figuras femininas em geral.

Para Chabert (2004), os cartões pastéis (VIII, IX e X) facilitam a regressão e podem reativar manifestações primitivas, anteriores, até mesmo, à linguagem verbal relativa às experiências de contato inicial com o meio. Sendo assim, tais cartões propiciam o aparecimento de emoções e afetos que permitem apreender o tipo de relação que o sujeito estabelece com seu meio.

Mais especificamente, o cartão VIII pode simbolizar o contato com o mundo exterior. Assim, destaca-se a seguinte frase no protocolo de Ronaldo: “*Parece como se fosse um espelho d’água um animal passando por alguma vegetação e como se fosse o espelho dele por aqui, reflexo...*”. Já o cartão IX pode ser chamado de cartão uterino, por propiciar

referências maternas precoces. Nesse sentido, salienta-se a resposta do examinando: “*Se não fosse pelas cores, poderia dizer que caiu alguma coisa no meio da água e espalhou, como se fosse chafariz com jogo de luzes assim... uma pessoa gorda também por causa do reflexo. Inquérito: Ao invés de ser água, também poderia ser fumaça colorida, gases, sei lá. Pelas cores, parece mais fumaça colorida, pela lógica, pois é mais fácil de se misturar...*”. Observa-se que, nos dois cartões, aparecem referências ao duplo, no sentido do *reflexo*, e tal achado pode caracterizar uma insuficiência entre sujeito e objeto, o que culminaria em uma identidade mal diferenciada. Além disso, quando ele referiu “*fumaça colorida... mais fácil de se misturar*”, pode-se pensar em contornos vagos sem delimitação entre dentro e fora. Isso também pode apontar para uma fragilidade da identidade.

Por fim, o cartão X também pode ser considerado como um cartão de separação-indivuação (Chabert, 2004). Nesse último, vale destacar alguns trechos da resposta do examinando: “*Está mais para um abstrato mesmo! Todos são, mas esse está mais fazendo um espelhado, fica mais difícil também!* [Observa-se uma resistência inicial e, novamente, a presença do espelhado, do duplo]. *Isso aqui pode ser um bem-te-vi com a cabecinha preta. Se tivesse mais um rabinho, poderia lembrar um cavalo marinho... mas é difícil... Dá para associar com algumas criaturas que não convivem em um mesmo habitat... então, parece que todo mundo perdeu a identidade... Inquérito: Como eu disse, são criaturas juntas, perdendo suas identidades*”.

Nesse contexto, pode-se levantar a hipótese de que se trata de uma estrutura de base *borderline* (Bergeret, 1998), apesar de não ter sido confirmada a presença de transtornos de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação a Ronaldo nos Primeiros Encontros

Conforme o referencial winnicottiano, o espaço transicional representa uma *terceira área* entre interior e exterior e é o local da criação (da ilusão, ou ainda do *espaço potencial*). Nesse sentido, o PI propicia uma comunicação por intermédio de facilitadores do espaço transicional, como, por exemplo, a aplicação de alguns cartões do CAT-A nos pais.

Este espaço implica acolher as *diferenças* e as *similaridades*. Assim, o terapeuta necessita da *similaridade* com o paciente para poder entendê-lo, senti-lo, ter empatia, identificar-se com a sua dor; e também precisa da *diferença* para poder digerir, transformar e devolver o que foi entendido. Na perspectiva de Barros (2006), por meio da identificação projetiva, o paciente projeta aspectos para dentro do terapeuta, que se transforma nos aspectos negados e projetados do paciente. Assim, o terapeuta torna-se participante na negação por

parte do paciente e de si próprio e passa a existir na fantasia deste como sujeito separado. Ele é, ao mesmo tempo, *eu* e *não-eu* do paciente. É desta maneira que o terapeuta, ao negar a si próprio, cria um espaço para os aspectos negados da subjetividade do paciente e surge o terceiro sujeito, o da identificação projetiva. Por meio da análise desse fenômeno, é possível uma ampla compreensão acerca da contratransferência (Ogden, 1994, citado por Barros, 2006).

A pesquisadora propõe, nesse momento, analisar suas percepções, seus sentimentos e a situação contratransferencial nos encontros com Ronaldo, sem ter tido contato com Paulo. Isso porque, na prática do PI, os primeiros encontros foram somente com os pais, sem a criança, o que permitiu à terapeuta apreender a atmosfera emocional sobre o que o pai percebia e sentia acerca dos sintomas de ansiedade do filho.

Para iniciar a análise, é importante descrever a primeira impressão geral transmitida. Ronaldo é um sujeito com estatura média, calvo, cabelos castanho-grisalho, com um leve sobrepeso. Ele é uma pessoa agradável, simpática e muito falante. Quando oferecido o primeiro estímulo, o pai passa a falar muito, demonstrando sinais de ansiedade. Desde o primeiro contato telefônico realizado com o pai, a terapeuta questionou-se sobre por que ele tomara a iniciativa de procurar ajuda para o filho. Com essa pergunta em mente, a pesquisadora seguiu a sessão.

Conforme pode ser observado, Ronaldo iniciou falando que *“a ideia forte de procurar ajuda para o Paulo foi da minha esposa”*, parecendo que ele apenas concordou e fez o trabalho operacional de telefonar e marcar a consulta, causando na terapeuta uma impressão de passividade. Ao mesmo tempo, ele mostrou-se muito ansioso, falando bastante e *“tomando o tempo da sessão”* para falar de si: *“Eu fui buscar tratamento porque estava com muita ansiedade, me estressando no trânsito. Tenho diabetes há 30 anos, estou com problema de peso...”*. Nesse sentido, parecia que ele necessitava de um espaço para falar. Que espaço é esse? Em princípio, ele teria um espaço terapêutico: *“Depois que eu iniciei o tratamento, começou a vir à tona meus problemas com a minha família”*; *“foi um troço forte, ainda que eu estivesse fazendo terapia”*.

Permanecia na sessão um incômodo que só pode ser decifrado pela terapeuta a partir do momento em que o pai falou sobre o seu filho menor. Naquele momento, parecia que a avaliação era para o Fábio, e que Paulo foi esquecido. A terapeuta pode se dar conta de que Paulo *“quase não apareceu na sessão”*, e isso causou seu incômodo. A parte da pesquisadora que estava identificada com *“o Paulo que não apareceu”*, ficou quieta, passiva, mas, ao mesmo tempo, incomodada. Eis que Paulo surgiu na sessão: *“Paulo é mais tranquilo; gera estresse, mas é pouco”*. E até mesmo depois de relatar o principal motivo de preocupação

referente a Paulo, o pai segue dizendo: “*Como a escola é nova para os dois, a gente pede que ele olhe o irmão...*”. Novamente, através do sentimento de incômodo, a terapeuta sentiu que Paulo “não tinha um espaço próprio”: ou apareceram, na sessão, os problemas do pai com as figuras femininas (sua mãe e sua esposa) ou apareceu o seu irmão Fábio.

A pesquisadora pensou: onde estaria Paulo? Ao que tudo indicava, a resposta estaria nas frases do pai: “*Eu identifico muitas coisas que ele tem que eu tenho. Eu também tinha que copiar tudo rápido. Ele come letras; identifico coisas dele comigo, no modo dele agir. Ele não é popular da escola. Não se posiciona muito, procura evitar certas brigas*”. Essa “mistura” que a terapeuta pode perceber na sessão, esse jogo de identificação e projeção, diz respeito ao funcionamento do pai. Tem-se a informação de que a mãe de Ronaldo é uma pessoa com depressão. A partir disso, deve-se pensar como foi sua relação com a figura materna e que repercussões isso tem em Paulo.

Percebeu-se, ao longo da sessão, uma dificuldade de diferenciação, presente no discurso de Ronaldo. Nesse sentido, vale lembrar o processo normal de separação-individuação na infância (Mahler, 1982; Mahler, Pine & Bergman, 2002), que envolve a separação e a individuação do bebê em relação à mãe. Esse seria o primeiro e decisivo pré-requisito para o desenvolvimento e para a manutenção de um senso de identidade, uma autoimagem seguramente individualizada e diferenciada de si mesmo. Diante dos achados na entrevista, bem como na testagem, pode-se pensar que Ronaldo apresenta algumas falhas nesse processo. Cabe ressaltar que, durante a testagem do CAT-A, no primeiro cartão, houve uma dificuldade de ver a figura paterna no segundo plano, de forma diferenciada. No segundo cartão, que propõe questões edípicas, Ronaldo apresenta uma posição passiva, não conseguindo rivalizar; e, ainda, aparece claramente sua dificuldade de independência no cartão 3.

Tendo em vista esses aspectos, pensa-se que Ronaldo, identificado (e talvez não diferenciado em busca de diferenciação?) com Paulo, tenha procurado ajuda para o filho. Nesse contexto, ele disse: “*Eu fui me dar conta do quanto a ansiedade me atrapalhou, e não quero que isso aconteça com o Paulo*”. Apesar das dificuldades encontradas no pai, ele apresenta capacidade de se dar conta de alguns aspectos de si diferenciados de Paulo (do meio), o que poderia se tornar algo positivo para a avaliação do menino. Apesar de muitas informações, ao final da primeira sessão de atendimento, permaneceu um sentimento de vazio na pesquisadora, sem conseguir fantasiar qual menino poderia esperar...

Sessão Inicial com a Mãe

Ao entrar no consultório, Aline, mãe de Paulo, demonstrou dificuldade para se locomover devido a sua obesidade. Quando conseguiu acomodar-se e após as devidas apresentações, ela referiu que o que mais a preocupava em relação a Paulo era a alimentação: *“Parece que, final de semana, ele tem uma compulsão pela comida e, de segunda à sexta, no momento do almoço, ele quase não come; leva lanche para a escola e também não come”*. Mesmo se ele for no *McDonald’s*, prefere comer dentro do carro ao invés de estar no restaurante. Segundo ela, Paulo tem um *“bloqueio, uma timidez... não fala quando quer alguma coisa”*. Relacionou esses aspectos com um fato ocorrido aos três anos de idade, no qual o menino perdeu dois dentes frontais na tentativa de se esconder de pessoas que estavam batendo na porta da sua casa e não eram conhecidos dele. Desde bebê, não aceitava colo dos outros sem ser o pai e a mãe, e ficava incomodado com situações novas.

Cabe destacar que Ronaldo referiu uma suspeita de problemas de inteligência de Paulo por parte de Aline. Somando-se essa informação ao presente relato – de que o menino incomodava-se com situações novas e desesperou-se em dado momento, chegando a perder os dentes – a terapeuta pensou que pudesse tratar-se de um caso bastante grave. Nesse momento, a terapeuta pensou em algo na linha do autismo, tendo em vista a doença de Luciana. Assim, a terapeuta perguntou para Aline se ela percebia algo mais grave em Paulo, à semelhança de Luciana. A mãe não percebe nada parecido, no entanto, comentou: *“Paulo jamais conversa na frente dos outros, ele não se abre; ele tem essa questão de se isolar. No outro colégio que ele sofreu bullying, ano passado, passava o primeiro semestre em cima da árvore”*. Normalmente, o menino *“faz amizade com os excluídos”*, ou seja, aproxima-se de crianças que tenham algum problema: *“um deles tinha cabelo muito comprido, era esquisito; o outro a mãe morreu”*. Desde o jardim, Paulo fazia amizade com os mais quietos; *“gente que é muito popular ele não chega perto; coisas que chamam a atenção não é com ele”*.

A terapeuta perguntou se Aline observava em mais alguém da família esse tipo de comportamento de se isolar e ficar mais quieto, como havia referido. Ela relatou que Paulo *“ama o dia de chuva. Não sei se pegou de mim ou gosta mesmo de ficar em casa. Eu gosto dos dias de chuva por causa do inverno. Eu me vejo no Paulo: prefiro ficar em casa. A minha desculpa para não ir nos lugares é por causa da Luciana; ela é a cereja do meu bolo. Eu gosto de ficar em casa. Não gosto muito de aglomeração”*. Comentou que Paulo é tão quieto que parece que não tem criança em casa. Porém, quando o Fábio está junto, é completamente diferente: os dois parecem *“o Tom e o Jerry”*. O Fábio provoca tanto o Paulo, que esse sai correndo atrás dele. Relatou: *“O pequeno é danado. Esses dias deixou gelar uma madeira no freezer só para encostar no Paulo e provocar”*. Nesse momento, a terapeuta disse: *“Tu*

disseste que te enxergas no Paulo com relação a essas características de ficar mais quieta, mais em casa, e tu gostas disso, apesar de não saber se o Paulo pegou de ti ou gosta mesmo de ficar em casa”. Ela respondeu que não sabe se ele gosta mesmo de ser assim ou está assim agora. A terapeuta apontou ainda que Fábio é diferente, mais *Jerry*, e que talvez isso possa incomodá-la. Aline referiu que, muitas vezes, fica difícil estar em casa com os três, principalmente, quando Fábio está muito agitado. Sabe que ele é pequeno, mas que realmente fica estressada. A terapeuta mencionou que compreende o quanto é difícil para ela, uma filha com síndrome de Rett e um pequeno de quatro anos agitando a casa. Reforçou também o fato de Paulo ser o filho do meio e, muitas vezes, precisar ajudar a mãe e se comportar.

Em seguida a esses apontamentos, Aline relatou que Paulo não é uma criança que tenha amigos fora de casa. Existe um vizinho com o qual ele brinca, mas *“pouco; ele tem receio das amizades”*. O filho tinha uma bicicleta que estava pequena, então, resolveram comprar uma nova, da marca *hot wheels*, mas ele não quis andar. *“Paulo prefere jogar bola com o pai, brincar um pouco com o vizinho e, quando a gente vê, ele está em cima da árvore. Ele também gosta muito da Nani, que é uma vizinha que tem depressão e fica dentro de casa, fechada. Não sei, mas ele gosta de ir lá”*. A terapeuta perguntou a opinião de Aline, sobre Paulo gostar de ir à casa da Nani. A mãe associou com a gravidez de Fábio e o período de depressão pelo qual passou.

Durante a gestação de Fábio precisou parar de tomar antidepressivo. *“O Paulo ficou muito grudado em mim, ele acompanhou tudo. Eu passava com contração o dia inteiro, fiquei com depressão; todos os sentimentos bons e ruins apareceram. O Paulo estava sempre na volta, quando o Fábio nasceu. Eu estava com depressão, com bebê, e ainda tinha a Luciana. O Paulo embalava o carrinho; ele teve uma participação importante. Ele dizia: ‘calma nenê, primeiro é a princesinha e, depois, a mãe atende a gente’. Paulo entende que a Luciana tem que ser atendida primeiro, senão, ela grita, atordoa, fica batendo, fazendo barulho”*. A terapeuta pergunta como ela percebeu que Paulo reagiu naquele momento. Aline referiu que Paulo parecia compreender a situação e não observou nenhum comportamento diferente nele, inclusive na época estava frequentando a escola. Contudo, quando estava em casa, procurava ficar perto da mãe. Aline pensa que talvez Paulo estivesse preocupado com a situação, por conta de sua depressão. Em função do tempo, foi necessário interromper a sessão para continuar em outro dia com o objetivo de realizar a anamnese de Paulo.

Segunda Sessão com Aline: Anamnese

A presente sessão teve o objetivo de coletar dados a respeito da gestação, do parto e desenvolvimento do Paulo. Aline começou falando que, quando namorava Ronaldo, eles

tiveram uma briga, e Paulo foi concebido no momento em que eles estavam separados. O motivo da separação foi a sua sogra. *“Saí brigada do relacionamento com ele por causa da mãe dele. Ela manda na casa dela, mas tinha que passar pela minha porta; aí eu coloquei uma tela daquelas verdes para ela não enxergar lá para dentro quando passava... ela dava um pitaco aqui, outro ali, dizendo que o Ronaldo gosta assim, gosta assado”*. No momento da concepção, tinha avisado Ronaldo que estava no período fértil, mas, como não utilizaram preservativo, ela engravidou. Com a notícia da gravidez, eles resolveram voltar a morar junto. *“Fiquei grávida em março, e a gente casou em maio”*. Seguiu falando: *“A minha sogra pediu desculpas por qualquer coisa, mas, no cartório, ela me disse que sabia que a criança não era do Ronaldo e disse pra ele: ‘que bom que tu tá feliz, porque esse filho não é teu’. Eu sempre dizia para o Paulo na barriga: ‘meu filho, tu vai nascer com as covinhas do teu pai e gaginho como ele’”*. Ronaldo é gago, ainda que não se note; ele se atrapalha apenas em algumas palavras para pronunciar. Nesse ponto, Paulo é parecido.

Diante desse clima tenso, a terapeuta perguntou como foi sentida a gravidez de Paulo. Aline respondeu: *“Foi tudo calmo, com quatro meses, tive três dedos de dilatação e passei a gravidez toda deitada, em função disso. Como a Luciana andava pela casa toda, fizemos tipo o apartamento da Luciana, o canto dela, mas, durante a gestação, ela ficava sempre por perto, acarinhando a barriga. Luciana não fala, né? Ela só faz balbucios”*. A terapeuta inquiriu Aline sobre o fato de ter dito que foi tudo calmo, sendo que teve que fazer repouso em função da dilatação, podendo correr riscos. A mãe referiu que por isso mesmo foi calmo, passava a maior parte do tempo deitada, assistindo televisão. Paulo foi criado *“numa boa”*, pois, nesse momento, Ronaldo trabalhava em casa e ficava junto o tempo todo. Ele tinha uma serigrafia; por isso, ficava mais em casa e *“participou muito”*, inclusive passeava com Paulo. A terapeuta perguntou sobre como ficou a relação de Aline com a sua sogra nesse período. A mãe comentou: *“E aí nasce o guri com a cara do outro (Ronaldo), e ela continuou com essa história de dizer que ele não era pai. Ela me dizia que, apesar de ser filha adotiva, eu também era parecida com a minha mãe no modo de fazer as coisas, até que eu engravidei do Fábio, que é muito parecido com o Paulo”*. Certa ocasião, quando Paulo tinha dois anos de idade, sua sogra chegou a comentar seriamente, na frente de todos, que o menino não era filho do Ronaldo. Segundo Aline, essa situação durou alguns anos e, diante disso, ela resolveu falar para Paulo o que estava acontecendo. Paulo dizia: *“Eu sou a cara dele! Por que ela fala isso?... Eu não quero ficar entre tu e a minha vó, mas, se tiver que escolher, eu fico contigo, mãe”*.

Em função disso, há pouco tempo, resolveu ficar longe da família de Ronaldo, e este a apoiou. Justificou sua decisão, dizendo: *“Eu ficava sabendo das pessoas falando nas minhas*

costas.... e eu dizia para o Ronaldo: 'ou tu resolve isso com a tua família ou a gente se separa'. E o Paulo acompanhou tudo; ele não sente carinho pela avó. Da minha família, só tem os meus irmãos; os meus pais já são falecidos. O meu pai faleceu quando eu tinha seis anos, e a minha mãe faleceu há três anos". A sogra faz uso de lítio e carbamazepina desde os 14 anos de idade, pois ela enxergava bichos caminhando no rosto das pessoas. Na família de Ronaldo, há vários casos de suicídio, em torno de 16 ou 17 casos. Falou: "A medicação da minha sogra era pra derrubar elefante, mas não faz nada com ela! Eu mesma já ajudei a internar ela no Clínicas; ficou 20 dias internada e ficou super bem. Depois caiu de novo, porque ela não aceita tratamento. Eu estou me tratando já faz uns dois anos. Eu tive alta três vezes, já que é pelo posto de saúde, e ele tem que atender outros, mas eu digo para o meu terapeuta que ele não vai se livrar tão cedo de mim, porque eu adoro a terapia; eu não fico sem a terapia! E eu tomo o venlafaxina, só esse remédio. O Ronaldo, faz uns oito meses que ele começou a terapia dele e também está melhorando a ansiedade. Acho que as pessoas têm que se tratar". A terapeuta apontou que esse período de desavenças com a sogra deve ter sido muito difícil e deve ter interferido em sua vida familiar, inclusive afetando Paulo, que era muito pequeno para poder compreender todas as questões de adultos.

Aline prosseguiu seu discurso, retomando a história de Paulo. Ele nasceu de parto normal, ganhou apgar nove, e seu peso, ao nascer, foi 3.900 kg. Durante a infância, o menino nunca fez cirurgia, nem esteve hospitalizado. Paulo mamou no seio até sete meses e, depois, passou para a mamadeira, sem problemas nessa transição. Ele começou a engatinhar e, em seguida, caminhou, com nove meses. Por volta dessa idade, ele subia em um banquinho. "A fase alpinista dele começou assim; depois ele passou a subir nas árvores". Aos dez meses, Paulo "batia no portão da Luciana (foi construído um espaço para a filha mais velha, cujo acesso era por um portão). Ele queria judiar dela. Aí, um dia, de tanto ela apanhar dele, ela impôs um limite: segurou bem forte a mão dele, até ele chorar. A partir disso, eles se deram bem. A relação dos dois é superboa; ela olha com carinho para o Paulo, fazia carinho nele desde quando era bebê, e o Paulo mesmo diz: 'ela gosta de mim, mãe'".

Com um ano e meio, o menino começou a defecar no vaso sanitário e, com dois anos e dois meses, "largou de vez" as fraldas. Também com dois anos, ele começou a dormir na "caminha de solteiro. Ele tem o sono super pesado; dorme bem tranquilo e sempre dormiu na cama dele". Paulo demorou mais para falar e se atrapalhava com as palavras, gaguejava. Aos três anos de idade, procuraram avaliação de uma fonoaudióloga. Aos três anos e seis meses, ele estava falando quase tudo perfeitamente e, com quatro anos, teve alta desse tratamento. Paulo frequentou a pré-escola e não apresentou problemas durante esse período. Com seis anos, estava na escola regular e aprendeu a ler com sete anos. Para a mãe, os pontos positivos

que Paulo apresenta é ser amoroso, carinhoso, educado, saber respeitar, colaborar, ter bom humor; e os pontos negativos, *“como toda a criança, ele também faz birra, às vezes, ele demora a atender ao pedido da gente”*.

Aline referiu que, na *“fase atual, eu falo vinte vezes, e o Paulo só obedece quando digo que vou pegar o chinelo ou chamar o Ronaldo”*. Quando questionada pela terapeuta se costuma bater, ela disse: *“Eu não bato, porque vai ficar o sentimento de culpa em mim. O Ronaldo impõe mais respeito, mas Paulo conversa bem mais comigo”*. Mencionou que, às vezes, Paulo dizia: *“Hoje, eu quero carinho”* e, outros dias, dizia: *“eu não quero carinho; tu tá me sufocando”*. Ele dizia há um tempo: *“Tu não quer casar comigo. Larga esse homem, larga esse gordão e fica comigo, minha gostosa”*. Certa vez, ele inventou que o pai tinha quatro namoradas e filhos na rua. Quando a terapeuta perguntou à mãe o que ela pensava sobre isso, a mesma respondeu que é coisa de criança, da fase, que agora está passando, e o Fábio que está começando com isso. A mãe referiu que quase não briga com o marido e que, quando isso ocorre, é mais em função da família do Ronaldo.

A mãe relatou: *“Paulo gosta de ficar em volta me ajudando... e eu ajudo ele... Agora, na 4ª série, ele erra contas de 1ª série e, se eu não tô ajudando... ele diz que, se eu fico junto, ele faz. Se bem que ele também faz as contas de noite sozinho, e o Fábio fica junto, atrapalhando. Eu fico apavorada porque, se fosse na minha época, eu já tinha rodado”*. Na outra escola, Paulo não era incentivado a retirar livros na biblioteca e, agora, ele está usando esse espaço; inclusive, trouxe um livro sobre poesia da chuva. O sonho dele era trocar de colégio e, esse ano, ele está gostando muito dessa escola. No outro colégio, *“ele apanhava, cuspiam nele, roubavam o lanche, material, chamavam ele de filhinho do papai, porque, muitas vezes, o Ronaldo teve que ir no colégio falar com a diretora”*. *“A gente dizia para ele: ‘pelo menos, tu tem um pai que gosta de ti e vai lá falar, e os outros teus colegas, que fazem isso, garanto que muitos não têm pai!’”*. Eram os colegas da turma dele que faziam *bullying* com ele. Paulo passou um ano pedindo para trocar de escola, mas os pais não tinha como fazer a troca. Aline comentou: *“Um dia, ele enfrentou um medo grande para chegar em casa sozinho. A nossa vizinha sempre buscava ele na escola, mas estava quase sempre atrasada, porque buscava a filha dela primeiro em outra escola perto. E o Paulo ficava esperando, e as coisas aconteciam na saída; ficavam implicando com ele. Até que, um dia, ele resolveu voltar sozinho. Como antes eu buscava ele, fui ensinando o caminho, já que é uma reta, não tem ruas pra atravessar e somente sinaleiras. Eu combinava com ele de a gente se encontrar no meio do caminho. Um dia, essa nossa vizinha demorou muito para buscar o Paulo, e ele resolveu vir a pé sozinho. Depois, ele me contou que morreu de medo, mas criou coragem para ir pra casa; não quis ficar na escola com medo do bullying. Ele ficou muito nervoso,*

mas conseguiu vencer o medo. Teve também um outro dia que eu lembro, ele ficou muito nervoso. Foi quando o Fábio fugiu; ele correu pela rua, e o Paulo viu; estava aos prantos, chorando. Ele xingou o irmão quando fugiu; o Fábio tinha uns três anos, estavam na casa dos avós. Ele ficou muito aliviado quando viu o irmão”.

A mãe referiu que, quando acontece uma situação como essa com o Fábio, o Paulo conversa: *“Não é de ficar tão em silêncio assim. Mas tem coisas bobas que ele esconde. Por exemplo, quando ele vai no banheiro faz coco e não puxa a descarga. Ele fala que não se lembra de ter ido no banheiro”.* Há um ano e meio, ele tinha nojo de se limpar. Seguindo essa linha, a terapeuta indagou a mãe acerca dos nojos e das manias de Paulo. Aline referiu que, se ele sente cheiros ruins ou alguém vomitou, ele fica enjoado. *“Quando a Luciana come, se ele vê ela tossindo, ele vira a cara com nojo. Ou se o Fábio vai dar um beijo nele, cheio de bolachas na boca, ele fica com nojo. Ele também não gosta de ver machucado”.* A mãe relatou que o comportamento de Paulo lembra o personagem “Monk” (detetive de um seriado que sofre de transtorno obsessivo-compulsivo – TOC). *“Ele gosta das coisas arrumadinhas, certinho, o lanche tem que ser cortado em ‘X’, por exemplo. As manias dele têm que ser preservadas. Tem uma fraldinha embaixo do travesseiro para assuar o nariz... ele não tem TOC, mas é um forte candidato a, um dia, ter”.*

Ao final da sessão com a mãe, a terapeuta referiu que, após as sessões de testes com os pais, Paulo poderia comparecer para a primeira consulta. Destacou, assim, a importância de os pais falarem para Paulo o nome da terapeuta, explicar que ela é psicóloga, portanto, não é médica (não tem injeção) e nem professora (não haverá avaliação com nota como na escola).

Aplicação do CAT-A na Mãe

Assim como na aplicação realizada em Ronaldo, o propósito desta é ser um facilitador da comunicação por meio de aspectos lúdicos e, assim, permitir acessar informações acerca do relacionamento da mãe com a criança.

Cartão 1

“Uma galinha alimentando seus filhotes, eu alimentando o Paulo, querendo fazer ele comer. Alimentando, nutrindo, acalentando. As preocupações com o Paulo, o almoço de segunda a sexta, eu já sirvo ele mais cedo, não sei se ele tem medo de passar mal, sei lá! Final de semana, ele come super bem e, de noite, também não acontece isso. E isso não acontecia quando ele estudava de manhã, mas ele tomava meia caneca de leite. Ele está todo regradinho, o próprio Monk. Antes de sair de casa, tem que ir no banheiro, ir ao pé. Ele não gosta de banheiro público ou na casa de pessoas. Não faz nem xixi, ele consegue segurar”.

Este cartão expressou a experiência de alimentação com o filho e salientou os problemas orais dele. Aline pareceu identificada com o papel da figura materna que nutre, gratifica, acalenta. Surgiram as suas preocupações tanto em relação aos sintomas alimentares do filho relativos à fase oral, como às manifestações anais do menino.

Cartão 2

“Ai, meu Deus, o que posso pensar? Divergências entre pai e mãe, e o filho do lado de um deles. É um cabo de guerra. Isso não tem lá em casa. Só divergência em religião. O Paulo gosta dos conceitos de ser testemunha de Jeová. Eu sou espírita kardecista. A gente procurou preservar ele de datas na 1ª série. Ele tomou a atitude de dizer que não ia fazer nada de páscoa porque é testemunha de Jeová. Ele que anda puxando o Ronaldo para ir, mas o pai que levava ele sempre. Não que dê atritos sobre isso. Ele gosta da companhia das pessoas do salão; ele curte mesmo aquilo. Ele quer ter o terno dele, a gravata, quer ir todo arrumado. Eu não vou mais. Uma por causa da Luciana, que é meu escudo, outra porque tem coisas que não batem; eu não consigo mais ir”.

No cartão 2, costumam surgir temas relacionados ao conflito edípico, à competitividade. Podem aparecer também temáticas sobre a experiência parental: disputas e desacordos entre o casal (Barbieri et al., 2011). Inicialmente, Aline apresentou um desconforto em relação ao cartão, o que pode simbolizar certa dificuldade em relação ao tema. Poderia ter vindo à tona a situação de desavenças entre ela e sua sogra. No entanto, ela apresentou condições de racionalização, afirmando que não há divergências em sua casa, a não ser por uma questão religiosa. Aponta ainda uma identificação de Paulo com Ronaldo.

Cartão 3

“Bah, um velho cansado com um rato espiando e esperando a morte do Rei. Uma pessoa cansada. Sou eu, com sono. Espero meus dias de adultos dos guris para colocar meu sono no lugar. Com o Paulo eu não vejo nada, tem que achar algo? [O que te ocorrer]. É só rei, porque Leão é o rei da selva, com o rabinho entre as pernas esperando para morrer. [E o rato?] Está esperando o cachimbo para dar uma fumada ou esperando o trono. Se eu fosse o leão, ia esperar deitada. O pai da Luciana que dizia que eu esperava deitada”.

Comumente, este cartão propicia a aparição de temas relacionados à figura paterna e relação com a autoridade. Neste caso, pode-se pensar na identificação de Aline com a figura de autoridade, mais velha, o rei velho e cansado esperando a morte. Esse cartão demonstra claramente seus aspectos depressivos.

Cartão 4

“Como eu gostaria de fazer isso com os guris, um piquenique, não dá tempo de fazer nada, pegar um cinema, levar para o parque, levar o Paulo para a redenção, que era o pátio da minha casa, coisa que eu gostaria de ter feito e não faço... Gostei do chapéu, da cestinha, e o pequeno está com balão... o Paulo adora balão. A canguru está enxuta! Eu não! A avó da Luciana, minha ex sogra, ela vinha buscar a Luciana de vez em quando, e ela ia porque foi criada com ela; até um ano de idade nós morávamos lá. Ela costumava ficar bastante tempo até a bisa falecer. Agora ela trabalha sábado e domingo. Ela cuida de casas e de umas crianças em casa de família, então, não dá para pegar a Luciana. O pai dela não comparece desde os seis meses; ele aproveitou e largou. Ele foi assim com os outros filhos que teve. Ele está casado, mas não dá atenção para os filhos. Inclusive, a esposa dele me ligava para falar sobre isso, para ser confidente dela, mas eu dei um basta nisso. Eu me separei dele mesmo quando a Luciana tinha um ano de idade. Ele tinha carinho comigo e não com ela, e isso me fazia mal. Aí, levantei acampamento e voltei para a casa da minha mãe. Ele não ajuda nem financeiramente”.

Neste cartão, é comum ocorrer identificação com a função materna e seus múltiplos afazeres (Barbieri et al., 2011). Observa-se que Aline está identificada com a função, mas frustrada, pois não consegue realizar tudo que gostaria. Percebe-se que, como Luciana tem problemas, acaba absorvendo muito a atenção de Aline, que se encontra cansada e deprimida (como havia dito). Ela usa negação, dizendo que Luciana é seu escudo. No entanto, sente falta de figuras maternas para dar suporte a sua própria maternagem.

Cartão 8

“Dá a impressão que o macaco está tentando educar, e os outros não estão gostando. Nos dá a impressão de que a criança está feliz. Isso acontecia. De eu educar, e a minha sogra e a minha cunhada falavam que eu não podia descascar uma banana para uma criança com um ano de idade. Imagina, coitado do Paulo! Eu tento fazer com que ele fale, se abra. A gente sempre procura conversar; eu acho que assim é certo. Ele fala e, depois, eu faço os temas. De segunda à sexta, não tem mais Play, pra poder fazer os temas. Ele deu uma chorada, reclamada, mas entendeu que é necessário para ele”.

Este cartão elucida as questões de vínculo familiar. Aparecem claramente os problemas em relação à sogra que interferiram na educação de Paulo. No entanto, ela percebe a criança como sendo feliz. Consegue ainda manter uma relação amigável com o filho e impor algumas regras e limites do dia-a-dia.

Em síntese, pelo conteúdo dos cartões, pode-se pensar que Aline é uma pessoa que, apesar de apresentar fortes aspectos depressivos, conseguiu identificar-se com a função materna, ainda que com dificuldades. Ela faz uso de defesas secundárias para aplacar a angústia depressiva. Observa-se que, em alguns momentos, também consegue identificar-se com a função paterna, oferecendo limites ao filho.

Síntese dos Resultados do Teste de Rorschach da Mãe

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer (Vaz, 1997), e a tabulação dos resultados encontra-se em anexo (Anexo I).

Em relação às condições intelectuais, Aline evidencia uma capacidade de percepção e visão de conjunto, poder de síntese, capacidade de abstração e senso de organização. No entanto, observa-se que o pensamento lógico está sofrendo interferência de ordem afetivo-emocional. No momento da aplicação, ela apresentou ansiedade situacional bastante elevada. Dessa forma, seus sentimentos de insegurança aumentam quando se depara com um problema que deve ser resolvido. Há também indicativos de dificuldades no relacionamento com mundo externo, o que também ficou evidente ao longo dos encontros com Aline.

Observa-se que as suas condições intelectuais, aliadas à capacidade de análise e senso de observação, facilitam a presença da minuciosidade, bem como de defesas obsessivas, sinalizando a pouca flexibilidade egoica. Dentro desse contexto, os dados do Rorschach demonstram que Aline é uma pessoa tímida, receosa e defensiva. Em relação ao controle de reações impulsivas e emocionais (instintos, reações afetivas e impulsividade), há indício de controle demasiado, ou seja, repressão dos afetos e das emoções, com prejuízo na espontaneidade (controle racional). Tais achados podem ser corroborados pelas entrevistas, nas quais houve forte presença de defesas do tipo racionalização, intelectualização e formação reativa.

Assim sendo, Aline demonstrou ser uma pessoa mais inibida, ansiosa e de relacionamento interpessoal receoso e tenso. No que se refere ao seu tipo de vivência (características de personalidade), esta se classifica como “coartado”, ou seja, uma pessoa com poucas condições de se decidir ante a situação de tensão, além de estreitamento afetivo.

Tendo em vista a teoria winnicottiana e a importância das relações precoces para o desenvolvimento do bebê, é importante destacar a resposta de Aline ao cartão VII do Rorschach. Este é “o cartão materno por excelência” (Vaz, 1997, p. 113), no qual ela referiu: *“Parecem duas meninas de rabo de cavalo para cima se olhando no espelho. Parece um porco também. Tu sabes que eu tenho um porco na mão”* (mostrou uma mancha de nascença). No inquérito, Aline descreveu: *“Aqui cada uma segurando um porquinho ou o*

porquinho segurando as meninas... é só a cabeça de porco que eu vejo, corpo não tem, eu não tenho tanta imaginação para ver um corpo de porco. E as meninas, é só o rostinho também!'

Vale lembrar que Aline é filha adotiva, e sua mancha de nascença, um porco, pode ser compreendida como a “marca” que veio de sua mãe biológica. Ela associa tal mancha à imagem de um porco. Na cultura popular, o porco é identificado com sujeira. Sua pele é coberta por uma espessa camada de gordura, e ele elimina um cheiro forte pelas glândulas que possui no corpo¹². Sob essa perspectiva, as associações da pesquisadora percorreram o caminho de pensar: será que sua marca de nascença – marca da mãe biológica – representaria uma sujeira para ela? Seria a adoção considerada uma sujeira? Poderia a sua obesidade ter a ver com essa marca como uma forma de identificação com o que recebeu de sua mãe biológica? Todas essas questões merecem ser pensadas. Além disso, observa-se a presença do diminutivo “inho”, característica da formação reativa.

Por fim, foi solicitado que Aline apontasse, dentre os dez cartões, o que mais lhe agradou e o que menos lhe agradou. O cartão que mais gostou (X) é o que menos perturbação provoca nas pessoas consideradas normais. É o cartão do relacionamento social. Neste cartão, ocorre uma descontração por parte do examinando, uma sensação de alívio – *“Ai, Paris na primavera! Parece a Torre Eiffel, cheio de florzinhas... seria a Paris perfeita!”* – em relação aos dois anteriores. No cartão IX, ela trouxera: *“Aqui a coluna, a bacia, mas parece o mesmo desenho de quando eu era criança; nada é nada!”*; e no cartão VIII: *“Parece uma coisa colorida... Parece um bicho de quatro patas, tentando subir em alguma coisa. Parece o corpo de leão com uma cara de anta”*.

Já o cartão que menos gostou foi o IV. Este cartão, comumente, suscita sentimentos de angústia e solidão, e ela referiu: *“Isso pra mim é só um borrão”*. Também representa a figura paterna e figuras que desempenham papel de autoridade. Deste modo, em pessoas com dificuldade de relacionamento ou de aceitação da autoridade (paterna ou representada), torna-se fator de perturbação. Nesse sentido, Aline relatou ainda: *“Esse eu não gostaria de fazer um quadro... os pés parecem do lobo mau e a cabeça do pateta”*.

Diante dos achados da testagem e das entrevistas, pode-se levantar a hipótese de que se trata de uma estrutura de base *borderline* (Bergeret, 1998), apesar não ter sido confirmada a presença de transtornos e anomalias de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

¹² <http://www.suapesquisa.com/mundoanimal/porco.htm>

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação à Aline nos Primeiros Encontros

Aline, assim como Ronaldo, é uma pessoa de estatura média e já possui fios brancos no cabelo. Também tem sobrepeso, mas, no caso dela, acredita-se, por sua aparência, que seja uma obesidade severa. Ela possui uma fala calma, diferentemente do seu marido, e igualmente é muito simpática.

Aline pareceu bem objetiva para falar, tanto que iniciou a sessão comentando o que mais a preocupava em relação ao filho. Na sessão com o pai, a terapeuta não pode ter muitos dados acerca da sintomatologia de Paulo. Porém, no início da entrevista, ela comentou alguns aspectos sobre o comportamento passado e presente do filho que levaram a terapeuta a pensar que poderia estar diante de um quadro autista. A pesquisadora pensou como poderia haver percepções tão diferentes sobre o mesmo filho. Em parte, pode-se responder a essa questão, reafirmando a forte identificação ou dificuldade de diferenciação entre o pai e seu filho, que não o permitiu falar mais sobre aspectos próprios do menino. Através do discurso da mãe, a terapeuta pensou que o menino pudesse ser portador de uma doença mais grave e, deste modo, não poderia participar da pesquisa. Estaria Paulo excluído? Isso causou angústia na avaliadora.

Na sequência da sessão, Aline comentou que Paulo tem tendência a ser mais tímido e a se relacionar com pessoas diferentes, “excluídas”. A esse respeito, a terapeuta pensou que Luciana, sua irmã, é uma pessoa que possui uma síndrome e, portanto, é diferente, tem um comportamento peculiar. Em parte, ela também foi excluída do convívio familiar, tendo “seu próprio apartamento”.

Ao analisar a sessão com o pai e os conteúdos iniciais da sessão com a mãe, ficou evidente para a pesquisadora o sentimento de “falta de espaço” para Paulo, de “exclusão”, reforçado pela ideia de que ele *“é tão quieto que parece que não tem criança”*, *“faz amizade com os excluídos”*, *“gente que é muito popular, ele não chega perto”*. Qual seria o significado desses sentimentos? Por que ficou projetado na terapeuta esse sentimento de falta de espaço=vazio=sem vida? Chama atenção o fato de que ele não chega perto (ou eles não chegam perto?) de quem é popular (tem mais vivacidade?). Os pais têm dificuldade com o sintoma do filho menor, de hiperatividade (ou “hipervivacidade”, trazendo à tona a “vida?”). Parece que Fábio tenta “reavivar” Paulo de alguma maneira, *“deixando gelar uma madeira no freezer só para encostar no Paulo e provocar”*. Estaria Paulo perto do vazio? Existem sintomas fóbicos e uma manifestação de aspectos depressivos: ele *“ama o dia de chuva... tem receio das amizades... se isola em cima da árvore... gosta muito da Nani, que é uma vizinha que tem depressão e fica dentro de casa...”*.

Ao pensar nos aspectos depressivos, a terapeuta lembrou que existe uma história familiar de depressão, tanto por parte de Ronaldo, que tem uma mãe depressiva e história de suicídios na família; quanto por parte de Aline, que faz uso de medicação para controlar a doença. Pode-se pensar em uma *carga genética depressiva* e em um *ambiente depressivo*, com projeção desses aspectos em Paulo: *“Não sei se pegou de mim ou gosta mesmo de ficar em casa. Eu gosto dos dias de chuva por causa do inverno. Eu me vejo no Paulo, prefiro ficar em casa... não gosto muito de aglomeração”*. Será que Paulo, assim como a terapeuta, por identificação projetiva, estaria identificado com estes aspectos depressivos? Se sim, qual seria a maneira de Paulo lidar com tais aspectos? Só é possível esperar, para ter contato com o próprio Paulo!

Quanto à Aline, existe a presença de algumas defesas para lidar com a angústia depressiva: *“A minha desculpa para não ir nos lugares é a Luciana; ela é a cereja do meu bolo”* (Formação reativa); *“foi tudo calmo; com quatro meses, tive três dedos de dilatação e passei a gravidez toda deitada...”* (Negação).

A gestação de Paulo ocorreu sob um clima de tensão familiar entre Aline, Ronaldo e a sogra dela. Ela necessitou fazer repouso para não perdê-lo, ainda que um possível sentimento de perda não tenha aparecido ao longo da entrevista. Talvez Aline tenha feito uso de defesas para suportar tal realidade: *“Foi tudo calmo”, “numa boa”*. Ela estava grávida e com uma dúvida *assombrando* a família: se o filho era ou não de Ronaldo. Tal situação poderia remeter às suas próprias vivências, pois Aline foi adotada (a situação de adoção não foi aprofundada nas sessões). Parecia que, desde a gestação, ela precisava “provar” que o filho era legítimo – *“meu filho, tu vai nascer com as covinhas do teu pai e gatinho como ele”* – como se fosse um mecanismo de anulação do pensamento de que ele não seria filho biológico. *“E aí nasce o guri com a cara do outro (Ronaldo)..., e ela (sogra) me dizia que, apesar de ser filha adotiva, eu também era parecida com a minha mãe no modo de fazer as coisas”*. A avaliadora questionou-se de que modo esses fatos podem estar inscritos na mente de Paulo. Será que ele tem fantasias sobre ser um menino adotado? A mãe referiu que Paulo dizia: *“Eu sou a cara dele (pai)! Por que ela (avó) fala isso? Eu não quero ficar entre tu e a minha avó, mas, se tiver que escolher, eu fico contigo, mãe”*. Assim como Ronaldo, Paulo estaria entre essas duas figuras femininas? Identificado com seu pai? A terapeuta observou que os problemas de Aline com a sogra também tomaram um bom tempo da sessão, assim como no caso de Ronaldo. Talvez os sintomas graves da sogra, de cunho psicótico (enxergava bichos no rosto das pessoas), tenham causado realmente muitos problemas, repercutindo nas relações familiares.

Os demais acontecimentos do desenvolvimento de Paulo pareciam estar dentro da *normalidade*. No entanto, cabe destacar que o início do controle esfinteriano foi um tanto

precoce (com um ano e meio) e houve um atraso na fala, com a presença de gagueira, que foi tratado por fonoaudióloga aos quatro anos de idade. Essa gagueira já poderia ser uma manifestação de ansiedade em Paulo? O que poderia representar? Uma dificuldade de expressar sentimentos? E ainda, aos cinco anos de idade, na fase edípica, nasceu Fábio. Naquele momento, sua mãe estava francamente deprimida, e Paulo necessitava ajudá-la, falando: *“Calma, nenê; primeiro, é a princesinha e, depois, a mãe atende a gente”*. Nesse sentido, também se observa que Paulo estava identificado com a mãe, reproduzindo seu discurso “da princesinha”. Ele precisou esperar, para que a sua mãe atendesse primeiro a Luciana e depois o Fábio, ficando ele de ajudante da mãe ou parceiro da mesma? *“Paulo embalava o carrinho. Ele teve uma participação importante”*.

Chama a atenção o que os pais referiram sobre as manifestações edípicas ocorridas quando ele já tinha oito anos de idade: *“Tu não quer casar comigo. Larga esse homem, larga esse gordão e fica comigo, minha gostosa”*; *“ele queria reproduzir beijos com a mãe”*.

Ao longo da entrevista com a mãe, os sentimentos da pesquisadora foram se modificando: de um menino “quase autista”, “passivo”, mas que, quando “esquecido” ou “sufocado” (*“eu não quero carinho, tu tá me sufocando”*), conseguiu *“enfrentar um medo grande para chegar em casa sozinho”*. É interessante refletir que, durante a entrevista com o pai, a terapeuta sentiu-se incomodada, como se Paulo não existisse ou como se não tivesse havido um espaço para pensar sobre o Paulo. Nas entrevistas com a mãe, esse sentimento também apareceu inicialmente; no entanto, lentamente, Paulo “tomou corpo” na fantasia da pesquisadora.

Tendo em vista o material coletado com os pais, a pesquisadora partiu para as sessões com o menino, a fim de desvendar o significado simbólico de seus sintomas de ansiedade, relatados por eles: *“Parece que, final de semana, ele tem uma compulsão pela comida e, de segunda à sexta, no momento do almoço, ele quase não come... tem dor de barriga... enjoos... ele apanhava, cuspiam nele, roubavam o lanche, matéria, faziam bullying...”*; *“ele não tem TOC, mas é um forte candidato a, um dia, ter”*. Além disso, descobrir quais são as fontes de ansiedade para o próprio Paulo e como auxiliá-lo.

3.1.3 Como a Criança Percebe e Sente seus Sintomas de Ansiedade e a Influência do Ambiente nos Mesmos

Primeira Sessão com Paulo

Paulo é um menino com cabelos castanhos, alto para a sua idade e, aparentemente, com peso adequado. Ele possui as covinhas que sua mãe havia relatado. Ao ser apresentado à pesquisadora pelo pai, na sala de espera, Paulo entrou no consultório um pouco tímido. Já na

sala, a ela apresentou-se novamente e perguntou se ele sabia o que veio fazer ali, o que seus pais haviam falado. Naquele momento, Paulo *deu de ombros*, querendo dizer que não sabia por que estava ali. A pesquisadora, então, explicou que é uma psicóloga, que entende dos sentimentos das crianças, quando estão felizes ou quando estão tristes. Salientou que aquele espaço era diferente de quando vai ao médico, que não faria exames, nem daria injeção; também não era como na escola, que tinha que passar e ter notas. Falou ainda que os dois estavam ali para que a ela pudesse conhecê-lo melhor e, assim, ajudá-lo nas “coisas do coração”, de seus sentimentos. Durante essa explicação, a pesquisadora contratou a questão do sigilo. Perguntou se existia algo que pudesse estar deixando-o triste e se ele gostaria de contar. Então, Paulo referiu:

P: Eu já fiquei bastante triste, sim.

T: É mesmo? E quando foi isso?

P: Foi no ano passado, na outra escola. Os meninos queriam pegar meu lanche na saída e falavam algumas coisas.

T: Como?

P: Ah, eles diziam assim, tipo: “Se tu não me der o lanche, eu vou te bater”.

T: E tu deves ter ficado muito triste com isso... E o que houve?

P: Algumas vezes, eles me batiam, sim, e pegavam o meu lanche... tinha vezes que eles até cuspiram em mim.

T: Tu deves ter ficado muito chateado e bravo ao mesmo tempo, não?

P: Fiquei.

T: E o que tu fazias?

P: Nada, eu não podia fazer nada. Só dizia: “Para com isso!”. Mas, não adiantava nada; eles eram grandes. Eu até falei com a professora e a diretora, mas também não mudou nada. Até meu pai foi lá falar no colégio.

T: E aí?

P: Aí eles falavam que eu era filhinho de papai. A minha mãe disse que eles não tinham pai para falar isso. Eu bem que tentei trocar de colégio, mas não deu.

T: Desde quando isso acontecia?

P: Foi o ano passado todo, quase todo o ano. Teve uma vez que eu vim para casa sozinho mesmo, porque não aguentava mais ficar na saída esperando a Nani (sua vizinha) me buscar.

T: E como foi? O que tu sentiste?

P: No começo eu morri de medo, mas aí resolvi seguir um garoto que era mais velho e era mais ou menos meu amigo; ele ia para o mesmo lado que eu. Aí eu segui ele um pedaço e, depois, eu fui no caminho que a minha mãe me ensinou e deu certo, eu voltei para casa.

T: E como foi?

P: Minha mãe e meu pai estavam quase morrendo de preocupação, mas aí eu disse que não aguentava mais ficar ali esperando e eles entenderam.

T: Então, tu estás me dizendo que sofreu bastante ano passado e, quando não deu para aguentar mais, tu te defendeste e foste embora.

P: É! (risos).

T: E como tu estás agora?

P: Essa nova escola até que é legal. Não tem ninguém fazendo essas coisas comigo; o pessoal é legal.

T: Que bom que a nova escola está legal. Sabe, Paulo, aqui é um lugar para tu poderes falar sobre essas coisas que fizeram contigo, para eu poder te conhecer melhor. Eu vou me encontrar contigo algumas vezes, e depois termina. A gente vai poder conversar e brincar, se tu quiseres. Também vamos fazer algumas tarefas. Tudo bem?

P: Sim, tudo. Então, eu venho algumas vezes aqui...

T: Sim, eu tenho aqui alguns brinquedos que são coletivos, que todos podem usar, e uma caixa que será somente tua, de quando tu vieres aqui. Tu podes olhar, brincar, mexer, colocar coisas tuas, enfim, é uma caixa que está aqui só para ti (Nesse momento, foi reforçado o sigilo com Paulo).

P: Tá bem. Mas, agora, não quero.

T: Tudo bem. Tu lembra que eu falei que nós também iríamos fazer algumas tarefas...? Pois é, o que tu achas de fazer um jogo de raciocínio?

P: Pode ser, legal, quero ver!

A partir disso, foi realizada a aplicação do Teste Não-Verbal de Inteligência R2. Paulo realizou a resolução deste teste em, aproximadamente, dez minutos. Ele obteve 24 acertos (pontos brutos) que equivalem ao percentil 95 para tabela de escolas públicas. A interpretação desse resultado é *Superior*. Após a aplicação da testagem, Paulo ficou muito curioso acerca das questões e querendo saber o que tinha acertado. Foi combinado que, quando a pesquisadora tivesse o resultado, o comunicaria.

Segunda Sessão com Paulo

Como na sessão anterior, Paulo sentou na cadeira querendo conversar e disse: “*Na sexta, levei uma cartinha*”. Naquele momento, a pesquisadora entendeu que o menino havia “levado um bilhete na agenda da escola”, então, ele esclareceu que era “*cartinha de bater*”. Paulo falou que bateu carta na Kombi escolar com um colega e acabou ganhando uma catinha. Disse que, nessa escola, estava fazendo algumas amizades com meninos de outras

turmas, inclusive. Quando ela solicitou que ele falasse mais, Paulo disse: *“Eu lancho e jogo na Kombi. Sabe, tem a Kombi grande do tio Gustavo e outra menor do outro tio que eu não lembro o nome, e a gente vai deitado no chão, batendo cartas. Aí que ganhei uma cartinha”*. A pesquisadora perguntou se ele havia se sentido feliz de ganhar a cartinha, e Paulo falou que sim. Chamou a atenção o fato de o menino comer seu lanche na Kombi, e lhe foi perguntado. Paulo falou: *“Eu comi o lanche que a minha mãe manda na Kombi, na hora da saída, que me dá muita fome”*. *“E na hora do recreio, tu comes?”*, indagou a pesquisadora. Paulo respondeu: *“Até que esses dias tinha cachorro-quente de lanche no recreio. Parecia estar bem bom, mas eu não comi, porque eu não sabia se era tão gostoso como o que a minha mãe faz, com molho. Aí eu fiquei com fome e depois comi o meu lanche na hora da saída mesmo... o Fábio até que comeu e disse que tava bom... Depois, eu me arrependi de não ter comido o cachorro-quente”*. A pesquisadora falou que ele ficou com tanto medo que nem conseguiu comer o cachorro-quente. Relacionou o fato de ele também não conseguir se alimentar bem na hora do almoço antes de ir para o colégio e perguntou se isso tinha relação com o *bullying* sofrido na escola anterior. Paulo disse: *“Pode ser, na outra escola, eu também não comia quase no recreio porque ficava com medo da saída, do que ia acontecer. Aqui nessa escola, a Kombi demora também, mas é bem melhor do que na outra, que tinha que esperar a Nani para me buscar. Ela sempre demorava muito por causa da Bianca, a filha dela chata”*. A pesquisadora falou que percebia o quanto ele ficou magoado com o que os meninos do outro colégio fizeram na hora da saída e perguntou como é a saída nesse colégio atual. Paulo referiu que estava tudo bem, mas que agora ele precisava cuidar do Fábio *“na hora da Kombi”*, porque este não colocava o cinto de segurança, e seu pai o mandava colocar o cinto nele e no irmão. O irmão implicou com outros colegas, e esses ameaçaram bater nele no recreio. Paulo ficou muito preocupado com isso. Comentou que teria que cuidar do irmão no recreio e não sabia como iria fazer quando o irmão precisasse sair da sala de aula para ir ao banheiro. A pesquisadora referiu que Paulo poderia estar com medo que acontecesse com Fábio o mesmo que aconteceu com ele. Além disso, trabalhou o fato de sua responsabilidade para com o irmão, referindo que Paulo não é o pai do Fábio e salientando como ele deve ter se sentido pesado com isso. No momento da intervenção, Paulo concordou com a cabeça e disse: *“Eu não tenho culpa se ele não quer colocar o cinto como o pai mandou, né? Ele quer ficar batendo cartinha lá atrás e eu também”*.

O menino seguiu suas associações em relação ao irmão e comentou sobre seu vizinho, Leonardo. Disse que não consegue brincar com o amigo, pois *“o Fábio é tão chato que tira toda a atenção do Leonardo, e eu não consigo brincar com ele”*. Quando a pesquisadora perguntou o que ele fazia nesses momentos, Paulo relatou que desistia de brincar com o

Leonardo e ia subir nas árvores. Falou que adora subir nas árvores perto de sua casa e que nessa escola tem uma árvore boa de subir. Quando ela perguntou como era a árvore da escola, ele disse que existiam várias árvores no pátio e costumava subir na hora do recreio. Ele passava de uma para outra e, quando conseguia, gritava: “*Sou invencível*”. A pesquisadora perguntou se ele subia para se esconder de alguma coisa que poderia não ter gostado. Paulo referiu que subia para brincar, e que seus colegas começaram a subir também. Acrescentou que, na outra escola, não tinha árvore boa para subir. Ela falou a Paulo que, no momento em que ele subia nas árvores, parecia se refugiar, se proteger e pensar. Ao final dessa sessão, aconteceu a aplicação da SCAS-CRIANÇA. Os resultados e os devidos comentários dessa aplicação encontram-se a seguir e no Anexo J.

Tabela 2. Nome da subescala, afirmativa, pontuação bruta e escore *T* da SCAS-CRIANÇA de Paulo

Subescala	Afirmativa	Pontuação e somatório	Escore <i>T</i>
Fobia Social	Eu fico com medo quando tenho que fazer uma prova.	1	65
	Eu fico com medo se eu tenho que usar banheiros públicos.	3	
	Eu fico com medo de fazer papel de bobo na frente das pessoas.	3	
	Eu me preocupo em ir mal no meu trabalho escolar.	1	
	Eu me preocupo com o que outras pessoas pensam de mim.	3	
	Eu sinto medo se eu tenho que falar em frente a minha sala de aula.	2	
		Total 13 pontos	
Medo de danos físicos (Fobia Específica)	Eu tenho medo do escuro.	3	65
	Eu tenho medo de cachorros.	1	
	Eu tenho medo de ir ao médico ou ao dentista.	3	
	Eu tenho medo de insetos ou aranhas.	1	
		Total 8 pontos	

De acordo com a Tabela 2, pode-se observar que Paulo atingiu escores em nível elevado (Escore *T* = 65) para as subescalas Fobia Social e Medo de Danos Físicos (Fobia

Específica). Esses resultados estão de acordo com a escala SCAS-PAIS, respondida pelos pais.

Do ponto de vista qualitativo, foram obtidas algumas informações importantes a partir desse questionário. Na questão *“Eu fico com medo se eu tenho que usar banheiros públicos”*, Paulo disse que sempre fica com medo quando necessita utilizar banheiros, mas não sabe explicar o porquê, referindo que é uma sensação estranha. No item *“Eu me preocupo que algo terrível vá acontecer com alguém da minha família”*, ele disse: *“Às vezes, mas se for uma pessoa paterna, eu já não me preocupo, porque incomoda a minha mãe”*. Nesse sentido, ele explicou que sua mãe brigou com a avó paterna e que, se ele se preocupar com a família do pai, isso incomoda sua mãe, pois ela não gosta deles.

Na questão *“Parece que eu não consigo tirar pensamentos ruins ou idiotas da minha cabeça”*, Paulo referiu: *“Muitas vezes, um monte de coisas que eu vi na internet, são tantos que não dá para falar”*. Quando a pesquisadora reforçou o sigilo e perguntou o que seria esse monte de coisas, ele respondeu: *“Um monte de coisas... músicas de funk é idiota, porque não gosto tanto... coisas assim que eu vejo na internet. Tem um monte de site que não sai da minha cabeça... coisas de sexo, assim”*. Ela perguntou como ele assistia, e Paulo disse que começava procurando algumas músicas e vídeos no *youtube* e, então, chegava nesses vídeos sobre sexo. Quando perguntou o que ele achava sobre isso, Paulo respondeu: *“Eu acho muito nojento e sei que nunca vou fazer isso”*.

Na questão *“Eu me preocupo que algo ruim vá acontecer comigo”*, ele comentou que, às vezes, se preocupa. Ele assiste a filmes, nos quais caem meteoros do céu. Ele fica com medo que isso aconteça de verdade e que caia um meteoro na cabeça dele. Na afirmativa *“Eu tenho medo de ir a médicos ou dentistas”*, ele fala que sempre tem medo e que, desde 2011, não vai ao dentista. Paulo comenta: *“Vai que eu tenha que tomar uma anestesia... Como no primeiro dia que eu vim aqui, fiquei muito nervoso, não sabia o que ia ser”*. No item *“Eu fico incomodado (a) com pensamentos ou imagens ruins ou idiotas na minha mente”*, fala que, às vezes, se incomoda com *“essas coisas de sexo”*. Na pergunta final, *“Há algo mais do que você tenha muito medo?”*, ele disse que sim, de monstro de filme de ação.

Terceira Sessão com Paulo

Nesta sessão, ocorreu um atraso por parte do pai devido ao trânsito. Sendo assim, o tempo de sessão ficou reduzido em vinte minutos. Paulo entrou no consultório e falou sobre um menino, o João Paulo, que pediu seu lanche na Kombi. Ele relatou que outros meninos – o Patrick, o Jimi, o Maurício – já pediram lanche também. Mas esclareceu: *“Só que o Patrick me paga, deixando eu ouvir músicas dele no celular, aí é legal. O João Paulo pediu uma*

mordida do meu cachorro-quente, e eu dei e continuei comendo normalmente. Ele disse que ia me dar R\$4,00 ou salgadinho em troca. Disse várias vezes e nunca me deu nada". A pesquisadora perguntou se Paulo esperava mesmo ganhar algo em troca ou havia ficado com medo e, por isso, deu a mordida ao colega. Ele relatou que, várias vezes, deu todo o lanche dele e ficou com fome porque tinha medo que João Paulo fosse bater nele: *"Às vezes, ele vem se jogando para cima de mim, dizendo: 'oh cara, me dá o lanche aí'"*. Ela perguntou como ele reagiu. Nesse momento, ele falou quase gaguejando: *"Eu também quero comer o meu lanche, pô"*. Em seguida, comentou o que João Paulo falou: *"Por favor, cara, juro por Deus, eu te dou quatro pila". E nunca me pagou nada. Isso já foi mais de cinco vezes.* A pesquisadora falou a Paulo que toda essa situação o deixou muito incomodado, lembrando o que havia acontecido na outra escola. Questionou-o sobre como ele pensava que poderia resolver esse problema nessa escola. Paulo falou que poderia contar para o seu pai, para a diretora, para o tio da Kombi. Quando a pesquisadora perguntou se ele pensou em falar algo para o colega, Paulo disse que João Paulo falou: *"Oh, meu, me dá o lanche aí, senão, eu vou te bater"*. *"E tu ficaste com medo de apanhar"*, diz a pesquisadora. *"Sim, fiquei com medo, mas ele é da terceira série, e eu sou da quarta, até sou maior que ele"*. *"Então, tu estás dizendo que sabe que és mais velho e maior do que o João Paulo, mas, mesmo assim, achas que ele poderá te bater"*. Nesse instante, Paulo ficou pensativo e repetiu: *"É, eu sou mesmo mais velho do que ele"*. Ela falou que Paulo acabou de refletir que é mais velho do que João Paulo e comentou que ele pode usar o pensamento dele, a "cabeça" para criar ideias para a situação. A pesquisadora referiu que poderia ajudá-lo a pensar nessas coisas que o incomodavam. Referiu ainda que Paulo é um menino muito inteligente. Comentou sobre o teste R2 e seu resultado (conforme combinado com o menino), dizendo que ele atingiu um resultado muito bom e que isso reforça que ele é um menino muito inteligente, podendo usar, então, a sua inteligência para pensar sobre essas coisas que aconteciam. Ao receber essa notícia a respeito do teste, Paulo sorri bastante, com uma feição de satisfeito. Deste modo, encerrou-se a sessão.

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação a Paulo nos Primeiros Encontros

No primeiro contato com Paulo, ele pareceu um menino muito querido e vinculou-se rapidamente já neste encontro, o que causou na pesquisadora uma grande vontade de atendê-lo. O menino mostrava-se agradável e atendia às solicitações prontamente. Quando questionado sobre o que o deixava triste, ele imediatamente mencionou a situação do *bullying*. Chamou a atenção a sua maneira de se expressar, de forma muito clara e inteligente,

dado que foi confirmado por meio do teste R2. Deste modo, ao contrário da suposição de Aline – de que Paulo pudesse ter problemas de inteligência – ele apresentou escore em nível superior no teste de inteligência não-verbal. A hipótese da pesquisadora é de que a mãe estivesse intuindo sobre os problemas afetivos do filho, ao invés de cognitivos. Também a pesquisadora refletiu sobre as suas fantasias acerca das questões “autistas”. Definitivamente, Paulo não era uma criança autista! Mas era necessário pensar: No que tal fantasia poderia relacionar-se com a vida do menino?

Na segunda sessão, o tom de voz com que Paulo falou sobre “a cartinha” suscitou na pesquisadora uma sensação de medo, de punição talvez, tanto que ela traduziu a informação como uma “carta na agenda”. Por que esse sentimento surgiu no *setting*, se o paciente estava comentando algo de bom que havia conseguido? Ao ser analisada a frase *“eu não tenho culpa se ele não quer colocar o cinto como o pai mandou, né? Ele quer ficar batendo cartinha lá atrás, e eu também”*, pôde-se pensar que seu irmão seria o representante de suas necessidades de “brincar de bater cartinha”, de “brigar na Kombi”. Ao mesmo tempo, a pesquisadora imaginou que os sentimentos de culpa e agressividade permearam o clima emocional da sessão. Então, como Paulo lidou com a sua agressividade? Diante de uma disputa ou competição, Paulo apresentou a tendência a adotar uma atitude de passividade: retirar-se da brincadeira, chamar a diretora, a professora ou seu pai, permanecendo “a raiva dentro dele”. A pesquisadora sentiu um incômodo na sessão, uma vontade de “agir” por ele, ou melhor, uma vontade de “sacudi-lo”. Nesse momento, ela entrou em contato com seus próprios sentimentos agressivos, que a fizeram pensar: *“Por que esses sentimentos estão comigo? O que pertence a Paulo? Em minha fantasia, seria essa a parte ‘autista’ de sua personalidade, esse quantum de agressividade que fica encapsulado e que não aparece?”*.

Observou-se que Paulo costuma conter a sua agressividade por meio de um controle excessivo, ficando inibidos seus impulsos. Notou-se uma submissão aos valores do pai – “cuidar do irmão mais novo” -, mostrando-se muito obediente e internalizando uma função talvez mais inconscientemente imposta pela expectativa do pai, que não era de fato a sua vontade (queria brincar). Assim, apareceu um sentimento de culpa exacerbado. Ao invés de um *self* que pode utilizar o autocontrole de forma saudável, apareceu um superego cruel e acusador. Estes aspectos justificam um quadro clínico com fortes traços obsessivos e depressivos.

O menino sentia-se com medo de seus componentes agressivos e eróticos, bem como de suas fantasias reprimidas. Nas respostas para a escala SCAS-CRIANÇA, ele referiu: *“Eu acho muito nojento e sei que nunca vou fazer isso”* (com relação ao vídeo sobre sexo). Outra situação que chamou a atenção foi quando ele referiu a briga entre sua mãe e a avó paterna,

parecendo que ele não poderia se preocupar ou ter carinho pela família do pai, pois isso incomodaria sua mãe, e ele poderia, em fantasia, perder o amor da mesma. Ele relatou, ainda, medo de que caísse um meteoro do céu em sua cabeça. Em uma interpretação mais simbólica, tal medo poderia significar a pressão do ambiente sobre ele e também o retorno da agressão sobre si mesmo.

Em consequência disso, suas relações objetais e a capacidade de amar ficaram restritas por conta da inibição da agressividade ligada ao amor. Uma vez que seus impulsos foram inibidos, a sua criatividade e espontaneidade ficaram também. A forma de controle utilizada por Paulo – e ilustrada por sua mãe como “candidato ao TOC” – denota a existência de um ego imaturo suscetível ao medo de perder o controle. No entanto, aparentemente, Paulo demonstrou ser uma criança razoavelmente adaptada, cumprindo regras básicas de comportamento, mas “sem a participação criativa na capitalização de seus logros, que, portanto, não lhe pertencem, ficando uma espécie de casca, um falso *self*” (Ababi, 1998, p. 98). Na linguagem winnicottiana, uma criança com falso *self* pode apresentar uma adaptação aparente, e as suas atividades, principalmente as de cunho intelectual, podem ser realizadas de modo exitoso.

Quando um falso-*self* se torna organizado em um indivíduo que tem um grande potencial intelectual, há uma forte tendência para a mente se tornar o lugar do falso-*self*, e neste caso se desenvolve uma dissociação entre a atividade intelectual e a existência psicossomática (Winnicott, 1960/1983, p.132).

A pesquisadora levantou a hipótese de que pode ter havido em Paulo uma dissociação entre a mente e o psique-soma, acarretando um intenso uso da racionalização, desconexão de afetos e manifestações psicossomáticas. Seria essa a função das dores de barriga relatadas pela mãe? No contexto das organizações falso *self*, Winnicott (1960/1983) apontou a existência de um *continuum* que vai desde aspectos socialmente indispensáveis até um extremo patológico, dependendo do tipo de vivência de cada indivíduo.

Ao ter refletido sobre as vivências de Paulo, a pesquisadora pensou na existência de um ambiente intrusivo. A atmosfera emocional da sessão com Ronaldo fez com que ela se sentisse “invadida” por seus aspectos emocionais, uma vez que a problemática de Paulo quase não apareceu, prevalecendo as questões pessoais do pai. A pesquisadora perguntava-se: “Qual o espaço de Paulo? Quem é Paulo? Por que ele quase não aparece na sessão? Por que o pai quase não falou sobre o *bullying* que o menino sofreu? Por que não procuraram ajuda antes?”. Cabe salientar, ainda, que, desde que nasceu, Paulo convive com uma mãe lutando para provar que ele era realmente seu filho e de Ronaldo, e uma avó paterna pensando que ele não era seu neto. Quanto ao pai, estava dividido entre as figuras femininas sem poder se posicionar. Quando pequeno, precisou conviver com uma irmã com síndrome de Rett, que só fazia balbucios e a chamava de princesinha, tal como a sua mãe. A pesquisadora imaginou que não

haveria nada de semelhante a uma princesa em uma pessoa com tal síndrome. Nesse sentido, o relato de Aline de como fizeram “o apartamento da Luciana” causou uma sensação desconfortável, parecendo que a menina tinha sido isolada do convívio com a família, à semelhança de um animal que é engaiolado. Por fim, Paulo precisou (e ainda precisa?) “cuidar” do irmão, como a um bebê, como a embalá-lo aos cinco anos de idade, pois sua mãe estava francamente deprimida.

Winnicott utiliza o termo “sentimentalismo” para se referir a uma modalidade de criação ou educação baseada na negação da agressividade infantil, e construída sobre formações reativas daquele adulto que não pode reconhecer a sua própria agressividade. Essas atitudes geram culpa na criança e a impedem de aceitar a agressão e a sua utilização construtiva. Quando o meio ambiente é sentimental, a criança não encontra espaço para se expressar e reconhecer seus sentimentos agressivos e elaborá-los com algum tipo e atividade construtiva ou reparatória (Abadi, 1998, p.100).

Na sessão em que Aline relatou que a “fase alpinista” de Paulo começou muito cedo, pode-se pensar que o ato de subir nas árvores foi uma atitude de isolamento da situação a ser enfrentada, ficando em uma posição quase autista, refugiando-se e salvaguardando o verdadeiro *self*. A vivência de um ambiente intrusivo pode fazer com que o indivíduo se defenda por meio do falso *self*, que é uma forma de funcionamento para permitir sua adaptação, bem como uma proteção contra angústias primitivas e o fracasso ambiental. É um modo de proteger o verdadeiro *self* (Abadi, 1998).

Quando ocorreu a terceira sessão com Paulo, a pesquisadora observou que, novamente, quando colocado frente a uma situação de disputa, inicialmente, ele adota uma posição passiva, *refugiando-se*. A pesquisadora sentia a necessidade de *cutucar* Paulo, assim como Fábio fez, colocando uma madeira gelada em suas costas. Talvez por esse motivo, tantas vezes, tenha sido perguntado: “*Como tu agiste? O que pensaste?*”. É como se ela chamasse: “*Tu, tu e tu! Onde tu estás, Paulo?*”. Por um momento, houve a percepção de um movimento genuíno do menino de negociar com o colega através de música e de dinheiro (suas fixações anais). Ao final da sessão, Paulo deu-se conta de que era mais velho e maior que o menino que o incomodava. Nesse sentido, a pesquisadora entrevistou, reforçando a existência de recursos internos, na medida em que os resultados do teste de inteligência atingiram um nível superior. Na tentativa de integrar esse aspecto a sua personalidade, ela relatou que ele poderia usar tal fator positivo, como a inteligência, para ajudá-lo a pensar na vida emocional, em seus relacionamentos. Com isso, além de ter reforçado sua autoestima, devolvendo-lhe algo próprio, a pesquisadora olhou para Paulo, percebeu Paulo por si mesmo, alguém capaz de enfrentar seus problemas.

Sobre o funcionamento falso *self*, Winnicott (1960/1983) alertou-nos que “uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado, resulta um quadro clínico peculiar que muito facilmente engana” (p. 132). Todavia,

no caso de Paulo, ao trabalhar seu *intelecto*, além de *devolver* algo que lhe pertencia, a pesquisadora demonstrou confiança em sua capacidade de resolver seus próprios problemas. “Quando olho, sou visto; logo existo. Posso agora me permitir olhar e ver” (Winnicott, 1971/1975, p. 157).

Quarta Sessão com Paulo: Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Antes de iniciar a aplicação dos desenhos, Paulo quis conversar. Falou sobre o João Paulo, que pegou o *marshmallow* do Fábio, na Kombi. Depois disse: “*Ainda tem um garoto, o Jimi, que me irritou. O Fábio também tava ficando com muita raiva dele. Ele falou que o McQueen (carrinho com personagens chamado relâmpago McQueen) só gosta dele, e o meu irmão ficou brabo, e eu também. Daí eu soltei o cinto do Fábio para se defender e bater nele. Aí eu defendi o Fábio. Ele falou alguma coisa para o Fábio que me deixou irritado, não me lembro o que é, e aí eu bati nele; eu dei um empurrão nele. É que ele me empurrou primeiro, me bateu; aí eu empurrei ele também*”. Em seguida, a pesquisadora fala que Paulo ficou muito brabo e, diferentemente das outras vezes, ele conseguiu colocar sua raiva para fora e defender-se.

Nesse sentido, pode-se pensar que os encontros com Paulo fomentaram novas experiências para o *self* do menino. É a partir de experiências construtivas e criativas que a própria agressividade pode ser reconhecida (Abadi, 1998).

Desenho 1 (Anexo K)

Título: A guerra dos alienígenas

“*É um carro espacial dos alienígenas do planeta Marte. Eles vão atacar a Terra, porque explodiram o planeta deles, e eles estão se vingando. Então, eles construíram esse carro para atacar a Terra. Pesa 30.000 toneladas. É um carro forte e vai atacando, e as coisas vão voando para cima dele. É isso a estória. [E como vai terminar?] Já que tem o Japão, eles vão atacar direto nos Estados Unidos, e o Japão tem muitas armas, então, o Japão vai atacar também. [E o que vai acontecer?] Já que esse carro está com muitas armas e muitos segredos de combate, os alienígenas vão vencer. eu torço pelos alienígenas*”.

Esse desenho demonstra que a agressividade pode estar presente de forma sublimada na estória, através de uma tarefa que solicita os recursos da criatividade. Deste modo, a demanda é uma necessidade interna e não uma reação à invasão ambiental.

Ao solicitar o segundo desenho, Paulo disse: “*Depois que eu terminar esse, quero brincar naquela casinha*”. Esse foi o combinado, então: após a aplicação do desenho dois, Paulo foi brincar com a casinha. Cabe ressaltar que, quanto ao material da caixa, ele havia

somente mexido no material gráfico, sem brincar com a família. Apenas havia tomado conhecimento do que tinha na caixa. Em uma interpretação mais simbólica, pode-se dizer que Paulo começou a “descascar tal como uma cebola”, podendo fazer contato com a “casinha interna” dele que, até então, “quase não tinha sido tocada”.

Desenho 2 (Anexo L)

Título: Não apresentou título

O carro é especialmente pra ti. É um carro meio que espaçoso, é isso! [O que tu pensaste enquanto estava desenhando?] Não sei, fui desenhando, desenhando e não pensei! [E por que tu pensaste que era especialmente para mim?] Que quando tu quisesse dormir, podia dormir atrás, pra tu poder descansar. Ele tem muito lugar na frente, muitas coisas. [Quem vai nesse carro?] Eu, é claro, e tu também! Então, é o nosso carro! Então, dá para descansar, é espaçoso, acho que tem a ver com o espaço que a gente tem aqui para brincar, conversar. Acho que assim como esse carro passeia, a gente também passeia aqui na nossa imaginação. Nós podemos descansar e, ao mesmo tempo, passear pelas coisas que tu me falas, dos problemas na escola, em casa. [Eu acho que tu ficas bem à vontade aqui. Dá até pra dormir, se quiseres, como dentro desse carro. O que tu achas?] Acho que sim, eu gosto de vir aqui, de ter uma caixa pra mim. Quero ver! [É a caixa é só tua, com as tuas coisas, aqui tem um espaço para ti poder falar sobre os teus segredos também!].

Pode-se pensar que a pesquisadora compreendeu e sobreviveu aos ataques agressivos que apareceram no desenho 1. Fica claro o sentimento do menino de que o *setting* tornou-se um lugar seguro. Ele conseguiu “dormir”, “regredir” e “entregar seus impulsos agressivos”, podendo chegar mais perto do verdadeiro *self*.

Então, conforme o combinado, Paulo foi brincar na casinha. Enquanto abria a caixa e mexia no material, contou que, em sua escola, aconteceu o aniversário do colega Vitor.

Comentou:

P: Até a mãe dele veio, e ele teve que tirar foto com os meninos e as meninas e, com elas, passou vergonha; teve que dar uma escapadinha... Ele queria escapar total, e a mãe dele não deixou.

T: Por que ele queria escapar?

P: Se eu estivesse ali, também ia ficar... não sei também... ia ficar com vergonha.

T: Por causa das meninas?

P: Eu tava de olho na Ana Clara, Clarinha... eu ia ficar com vergonha, não só por causa da Clarinha, mas das outras também, porque a mãe dele estava junto, querendo fazer ele tirar fotos.

T: Mas tu estavas de olho na Clarinha... Tu gostas dela?

P: Sim, gosto; ela é bonita!

T: Tu já conversaste com ela?

P: Não, eu fico atrás dela no recreio, eu e o Vitor, a gente finge que não é nada, se ela nos olha, mas a gente vai seguindo ela assim, pelos corredores... Sabe que, no aniversário do Vitor, a mãe dele fez um bolo de chocolate tão bom, com um creme, que eu até pedi a receita! Eu provei e gostei, estava delicioso!

T: Legal, tu provaste o bolo e gostaste! Eu lembro que tu me contaste que, quando teve cachorro- quente, tu não provaste porque não sabia se seria tão gostoso quanto o da tua mãe. E agora tu estás conseguindo provar e até gostas, pedindo a receita. Acho que passou um pouco o teu medo de provar as comidas fora de casa, não? Muitas vezes, o que é desconhecido causa medo.

P: É sim, eu provei e, outra vez que teve lanche gostoso no recreio, eu também comi e gostei.

Nos minutos finais de sessão, Paulo quis brincar com a casinha e os bonecos da família. Fez histórias de luta entre os personagens masculinos dentro de casa. Enquanto alguns lutavam, um boneco da família terapêutica, o menino, fazia a barba. Paulo disse: *“Olha, ele está fazendo a barba e nem tem cabelo! Enquanto isso, ele estava distraído e, poff, levou um chute nas joias dele”*. A pesquisadora foi falando que, assim como o menino da brincadeira, ele também um dia irá fazer a barba, irá ter cabelo, crescer e se preocupar com as joias dele. De repente, ele colocou todos os personagens da família terapêutica sentados no sofá e comentou que *“até a vovó veio sentar”*. Quando ela perguntou: *“A vovó foi sentar junto?”*, prontamente Paulo falou sobre a avó paterna. Falou que a mãe não se entende com a avó. Quando tem briga, ele disse: *“Eu fico sempre do lado da minha mãe, mas também gosto da minha avó”*. A pesquisadora referiu que deve ser difícil para ele lidar com essas brigas de família dos adultos, que deve causar confusão na cabeça dele quando fica ao lado d sua mãe e, ao mesmo tempo, gosta da avó.

Pode-se observar uma diminuição dos sintomas de ansiedade fóbica no que se refere às questões alimentares. Não houve mais tanta necessidade de controle obsessivo diante da angústia. Também ficou evidente a transição de Paulo para a adolescência, com a presença de impulsos amorosos para a Clarinha e com fatores marcantes da puberdade: os cabelos, a barba, a sexualidade. Em meio a isso tudo, começou a ficar mais clara a influência do ambiente em seus problemas. Trouxe à tona a possibilidade de assumir que gosta da avó, mesmo estando ao lado da mãe.

Quinta Sessão com Paulo: Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Nesta sessão, Paulo pediu para brincar com a casinha primeiro e, depois, desenhar, pois sabia que teria que fazer mais um desenho. Então, colocou o bebê dentro do guarda-roupa e, depois, falou que ele já ficou brincando dentro do guarda-roupa quando pequeno. Contou que faz “*arte*”, gosta de fazer bagunça em casa com os brinquedos e não guarda, somente quando sua mãe pede. Depois, pegou “*a vovó, o vovô e o garoto. Esse carro aqui que o vovô está dirigindo vai muito rápido, com muita velocidade. Vai tão rápido, que as coisas estão de cabeça para baixo*”. A pesquisadora falou que, em sua vida, algumas coisas pareciam estar de cabeça para baixo, especialmente essas coisas de vovó que briga com a mãe. Nesse momento, ele olhou para ela e concordou com a cabeça e, logo, pediu para terminar a brincadeira e desenhar.

Desenho 3 (Anexo M)

Título: Corrida dos burros

Corrida dos burros, como aquele vovozinho que estava dirigindo bêbado. E aqui tá a fumaceira do carro para ir mais rápido por causa do Nitro, e aí fez isso aqui: a riscadeira no chão. E o carro vai passar tão rápido que vai pegar fogo no vovozinho. [Onde?] Ali dentro ele está. Ele mesmo foi rápido para pegar fogo nele mesmo, porque tava tão bêbado. Eu vi num vídeo e tem um site sobre bêbado. E o vovozinho, eu vi um comercial sobre corrida de burros, e aí ele entrou na estória! [Por quê?] Porque ele tava bêbado mesmo. [Corrida de burros era pessoa ou animal?] Pessoa mesmo, pessoa burra, de bêbado mesmo! [Tu conheces alguém que é bêbado?] Por incrível que pareça, não; só na televisão. E vi um vídeo que o bêbado foi chutar uma garrafa e caiu bem nas joias dele; já era um homem até!

O terceiro desenho aparece como uma continuação do conteúdo inicial da sessão, na qual ele traz à tona “o seu lado bagunceiro” e fala sobre quando as coisas “estão fora de ordem” na cabeça dele. A associação com relação ao vovozinho bêbado pode ser representante da avó doente. Ao mesmo tempo o carro potente, veloz, representante da masculinidade “pega fogo”, atingindo o vovozinho (conteúdos de agressividade voltados para dentro, marcando aspectos depressivos), aparece também a questão da sexualidade em evidência, quando menciona as “joias” dele.

Sexta Sessão com Paulo: Aplicação do CAT-A

Cartão 1:

Título: os três pintinhos esperando a comida

Três pintinhos esperando a comida para comer. [E então, o que vai acontecer?] E a galinha já vai dar. [O que eles estão sentindo?] Estão sentindo que queriam comer logo! [E como era

a comida?] *Acho que era boa.* [E o que eles estavam pensando?] *Que eles estavam satisfeitos.* [E como termina essa estória?] *Eles comendo!*

Cartão 2:

Título: os três ursos puxando a corda.

Um urso puxando a corda e, do outro lado, dois ursos puxando a corda. Só que, no lado que tem dois ursos, tem o menor e, no outro, tem um só. [E o que vai acontecer?] *Eles vão ficar puxando, puxando a corda. Porque um lado tem a força de dois e um pequeno. Os dois ursos juntos têm a mesma força que o do outro lado; por isso, eles vão ficar puxando, puxando!* [E aí?] *Eles estavam puxando a corda para brincar.* [E o que houve?] *A corda ficou no mesmo sentido.* [O que eles eram um do outro?] *Amigos.* [Alguém ganha ou perde?] *Não, só ficavam puxando, puxando, e era essa a brincadeira.*

Cartão 3:

Título: O leão morredeiro.

O leão sentado numa cadeira, fumando sei lá o que; acho que é um cachimbo, ou coisa assim... Ele tá velho. E tem o rato espiando ele. [E aí, o que vai acontecer? O que eles estão pensando?] *Que ele vai levantar dali e cair.* [Por quê?] *De tão velho que ele está.* [E então?] *E aí ele morreu. Ele foi levantar, colocou o cachimbo na boca, foi levantar, se apoiou na cadeira e aí ele caiu e morreu.* [E o ratinho?] *Ficou olhando; aí quando o leão morreu, ele fugiu.* [E como se sentiram todos?] *O rato achou estranho e foi pra casa dele, e o leão morreu.*

Cartão 4:

Título: Os comedores e arrastadores.

Mamãe canguru indo fazer um piquenique, e o filho tá indo de bicicleta, e o filhotinho tá brincando. Eles vão fazer piquenique na casa, nessa casa aqui (apontou para a casa no Cartão). [E como vai ser?] *Eles vão ficar com a barriga grande.* [E o que eles sentiram?] *Só pensavam na comida que tava boa.* [E como termina?] *Termina eles voltando para casa com a boca no chão e se arrastando... É que eu vi num vídeo que se chamava 'indo para o trabalho numa segunda-feira'. Era o pinguim que estava pulando, pulando, e o urso tava de boca no chão, bunda para cima e as pernas caminhando se arrastando. Aí eles tavam voltando assim para casa, como o urso. Tavam se arrastando de tanto comer!*

Cartão 5:

Título: O espião dorminhoco.

Tem um berço que tem um boneco ou uma criança ali, o quarto do casal e uma janela. Aí tem um espião que vai entrar pela janela, quebrar a janela, tudo, bater de cara no guarda-roupa. E aí vai ver se não tem nenhuma criança para espiar ele, e aí ele foi para a cozinha e pegou comida. Aí voltou para a cama do casal, tirou os tênis e foi dormir comendo. [E o que ele foi pegar?] Maçã, pêra... [Quem era o espião?] Ele trabalhava para uma coisa secreta de espião, foi expulso e ficou com os acessórios. Ele foi invadir essa casa, que é a casa do chefe dele e dormiu. [Ninguém viu ele?] Não. Não tinha ninguém na cama de casal. [E como ele se sentiu?] Se sentiu dorminhoco!

Cartão 6:

Título: A filha fujona. Ele fugiu para brincar porque gostava muito de brincar e não queria parar.

Dois ursos dormindo de baixo da terra e um urso querendo fugir. Aí ele tenta fugir, e o pai acorda, pega ela e coloca para dormir de novo. E de novo ela acorda, vai, e o pai de novo acorda e vai buscar ela. Até que, uma hora, ela vai mais longe e foge; o pai não pega ela. Ela vai fugir para brincar. O pai e a mãe acordam, e ela não está mais ali, porque passou a noite inteira brincando. [E como ela se sentiu?] Brincando e se divertindo. [E o pai e a mãe?] Se sentiram que iam perder a filha. [E aí, como termina?] Eles acham a filha e ela volta para casa.

Cartão 7:

Título: O macaco voador.

O tigre querendo pegar e comer o macaco, e o macaco tá fugindo pelos cipós. Aí o tigre vai cada vez mais rápido, e o macaco cada vez mais lento. Aí o macaco vai tão forte que voa, e o tigre parou porque era à beira de um penhasco, e o macaco se sentiu um super-herói. E aí veio um dinossauro que pegou o tigre e chutou o tigre para a beira do penhasco, porque o dinossauro estava brabo. [O tigre queria comer o macaco?] Sim, porque ele estava com fome, e o macaco voou para cima com tanta força, foi tão rápido, que voou e, quando foi parar no chão, caiu numa árvore. Mas o tigre morreu, porque tinha uns cactos quando o dinossauro empurrou ele. [E por que o dinossauro empurrou?] Porque queria comer plantas, porque ele queria ter mais espaço para comer. E o tigre caiu em cima de pedras e rochas pontudas que atravessaram ele. E o macaco se sentiu um super-herói.

Cartão 8:

Aqui tem uma família de macacos. A mãe tá falando alguma coisa para o filho e, atrás, tem o pai e a tia, e estão conversando sobre a mãe, que tá falando com o filho. [O que estão falando?] Que ela não gosta de tal coisa, a tia tá dizendo. [O quê?] Não gosta de ver TV, coisa assim. [E a mãe, o que está falando?] Que tem que ser um bom menino, respeitar o pai e a mãe. [Por quê?] Porque o menino não estava respeitando; ele tava bagunçando.

Cartão 9:

Título: O coelho briguento

Tem uma porta aberta, e o coelho acordado de pé ali. Aí a pessoa foi entrar mais para pegar mais informações. Aí o coelho deu uma raspada na cabeça dele e grudando, grudando na cabeça do cara. E cada vez que mais grudava, mais machucava o cara. Aí o cara tropeçou e bateu com a cabeça na janela, e o coelho caiu, morreu, e embaixo tava cheio de cactos e morreu, e o cara quase caiu, mas se segurou na cortina e conseguiu se salvar. [Quem era a pessoa?] Ele tava fazendo uma reportagem que o coelho era um robô, só que as pessoas que viram o jornal tinham que acreditar que o robótico era o coelho, só que o coelho agrediu o cara, e o robô, que era o coelho, ficou sem noção e agrediu o cara. O coelho que começou a grudar na cabeça dele. [Como o cara da reportagem se sentiu?] Sentia que tava fazendo todo mundo de trouxa, porque ele não conseguia pegar nenhuma informação real. No final, ele se sentiu com medo, porque pensou que ia morrer, mas o vento empurrou ele para fora com as cortinas, e ele se salvou. Aí ele sentiu que conseguiu fazer alguma coisa, o objetivo dele.

Cartão 10:

A mãe tá segurando o cachorro, porque ele quer ir ao banheiro. E o cachorro quer fazer as suas privacidades. Aí o cachorro, já que era meio que gordo, explodiu o vaso. Só que, antes disso, a mãe tinha fechado a porta, aí foi que deu a bomba que explodiu, como se fosse um míssil nuclear, o cocô dele! E, depois, a mãe abriu a porta e viu que tava tudo detonado com o cocô dele, que era um míssil nuclear. Aí a mãe abriu a porta e viu que tava tudo detonado, e o cachorro tava indo pelo vaso, entrando pelo vaso. Aí a mãe até que ficou meio que feliz, porque o filho era chato. [Por que a mãe segurava o cachorro?] Por causa do míssil nuclear, que ela não queria que o vaso ficasse todo detonado. [E como se sentiu o cachorro e a mãe?] A mãe se sentiu toda triste e feliz. A tristeza porque o vaso tava detonado, e feliz porque o cachorro foi embora. E o cachorro ficou feliz porque fez suas privacidades, que era xixi e coco, e explodiu tudo. E ficou triste porque foi embora. Ela ficou feliz porque o filho dela, o cachorro, bagunçava a casa, e ela queria a casa toda arrumadinha. E o cachorro ficou feliz,

porque ele gosta de detonar, e triste porque foi embora pelo vaso. Ele ficou triste porque ele queria morrer internado num hospital e não num vaso, porque daí não teria tanto problema, porque do hospital para o cemitério é melhor, menos problemático e, quando morre em casa, tem que chamar a polícia, ambulância. Eu tô me lembrando de um vídeo da net maldita, como os pôneis malditos, internet maldita, internet maldita, lá, lá, lá, lá.

Análise das Respostas do CAT-A de Paulo

O material relatado por Paulo ao longo dos cartões do CAT-A trouxe significativa contribuição para um entendimento psicodinâmico acerca de sua personalidade (aspectos disfuncionais e sadios), assim como para a compreensão do ambiente. De modo geral, no que se refere à relação com a figura materna (cartão 1 e 4), pode-se dizer que esta é marcada pela dependência. O menino espera pela mãe para satisfazer as suas necessidades orais básicas. Estas são satisfeitas em parte, pois ele demonstra a percepção de um funcionamento patológico diante da comida, pois “come até se arrastar” (compulsivo). No momento do piquenique, do lazer, a relação que predomina é a de que o alimento é a fonte do afeto, mas no sentido que o arrasta. Parece que as vivências com relação à figura materna ainda estão vinculadas ao objeto *objetivo* (o alimento, relação com o seio) sem a presença de algo mais simbólico, o objeto *subjetivo*. De acordo com o relato de Aline, Paulo já apresenta uma alimentação compulsiva em alguns momentos, apesar de não ter sobrepeso. Ela, por sua vez, já está com uma obesidade severa, em um nível que pode ser considerado patológico (apenas observando-se a sua aparência e descartando problemas hormonais, sem uma medida objetiva). Nesse contexto, há na família (pois Ronaldo também referiu um uso abusivo do alimento) uma tendência a fazer uso compulsivo da comida. Talvez “as camadas de gordura” representem uma forma de proteção.

Quanto ao cartão 3, que remete à relação com a figura paterna, observa-se uma tentativa inicial dos mecanismos de defesa para lidar com a agressividade para com a figura do leão, que é transformado em um velho debilitado que levanta e cai. No entanto, a raiva tem o poder de matar o leão que caiu e morreu. Pode-se pensar na forma de agressividade voltada para dentro (agressividade passiva), em uma maneira retraída de funcionamento da personalidade. No desfecho da estória, o leão morreu, sem haver uma tentativa de reparação (de sua agressividade), e o ratinho ficou assustado, achando “estranho” (o conhecido/desconhecido impulso), e fugiu (isolamento como defesa).

Já no cartão 7, que avalia especificamente o medo da agressividade, nota-se que o menino lida com os impulsos destrutivos por meio de mecanismos de defesas como a projeção, introjeção e onipotência. Pode-se observar também alguns aspectos que

caracterizam a presença de simbolização: *“pedras e rochas pontudas que atravessaram ele”*. O fato de Paulo ter narrado que “ele queria ter mais espaço” levou a pesquisadora a pensar que, nesse momento, a agressividade estaria a serviço do *self*, expressando a sua necessidade de ter um espaço, “um espaço para existir”.

No que se refere à situação edípica (cartão 2) e à cena primária (cartão 5 e 6), observa-se, inicialmente, um pobre contato com a percepção do conflito edípico. Os ursos fazem uma brincadeira, e “a corda ficou no mesmo sentido”. Mais adiante, a reação de Paulo frente à situação triangular demonstra que “foi expulso”, mas “foi invadir essa casa, que é a casa do chefe dele e dormiu”. Há uma regressão com a presença de necessidades orais. Em continuação dessa temática, no cartão 6, evidencia-se uma necessidade de independência por parte da criança, mas marcada por uma forte ansiedade de separação. Pode-se pensar que ela tenta fugir para brincar, ser espontânea; no entanto, é sempre trazida de volta pelo pai. O ambiente invade a continuidade da brincadeira, do Ser.

Ao que tudo indica, o contexto familiar (cartão 8) impõe algumas situações: “Que tem que ser um bom menino, respeitar o pai e a mãe”. Logo, “bagunçar”, desorganizar, desordenar, “deixar fluir os sentimentos e as vontades” pode ser sentido como desrespeito. Por isso, ele faria “o papel de mãe de si mesmo, compreendendo demasiadamente” (Abadi, 1998, p. 138). Mais adiante, no cartão 9, Paulo nos conta a estória de uma pessoa que necessitava saber informações sobre um coelho-robô. O coelho é um ser vivo, com instintos (ser agressivo, briguento) e pode morrer. Já o robô é um dispositivo eletromecânico ou biomecânico, capaz de fazer trabalhos de maneira autônoma ou pré-programada. A palavra robô é de origem tcheca: “robotá”, que significa trabalho forçado. A utilidade dos robôs refere-se à realização de tarefas sujas ou perigosas para os humanos. Em uma estória de ficção científica do escritor Isaac Asimov chamada *“Eu Robô”*, são declaradas três leis da robótica: 1) Um robô não pode machucar um ser humano, ou, por omissão, permitir que um ser humano se machuque; 2) Um robô deve obedecer as ordens recebidas pelos seres humanos, a não ser no caso de estas ordens entrarem em conflito com a Primeira Lei; 3) Um robô pode proteger sua própria existência, contanto que tal proteção não entre em conflito com a Primeira ou Segunda Leis¹³.

Nesse contexto, pode-se pensar na existência de fortes impulsos agressivos (coelho) que foram contidos (pelo robô), fazendo com que Paulo aja de forma autômata, obedecendo a leis. Na passagem *“as pessoas que viram o jornal tinham que acreditar que o robótico era o coelho, só que o coelho agrediu o cara e o robô, que era o coelho, ficou sem noção e agrediu*

¹³ http://pt.wikipedia.org/wiki/Isaac_Asimov

o cara”, a agressividade vem à tona. No entanto, isso parecia inacreditável. Aparece um sentimento de irrealidade: *“Tava fazendo todo mundo de trouxa, porque ele não conseguia pegar nenhuma informação real”*. A estória termina quando o coelho-robô *“caiu, morreu, e embaixo tava cheio de cactos”*. Nesse sentido, observa-se que é a segunda vez que aparece a planta “cactos”. A primeira menção foi no cartão 7, no qual Paulo referiu: *“O tigre morreu porque tinha uns cactos quando o dinossauro empurrou ele”*. A planta cactos representa um ambiente danoso, e os personagens morrem quando caem na planta. Por definição, os cactos apresentam talos com uma grossa capa de tecido parenquimatoso para permitir o armazenamento de água em quantidades maiores e por período mais prolongado do que outras plantas. Tal adaptação faz com que os cactos possam sobreviver em ambientes áridos, secos e pouco habitados, que, para as outras plantas, seriam inabitáveis, por isso, recebem pouca competição por parte de outras espécies. No intuito de captar umidade do ambiente, retendo o orvalho, esta planta tem uma superfície coberta de pêlos e espinhos, que também defendem a planta de agressões¹⁴. A planta faz uso de defesas (pelos e espinhos) para se adaptar ao meio árido, seco.

Talvez pelo fato de os cactos possuírem espinhos, eles tenham sido associados às mortes dos personagens. Em um sentido mais simbólico, talvez signifique a morte de aspectos do verdadeiro *self* do menino que, ao entrar em contato com um ambiente árido, o leva à formação “de pelos, espinhos, uma casca” para poder sobreviver e se adaptar. É possível pensar que, quando Paulo “descasca umas camadas”, aparece a ansiedade de aniquilação: *“se sentiu com medo porque pensou que ia morrer”*. No entanto, entrar e, contato com essa ansiedade verdadeira fez com que o personagem se salvasse, e *“aí ele sentiu que conseguiu fazer alguma coisa, o objetivo dele”*.

Observa-se que a pesquisadora interpretou a narrativa do cartão 9 e seus detalhes – tais como coelho-robô, cactos, *“as pessoas tinham que acreditar”*, *“não conseguia pegar nenhuma informação real”* – como formas de representar os aspectos de falso-*self* do menino. Como referiu Winnicott (1952/2000, 1968/1988), no falso-*self*, a ansiedade corresponde à sensação de que o centro de gravidade da consciência foi passado do cerne para a casca. Diante da falha do ambiente, ocorre o retraimento como uma defesa; o falso *self* submisso aceita as exigências do meio, no intuito de proteger o verdadeiro *self* (Winnicott, 1960/1983).

Finalmente, pelo fato de o cartão 10 ser o último estímulo da série e suscitar a temática do treinamento esfinteriano e controle dos impulsos, pode-se notar tendências regressivas e controles frágeis do ego (Miguel et al., 2010). Paulo sente que seus conteúdos internos têm

¹⁴ http://pt.wikipedia.org/wiki/Planta_suculenta

um efeito de bomba no ambiente, detonando tudo. A sua agressividade é capaz de detonar tudo, mas, ao expressá-la, colocar para fora, precisa ser retida e retraída, voltando-se para dentro. Isso porque sente que o ambiente não acolhe a sua agressividade: “o filho era chato”, e a mãe segurava o cachorro: “por causa do míssil nuclear, ela não queria que o vaso ficasse todo detonado”. Na narrativa, o menino percebe que o ambiente, representado pela figura materna, ressentia-se com “o vaso detonado”, com a casa bagunçada, com a expressão da agressividade. Todavia, a mãe fica feliz no momento em que a casa está toda arrumadinha e que o “causador de danos” vai embora. A criança, por sua vez, sente-se feliz porque “fez suas privacidades”, gostava de “detonar e explodir tudo”, expressar sua agressividade. Contudo, sente-se triste e maldito por não ser acolhida a sua agressividade. “Eu tô me lembrando de um vídeo da net maldita, como os pôneis malditos, internet maldita, internet maldita, lá, lá, lá, lá”.

Dessa maneira, ressalta-se que, quando o ambiente mostra-se capaz de reconhecer, aceitar e integrar as manifestações de agressividade, essas se integram à personalidade total do ser humano. Caso contrário, a agressividade poderá ficar velada sob uma timidez e autocontrole (Dias, 2000).

Sétima Sessão com Paulo: CAT-A Interventivo

Ao entrar no consultório, a pesquisadora investigou se Paulo se lembrava da aplicação do CAT-A que havia sido feito na sessão anterior. Ele respondeu que sim e, então, foi dito que eles iriam conversar sobre aquelas estórias. Quando a pesquisadora mostrou o Cartão 1 do teste e perguntou se ele lembrava, Paulo disse que achava que disse alguma coisa de comida, mas não recordava o que teria dito. Deste modo, foram lidas as estórias em voz alta. Após a leitura, a psicóloga perguntou a Paulo o que teria de parecido com sua vida ou o que poderia lembrá-lo aquela estória.

Sendo assim, para o Cartão 1, o menino prontamente falou: *“Comer. Se tiver massa com molho de carne e se coloca um prato na minha frente, eu acabo com tudo e até repito, porque massa é uma coisa muito boa pra mim. [Sempre tu acabas com a massa?] Sempre, mesmo antes de ir para a escola. Foi na quarta ou quinta que a mãe fez massa, e eu comi um prato cheio, todinho. [Lembra que tu não comias antes de ir para a escola? E agora tu comes o prato todinho!] Só porque era massa, que eu gostava; se bem que agora não me importa mais isso de ficar enjoado antes da escola.*

No Cartão 2, Paulo referiu: *“Acho que tem de parecido comigo brincar. Falei que eles tavam brincando, né? Não tinha competição; não, eles só estavam brincando! [Quando acontece uma competição, uma briga, é difícil de lidar com a situação. O que tu achas?] Para começar, um ia puxar mais forte, e os outros iam cair, aí cada um ia puxando mais forte até*

que arreventasse a corda e todo mundo caísse do morro e ficavam acorrentados pela corda. [Daí não ia ser tão boa a brincadeira? O que tem a ver contigo?] Isso tem a ver com as brigas com o meu irmão, falam que o Fábio é chato e aí eu falo que só quem pode chamar ele de chato é eu naquela Kombi. Aí eu brigo com os outros para defender o Fábio. [Deve ser difícil para ti ter que te defender e ainda defender o teu irmão. É como se, naquele momento, tu fosses o pai dele]. Os garotos provocam o Fábio, e aí ele deu um soco forte noutra garoto e ele me chama para ter uma razão... eles provocam e querem que o Fábio se rale. E para defender o Fábio, às vezes eu bato, às vezes não. [Puxa, mas não é fácil para ti; às vezes, tu precisas te defender dos meninos que querem teu lanche e fica complicado falar que não, imagina defender o Fábio das brigas. Parece que tu tens que te defender duas vezes! Fica pesado, não?] É, as vezes, eu nem sei o que fazer!

Já no Cartão 3 Paulo relatou: *“Não sei o que pode ter a ver... Quando entra um morador novo em um terreno perto da minha casa, eu acho estranho... a mãe da minha mãe morreu. O leão já que morreu tem mais a ver com a minha mãe, porque a minha avó materna morreu. Eu achava ela bem estranha. Tinha um monte de coisa de álcool, porque ela bebia e fumava, e foi por isso que ela morreu. [O que era estranho?] Ela em si era estranha. [Tu tinhas medo dela?] Até que eu tinha um pouquinho. A casa dela até que era legal, só que o jeito dela era estranho. [E com a tua mãe, teu pai, tem alguma coisa estranha?] O meu avô paterno morreu, e aí a vó casou de novo. E cada vez que o meu pai vai feliz para lá, ele volta todo triste, porque a mãe dele não queria que ele se casasse com a minha mãe. [E quando tu percebes o teu pai estranho, triste, tu também ficas chateado?] Sim, fico, né? Mas eu sou mais do lado da minha mãe do que da vó, eu confio na mãe. [Entendo, mas acredito que mesmo assim tu fiques chateado que a tua mãe e a tua avó não se falam]. É fico, porque eles não se dão.*

No Cartão 4, ele disse: *“A correria que é parecida com a minha vida... Eles tavam correndo para comer. Para eu acordar cedo, para vir para cá, né? Às vezes, é uma correria. [Como tu te sentes?] Que eu tenho que fazer tudo bem na hora para não atrasar. Às vezes, eu me atraso aqui e até perco a Kombi e tenho que ir com o meu pai. [E aí, tu ficas chateado?] É, daí dá essa correria toda. E tem a ver a comida, comer, comer, comer, comer, eu gosto de comer. [Tu consegues comer bastante e ir para escola?] Sim. [E tu achas que vir aqui te atrapalha?] Não, tem essa correria, mas eu gosto de vir aqui. [Acho que tu estás cansado hoje, com tanta correria. Vamos continuar fazendo essa atividade na próxima vez que tu vieres aqui].*

Oitava Sessão com Paulo: Continuação do CAT-A Interventivo

Quando Paulo chegou ao consultório, foi retomado se ele se lembrava da última consulta e se ele concordaria em continuar a atividade. Prontamente, o menino respondeu que sim.

Segue a resposta de Paulo para o Cartão 5: *“Acho que espião. Eu quero trabalhar de espião. Tu viu o filme que passou terça, ‘A hora do Rush 2’ com Jackie Chan. Ele é um espião e luta kung fu. Eu gosto disso. Às vezes, eu espio as gurias. Eu vou atrás delas. Às vezes, uma percebe alguma coisa, e eu me escondo. Eu espio as gurias no recreio. Às vezes, eu e o Vitor espiamos juntos as gurias. Eu espio aquela que eu tô de olho, a Clarinha. [Tu gostas dela?] Sim. [E tu queres namorar com ela?] Não, só ficar de olho mesmo. [Tem alguma outra coisa de namoro que tu espias?] Não. [Tu disseste que na internet tu espias coisas que não saem da tua cabeça...] Ah, uns vídeos de sexo, coisa assim. [E o que tu pensas quando vê aqueles vídeos?] Que fazer aquilo ali na na ni na não! Achei muito estranho esses vídeos na internet. [Ficaste assustado, com medo, nojo, curioso (devido à sua expressão facial)]. Fiquei tudo isso, menos esse último que tu falou. Às vezes, eu coloco uns vídeos de animação e vem isso junto. Por exemplo, eu coloco no you tube ‘simpsons’, e aí eu coloco vídeo; às vezes, eu erro uma palavra e aparece. Às vezes, eu coloco a palavra sexo para saber o que é”*.

Ao ler o Cartão 6, Paulo respondeu: *“Acho que, às vezes, eu fujo do serviço e vou brincar um pouquinho... tipo lavar a louça, encher garrafas de água. A minha mãe vê que eu não tô ali e aí ela corre, vem me pagar. É só nos dias que o Fábio não tá em casa, aí eu tenho o dia liberado. Às vezes, eu só vou guardar as coisas de noite, só que é coisa do meio dia, brinquedos dessa hora. Eu até gosto quando o Fábio tá em casa, eu provoço ele pra brincar. Mas eu prefiro quando ele não tá, porque aí eu tô mais liberado para fazer as coisas. Se a mãe tivesse concertado o Playstation eu estaria jogando, mas mesmo sem o play eu brinco”*.

No Cartão 7, ele disse: *“O dinossauro para ter espaço. Às vezes, o Fábio senta do meu lado e pega o meu espaço e aí eu empurro ele. Na mesa, na hora de comer, ele coloca os cotovelos demais. Às vezes, de brincadeira, ele vem invadir meu território, e aí eu vou no dele e ele reclama. [O que tu faz?] Eu falo para ele que ele me empurrou, aí a gente vai até lá na mãe resolver. Aí o Fábio fala que eu empurrei, e eu falo que ele me empurrou. Aí a mãe decide que a gente não pode mais brincar em algum lugar. A maioria das vezes ela dá razão pra mim. [Pois é, quando acontece na escola de outros meninos quererem invadir o teu espaço, pedirem teu lanche sem tu teres vontade de dar, não tem a tua mãe para ir até lá resolver, não é mesmo?] É, mas daí é só sair de perto ou dizer que eu não quero dar meu lanche! [Ah sim, uma boa estratégia. Então, tu tens respondido que não quer dar o lanche!]”*.

No Cartão 8, ele referiu: *“Acho que é só bagunça porque eu bagunço a casa, e aí a mãe fala que não é para bagunçar e manda a gente arrumar. A maioria da bagunça é o Fábio quem faz, e ela manda eu juntar. [Tu ficas brabo com isso?] Ela diz: ‘então, por que eu arrumo a tua cama? Era tu quem tinha que arrumar’. Aí eu arrumo e não fico brabo. Até que combina também com a minha avó Jacira que vive contando coisas pelas costas da minha mãe. [Tu ficas triste de sentir essa briga na família, parece que tem dois lados, certo da mãe e errado da vó]. É bem assim mesmo. Minha mãe diz que ela está certa, e eu fico do lado dela, mas também gosto um pouco da minha avó. [Pois é, tu és uma criança, o neto dela, e não tem nada a ver com a briga dos adultos. Tu podes gostar tanto da tua mãe quanto da tua avó]. É mesmo... até que pode ser verdade!”*.

Já no Cartão 9, Paulo comentou: *“Acho que nada, não tem a ver. De repente lembra aquelas coisas que eu estava espiando...”*.

No Cartão 10, ele disse: *“Às vezes, eu faço e até que solto pum fedorento. Até que eu já entrei pelo vaso, esqueci de baixar a tampa. Os dois tavam para cima, e eu sentei e fui para baixo, e aí eu chamei o pai, e ele veio me pegar pela mão, só que faz muito tempo isso. Eu vi no Chaves que o Nhonho tava prontinho, tava segurando e aí foi no banheiro e saiu uma bomba de cocô, até que a porta se abriu. [Pode dar medo das coisas que saem de dentro de ti... das raivas, não?] Às vezes, aconteceu, um garoto fala que o Fábio é chato, e digo que é só eu que posso dizer isso dele. Aí eu tenho vontade de dar um soco na cara dele, e eu disse: ‘posso te dar um soco que ia afundar teu crânio’. E aí ele parou de dizer. Já pensou se eu afundo o crânio dele?! [É, acho que tu tens medo de colocar a raiva que tu sentes para fora e acabar afundando o crânio. Tu tens medo porque a tua raiva parece tão forte que pode afundar crânios, pode sair uma bomba de raiva].*

Observações sobre a Aplicação do CAT-A Interventivo de Paulo

No primeiro cartão, chamou a atenção da pesquisadora o fato de Paulo dizer que não ficava mais enjoado ao alimentar-se antes da entrada na escola. Até então, ele costumava não fazer a refeição do meio-dia adequadamente; comia muito pouco e, ao chegar em casa, após a escola, comia de forma compulsiva, segundo seus pais. O fato de a pesquisadora ter trabalhado as ansiedades dele pode ter tido uma repercussão nos sintomas de enjoo de Paulo.

No cartão 2, quando Paulo foi questionado pela pesquisadora sobre o tema da competição, ele referiu: *“Cada um ia puxando mais forte até que arrebetasse a corda e todo mundo caísse do morro e ficavam acorrentados pela corda”*. Observa-se que os personagens da estória aparecem arrebetados. Ao perguntar: *“O que tem a ver contigo?”*, o menino

relatou: *“brigo com os outros para defender o Fábio”*. Parece que, para defender o irmão, tal como o pai solicitou, ele está autorizado a brigar.

Quanto ao cartão 3, observa-se que Paulo menciona a palavra “estranho”, o que fez a pesquisadora lembrar-se do texto de Freud (1919/1996) intitulado “O Estranho”, no qual “o oculto, o secreto, o suspeito é também o familiar, o conhecido”. O menino referiu que o jeito da avó materna era estranho e associou as questões de morte à avó e à mãe. Ele trouxe à tona os aspectos da dependência oral da avó materna (álcool e cigarro) e que estão presentes também em sua mãe (obesidade). Já na associação com a avó paterna (Jacira), Paulo relatou: *“ela não queria que ele (Ronaldo) se casasse com a minha mãe”*. Observa-se também que os problemas familiares que Aline e Roberto enfrentaram com Jacira interferiram na vida emocional do menino: *“eu sou mais do lado da minha mãe do que da vó; eu confio na mãe”*. Nota-se que os suportes maternos (avós) de seus suportes (mãe e pai) não puderam oferecer continência adequada aos seus pais. A avó materna adotiva era “estranha”, “bebia álcool” e “fumava”, e a avó paterna não aprovou a união de seus pais e duvidou da paternidade de Paulo (por conseguinte, de sua condição de neto), além de ser, possivelmente, esquizofrênica.

No cartão 4, que, normalmente, refere-se à relação com a figura materna, Paulo fez um deslocamento para a figura da terapeuta. Nesse contexto, ele conseguiu falar a respeito de suas chateações quanto ao horário da consulta, o que foi um aspecto importante, pois Paulo ter conseguido falar das coisas que não gostava com a terapeuta.

No cartão 5, que remete à cena primária, suas associações foram nessa linha de pensamento. Ele mostrou-se curioso sobre as questões de sexualidade. Ao mesmo tempo, o conteúdo dos vídeos que Paulo assistiu na internet o fez reagir, dizendo *“que fazer aquilo ali na na ni na não”*. Talvez o que assistiu tenha sido muito forte para a sua idade, como se invadissem o seu ego, “pois não sai da sua cabeça”, como algo que necessita ser elaborado.

Já no cartão 6, assim como na primeira aplicação, também apareceu um movimento em busca da liberdade, da vontade de independência: *“Acho que, às vezes, eu fujo do serviço e vou brincar um pouquinho... a minha mãe vê que eu não tô ali e aí ela corre vem me pagar”*.

No cartão 7, ele disse: *“O dinossauro para ter espaço. Às vezes, o Fábio senta do meu lado e paga o meu espaço, e aí eu empurro ele. Na mesa, na hora de comer, ele coloca os cotovelos demais. Às vezes, de brincadeira, ele vem invadir meu território, e aí eu vou no dele e ele reclama. [O que tu fazes?] Eu falo para ele que ele me empurrou, aí a gente vai até lá na mãe resolver. Aí o Fábio fala que eu empurrei, e eu falo que ele me empurrou. Aí a mãe decide que a gente não pode mais brincar em algum lugar. A maioria das vezes, ela dá razão pra mim. [Pois é, quando acontece na escola de outros meninos quererem invadir o teu*

espaço, pedirem teu lanche sem tu teres vontade de dar, não tem a tua mãe para ir até lá resolver, não é mesmo?] *É, mas daí é só sair de perto ou dizer que eu não quero dar meu lanche!* [Ah sim, uma boa estratégia. Então, tu tens respondido que não quer dar o lanche!"]].

Depois, Paulo referiu a vontade de ter mais espaço para si. À semelhança do dinossauro, na aplicação original, relatou que seu irmão *“vem invadir meu território”*. A pesquisadora lembrou-se de suas fantasias iniciais na entrevista com Ronaldo, na qual sentiu que o menino tinha pouco espaço, ou melhor, quase não aparecia na sessão o que causou um significativo desconforto nela. Nesse cartão, ele comentou sobre o sentimento de ser invadido pela presença do irmão e, em um nível inconsciente, talvez pela presença da sua irmã mais velha, a quem chamava de princesinha e esperava sua mãe atendê-la sempre em primeiro lugar. Paulo ainda embalava seu irmão Fábio, acalmado-o e dizendo que Luciana teria prioridade nos cuidados maternos. Nesse sentido, pode-se pensar que *“o self verdadeiro, por sua vez, terá a sua continuidade existencial interrompida. Em seu lugar, o bebê se adapta ao meio, identificando-se com um aspecto do cuidado materno, que incorpora como parte de sua pessoa”* (Abadi, 1998, p. 144-5).

No cartão 8, Paulo falou sobre o relacionamento com a mãe, que parece que não tolera a *“bagunça”* e as desavenças dessa com a avó paterna. Paulo se identifica com a mãe e não se sente autorizado a demonstrar afeto pela avó, o que lhe causa confusão. Já no cartão 9, o menino apresentou dificuldade de se conectar com o conteúdo verbalizado na aplicação, procurando fazer uso da negação.

Por fim, no cartão 10, ficou evidente que, ao conectar-se com os impulsos agressivos, apareceu juntamente uma fantasia de dano do objeto: *“Já pensou se eu afundo o crânio dele!?”*.

Considerações sobre a aplicação do CAT-A no Pai, na Mãe e em Paulo

Cartão 1: Experiências na alimentação

No Cartão 1, os pais relataram a sua percepção sobre os sintomas de ansiedade do filho, no que se refere à alimentação:

Pai: “O Paulo, na hora de comer, é estranho. Ele tinha enjoos quando era pequeno para comer. Andou vomitando umas três ou quatro vezes em restaurantes diferentes. Quando não tem que sair, come quase o tempo todo”.

Mãe: “O almoço de segunda a sexta, eu já sirvo ele mais cedo. Não sei se ele tem medo de passar mal, sei lá! Final de semana, ele come super bem e, de noite, também não acontece isso”.

Quanto ao pai, pode-se observar a sua própria relação com a alimentação: *“Comer é sempre uma alegria, ainda mais para mim que sou um gordo viciado na comida. Eu tenho como se fosse uma compulsão, comida e sexo”*.

Paulo também teve a percepção de que seus sintomas de ansiedade estavam se manifestando em sua relação com a comida: *“Queriam comer logo... Se tiver massa com molho de carne e se coloca um prato na minha frente, eu acabo com tudo e até repito... Agora não me importa mais isso de ficar enjoado antes da escola”*.

Cartão 2: Vivência edípica e competitividade

A respeito desse tema, observou-se a influência das próprias vivências edípicas dos pais no exercício da parentalidade:

Pai- “Eu tenho que relacionar isso com ser pai do Paulo... é difícil isso aqui! Isso é uma disputa... seria... é difícil relacionar isso com ser pai...”

Mãe- “Ai, meu Deus. O que posso pensar? Divergências entre pai e mãe, e o filho do lado de um deles. Isso não tem lá em casa. Só divergência em religião. Não que dê atritos sobre isso”.

E como os pais percebiam a vivência edípica de Paulo?

Pai- “Eu não veria ele disputando nada!”

Mãe- “O Paulo gosta dos conceitos de ser Testemunha de Jeová. Ele tomou a atitude de dizer que não ia fazer nada de páscoa porque é Testemunha de Jeová”. Identificado com Ronaldo, seguiu o mesmo caminho na religião.

Criança- “Não tinha competição, não eles só estavam brincando”. *“Os garotos provocam o Fábio... e ele me chama para ter uma razão... para defender o Fábio, às vezes, eu bato; às vezes, não”*.

Pode-se dizer que Paulo sentia-se autorizado a usar a sua agressividade quando tinha a razão de defender seu irmão, tal como seu pai recomendara.

Cartão 3: Experiências com a figura de autoridade (paterna)

Em relação à experiência de Ronaldo enquanto pai, observou-se um sentimento de solidão quando os filhos estão longe. Ele traz as suas vivências enquanto filho e marido. Nesse contexto, ele falou sobre a relação que tem com sua mãe – *“ela fica triste porque eu não falo com ela”* – e com a esposa – *“a Aline (esposa) se afastou (da família de Ronaldo) para não ficar mais magoada”*. Ronaldo colocava-se em uma posição passiva diante das desavenças entre elas: *“Para mim, é uma fonte de tristeza terrível”*.

Por sua vez, observou-se que a mãe percebia a figura de autoridade como *“um velho cansado... com o rabinho entre as pernas esperando para morrer”* e, ao mesmo tempo, se identificava: *“É uma pessoa cansada... sou eu, com sono”*. Nota-se a presença de aspectos depressivos.

Paulo percebeu a figura de autoridade como frágil: *“Foi levantar, se apoiou na cadeira e aí ele caiu e morreu”*. Também ocorreram associações com aspectos depressivos da avó materna (uso abusivo de álcool e cigarro) e do pai: *“Cada vez que o meu pai vai feliz para lá (casa da avó paterna), ele volta todo triste, porque a mãe dele não queria que ele se casasse com a minha mãe”*.

Cartão 4: Experiências com a figura materna

O pai relatou a sua percepção sobre o papel da figura materna na família e, ao mesmo tempo, se identificou: *“Lá em casa, isso não acontece quase. Acabo eu fazendo isso, levando para dar uma volta ou indo no mercado”*. Também houve referência a sua experiência enquanto filho: *“Hoje em dia, tem filhos que convivem tão pouco com os pais”*.

Aline confirmou a percepção de Ronaldo quando referiu seu desejo: *“Como eu gostaria de fazer isso com os guris, um piquenique, não dá tempo de fazer nada, pegar um cinema, levar para o parque, levar o Paulo para a redenção, que era o pátio da minha casa, coisa que eu gostaria de ter feito e não faço”*.

Paulo associa que os momentos de relacionamento com a mãe, que poderiam ser de lazer, *“têm a ver a comida, comer, comer, comer, comer! Eu gosto de comer”*; *“Tavam se arrastando de tanto comer”*.

Cartão 8: Vivências em família

O pai apontou como percebeu a vivência edípica com os filhos: *“O Fábio fala que é marido da mãe. E o Paulo está saindo dessa fase de me enxergando como rival. Quando ele era pequeno, era o meu grude, depois ficou grude da mãe e, agora, está ficando mais normal. Tenho a impressão de que com o Paulo era mais forte; ele queria reproduzir beijos com a mãe”*.

Já a mãe associou o conteúdo do cartão a sua percepção sobre desentendimentos entre ela e a família de seu marido: *“A minha sogra e a minha cunhada falavam que eu não podia descascar uma banana para uma criança com um ano de idade. Imagina, coitado do Paulo”*.

Paulo falou sobre a sua percepção de que, para *“ser um bom menino”*, é preciso *“respeitar o pai e a mãe”* e não bagunçar; e, sobretudo, apoiar sua mãe quando esta discute com avó Jacira.

3.1.4 Como os Pais e a Criança Percebem e Sentem as Recomendações Terapêuticas

Entrevista de Devolução com os Pais

No momento da entrevista de devolução, puderam estar presente o pai e a mãe. A pesquisadora perguntou como sentiram Paulo durante o processo de avaliação e como ele está agora. A mãe referiu: *“Ele está mais respondão parece. Comigo, é só no berro para ele me obedecer. Eu tenho que falar umas quantas vezes para ele ir entrar no banho. Se deixo por ele, nada de banho; ele não quer. Aí eu entro e digo: ‘vamos andando com isso, tem vários para tomar banho’, e vou ajudando ele a se lavar”*. O pai relatou: *“Eu até que achei ele um pouco mais carinhoso comigo, mais para o meu lado, mas ela que fica mais com ele. Essas coisas de obedecer em casa, ela que sabe”*.

A mãe comentou que ela e Ronaldo estão falando muito e que vieram na devolução para ouvir o que a psicóloga tem a dizer sobre Paulo. Deste modo, a pesquisadora falou que Paulo é um menino querido e muito inteligente e explica aos pais o resultado do teste de inteligência. Referiu que, apesar da timidez relatada pelos pais, ele se vinculou bastante a pesquisadora e pode aproveitar esse processo de avaliação, fazendo um movimento de colocar algumas coisas que o estavam incomodando para fora. Nesse sentido, a psicóloga falou que o fato de ele estar mais *respondão* podia ser algo positivo. Significava que estava se impondo primeiro no ambiente familiar, para conseguir, então, fazer o mesmo quando não estivesse em casa.

No que dizia respeito ao banho, a pesquisadora trabalhou com os pais o fato de ele estar entrando na pré-adolescência, e sua sexualidade estar despertando e, nesse sentido, seria importante conversar com ele sobre ter o momento do banho sozinho. Perguntou o que eles observavam sobre a sexualidade de Paulo. O pai acha que ele ainda não despertou para esses assuntos, mas falou que é importante poder ter um diálogo com ele sobre isso. Ronaldo lembrou que não teve assistência de seu pai quanto a essas questões de sexualidade e que, talvez pelo fato de não ter tido um espaço de conversa, ele se atrapalhou com esse assunto de sexo. Relatou que fizera um uso excessivo da masturbação na adolescência, e que isso não foi legal. Acrescentou que, por isso, estava procurando sair mais com o Paulo para pracinhas, para passear, para criar um espaço de conversa entre eles.

A pesquisadora perguntou como é o acesso do Paulo a canais de televisão que tenham cenas de sexo e internet. Os pais responderam que limitam o uso dele para a internet e que tem horário para ele acessar. Porém, admitiram que não bloquearam certos endereços, e isso é possível de se fazer. A mãe referiu que ele entrava no *facebook* dela e que ele sabia mexer em

tudo. Acrescentou que eles deviam monitorar mais essa questão, mas pensava que ele não via sexo na internet. A pesquisadora relatou que, pelo conteúdo aparecido em avaliação, ele devia ter tido algum contato e que, por esse motivo, a atitude de monitorar o que ele assistia ou por onde navegava seria importante. Aline comentou: *“Quando a gente veio, tinha uma preocupação grande com a comida e, agora, a gente descobre outras coisas que temos que lidar, que é essa questão do sexo. Que bom que tu falou sobre isso com a gente; foi muito esclarecedor”*.

A pesquisadora perguntou aos pais como eles estavam observando a questão das refeições de Paulo, já que era uma queixa dos mesmos. A mãe referiu: *“Ele anda comendo um pouquinho mais, sim, antes de ir para a aula, mas ainda não é a mesma coisa que o final de semana”*. E o pai completou: *“Eu estava pensando, mesmo quando não tem aula, ele acorda tarde e não tem fome; pode ser o jeito dele. Tu [referindo-se à mãe] também não come de manhã”*. A mãe observou que diminuiu a dor de barriga que ele sentia antes de ir para a aula: *“Ele quase não se queixa mais de dor de barriga; isso melhorou bastante. Nessa escola, ele está gostando de ir. Eu acho que ajudou muito ele ter vindo aqui para os relacionamentos dele. Eu noto que, nessa escola, não está acontecendo essas coisas de bullying que ele passou ano passado”*.

A psicóloga referiu que Paulo sofreu muito ano passado com o *bullying*, e que isso ainda tinha repercussões no psiquismo dele. Um dos motivos pelos quais ele não se alimentava bem antes de ir para a escola era devido à ansiedade e ao medo que pudesse acontecer novamente aquele sofrimento. Trabalhou com os pais as questões relativas a Paulo no que se refere ao *bullying*. Explicou que ele é um menino introspectivo, tímido, como eles mencionaram, e que tem dificuldade de expressar seus sentimentos, como a raiva, por exemplo. O pai relatou que, às vezes, a agressividade era necessária. A pesquisadora concordou, dizendo que, se ele pudesse colocar a raiva, a agressividade para fora, se impor, talvez ele conseguisse se defender daqueles meninos que o maltrataram. No entanto, ele ficava muito ansioso. A psicóloga prosseguiu, referindo que essa ansiedade aparece de diversas formas, como no momento em que não conseguia fazer as refeições normalmente e naqueles momentos *“Monk”*, referidos pela mãe. *“Eu lembro que tu disseste, Aline, que ele é meio Monk; não tem TOC ainda, mas pode ser um forte candidato; e essas manias tipo Monk são também um sinal de ansiedade”*, explicou a pesquisadora.

Em seguida, o pai falou: *“Cada coisa que tu estás falando eu vejo que nele é igual a mim... Na escola, sempre foi tudo fácil. Eu também era bem inteligente como o Paulo, mas sofria antecipadamente, tinha dor de barriga porque comia demais por ansiedade. E essas coisas de colocar para fora, eu me identifico com o Paulo. Por isso que, hoje, eu faço terapia.*

Até hoje eu sou muito ansioso, fico nervoso no trânsito. Não quero que o Paulo fique igual a mim. Tu achas que ele precisa de terapia?'". A psicóloga respondeu que seria importante Paulo tratar essas questões sobre a ansiedade. Reforçou que ele é um menino muito inteligente e que tem recursos internos. Salientou que, durante o processo de avaliação, ele aproveitou muito e pode se beneficiar, demonstrando que ele tem potencial para prosseguir em um processo psicoterápico. Nesse sentido, Aline referiu: *"Eu percebi que ele gostou de vir aqui, eu achei que ele não iria se abrir, mas ele gostou e tu sabes que ele fez um beijo quando soube que não ia mais vir, ele realmente gostou de vir. Eu sempre falei para ele que eu adorava a minha terapia e acho que isso também pode ser um estímulo para ele continuar. Ele não poderia continuar contigo?'*". A pesquisadora retomou os objetivos da pesquisa e explicou sobre o encaminhamento para uma instituição que os acolheria conforme as suas necessidades. Os pais relataram que se sentiam aliviados e sabiam como uma psicoterapia poderia ajudar. Eles comentaram ainda sobre a depressão que a mãe está enfrentando.

Nesse aspecto, o pai relatou que, além de Aline tomar medicação para depressão, tem a mãe dele com depressão, e que esse fator genético o preocupava. Referiu: *"A minha mãe não chega perto do Paulo. Ela tem dificuldade de expressar carinho. Eu também não consigo me relacionar intimamente com ela. Eu vou mais lá por causa dos guris, para eles brincarem com os primos e não perderem o contato com a avó. Mas, quando eu vou lá, a Aline fica com uma cara...'*". Aline completa: *"Por mim, podia cair uma bomba naquela rua. Sabe, eu já sofri muito, fui muito humilhada e não quero mais passar por isso'*". Nesse momento, Aline se emocionou bastante. A pesquisadora disse que compreende todo o sofrimento de Aline e as dificuldades pelas quais passou e também entende que Ronaldo sofre com as desavenças entre sua mãe e sua esposa. Diante desse aspecto, trabalhou com os pais a possibilidade de Ronaldo respeitar o sentimento de Aline de não querer mais falar com sogra, e de Aline respeitar o fato de que, apesar de tudo, ela é mãe dele e avó dos meninos, e a única avó viva que eles têm. Seria importante para o Paulo ter um convívio mais próximo com a avó e com os primos. Mencionou ainda que, apesar de Paulo ter muitas coisas parecidas com Ronaldo e com Aline, ele tem a individualidade dele e poderá fazer seu próprio juízo de valor sobre a vida.

Por fim, a pesquisadora referiu que, além das questões de ansiedade que precisam ser tratadas em psicoterapia, existem outras questões também de cunho depressivo em Paulo que mereciam atenção. Os pais concordaram que ele devia se tratar. Então, ao final da sessão, foram realizadas as combinações referentes à entrevista devolutiva de Paulo, bem como às entrevistas finais de avaliação a serem realizadas no próprio consultório, com uma psicoterapeuta que não saberá informações sobre o caso. A função da mesma será coletar dados sobre como foi sentido o processo de psicodiagnóstico pelos pais e pela criança.

Pode-se observar que a sessão de devolução com os pais foi bastante importante. Foram trabalhados os aspectos positivos de Paulo e as questões que necessitam mais atenção. Nesse contexto, pode ser esclarecido que ele possui recursos cognitivos, sendo um menino muito inteligente, o que era uma dúvida de Aline. Outro sinal de saúde é o fato de a mãe ter observado que Paulo está mais “*respondão*” e que “*ele quase não se queixa mais de dor de barriga. Isso melhorou bastante. Nessa escola, ele está gostando de ir. Eu acho que ajudou muito ele ter vindo aqui, para os relacionamentos dele*”.

Quanto aos sintomas de ansiedade de Paulo, conforme observou-se no relato da sessão, foram esclarecidos alguns pontos com os pais. Chamou a atenção da pesquisadora o fato de Ronaldo ter se dado conta de que se identifica com Paulo: “*Eu vejo que ele é igual a mim*”, mas que seu filho tem suas próprias vontades: “*Pode ser o jeito dele*”. Ele ainda refletiu que, às vezes, a agressividade é necessária. A pesquisadora acredita que pode proporcionar um ambiente confiável para que os pais expressassem as suas ansiedades no que se refere ao filho: “*Quando a gente veio, tinha uma preocupação grande com a comida e, agora, a gente descobre outras coisas que temos que lidar, que é essa questão do sexo. Que bom que tu falou sobre isso com a gente; foi muito esclarecedor*”.

Esse contato parece ter proporcionado confiança, a ponto de Aline conseguir expressar-se de forma mais verdadeira, menos defensiva: “*Por mim, podia cair uma bomba naquela rua. Sabe, eu já sofri muito, fui muito humilhada e não quero mais passar por isso*”. Desta maneira, também puderam ser trabalhados os problemas familiares dos pais, que interferem nos sintomas de ansiedade do menino.

Entrevista de Devolução com Paulo

Paulo entrou no consultório ouvindo música, diferente das outras vezes. Quando a pesquisadora perguntou o que ele estava ouvindo, ele disse:

P: Estou ouvindo aquela música do filme *Velozes e Furiosos 3: Desafio em Tóquio*.

T: E como é?

P: Não sei cantar, mas eu gosto muito daquele filme, daqueles carros velozes, com Nitro. É muito legal.

T: É, são velozes e furiosos! E tu, durante o tempo em que veio aqui conversar comigo, também estavas bem furioso com algumas coisas.

P: Esses dias, na sala, o Ayrton me disse para eu ir sentar no meu lugar, porque eu estava andando na sala. E aí fiquei furioso com ele e mostrei duas vezes o dedo do meio e fiz assim com o braço. Eu dei um golpe duplo nele!

T: Ah, já estou percebendo que tu estás te defendendo, até fazendo golpe duplo!

P: É, eu fiquei com vontade de dar um soco nele, mas como não dava para dar soco, mandei ver esse golpe duplo!

T: Mandou bem, Paulo! Estou percebendo que tu estás podendo colocar para fora os teus sentimentos de raiva e de uma maneira legal e inteligente com esse golpe duplo. Tu sabes que hoje, como nós tínhamos conversado, é o nosso último dia, e eu estou pensando que tu fizeste progressos desde o primeiro dia em que nós conversamos. E como tu estás te sentindo?

P: Ah, eu gosto de vir aqui!

T: Pois é, acho que tu estás feliz por um lado, de estar mais forte, dando até golpe duplo e, por outro lado, estou percebendo que estás triste também de ter que dar tchau.

Nesse momento, conversou-se sobre a indicação de fazer psicoterapia com outra pessoa e seguir falando sobre as coisas que o incomodam. Paulo falou que achava legal ter uma caixa só para ele e poder falar segredos sem o pai e a mãe ficarem sabendo. Nesse sentido, foi abordada a questão da sexualidade, a entrada na adolescência e as mudanças corporais que podem angustiá-lo, e ele teria com quem falar sobre isso. Trabalhou-se também a possibilidade de ele voltar outro dia no consultório para realizar uma entrevista final com outra psicóloga para avaliação do período de psicodiagnóstico. A pesquisadora falou o nome dessa psicóloga e deixou claro que ela faria somente uma conversa com ele e que, para seguir em psicoterapia, seria em outro local, com outra pessoa. Paulo pareceu compreender bem tudo que foi explicado. Em seguida, referiu que tinha mais uma coisa para contar.

P: Sabe que, na Kombi, o Ayrton falou que é culpa minha o Fábio ficar dando empurrão nos outros, que o irmão dele não faz nada disso, que ele cuida bem. Ora, de que jeito ele vai cuidar de uma criança se ele não sabe nem se cuidar direito, vive no SOE levando bilhete? Ah, essa é boa. Eu disse isso para ele, e sabe que ele ficou bem quieto; nem me respondeu mais nada!

T: Nossa, Paulo! Tu disseste isso? Que legal! Acho que tu estás podendo dizer o que pensa sem ter tanto medo. Estou percebendo que tu estás mais corajoso.

P: Acho que sim! Usei a minha inteligência!

T: É mesmo! Eu te disse: tu és um menino muito inteligente! E acho que podemos pensar nessa história do Ayrton não saber cuidar do irmão... Vamos pensar que ele é irmão e não precisa cuidar como um pai cuida de um filho, não?

P: É, eu não fico mais em cima do Fábio. Se ele não quer colocar o cinto, problema é dele; eu vou bater cartinha.

T: É mesmo, tu podes aproveitar e te divertir, pois o Fábio tem pai; é o Ronaldo.

P: É o meu também!

T: É sim. Tu tens um pai e uma mãe que te cuidam. Sabe, Paulo, estou percebendo que tu estás podendo ser mais natural e falar e fazer o que pensas sem tanto medo. Acho que aquele *velozes e furiosos* que estava dentro de ti está podendo aparecer.

Foi trabalhado o término do processo de psicodiagnóstico e a passagem para a última entrevista de avaliação.

No início da sessão de devolução com Paulo, apareceu um elemento diferente: a música. O nome da música *Fast & Furious* (Velozes e Furiosos) se tornou um veículo de comunicação entre a pesquisadora e o paciente. Deste modo, puderam ser revelados aspectos do verdadeiro *self* do menino: “*Fiquei furioso com ele*”, “*com vontade de dar um soco, mas como não dava para dar soco, mostrei duas vezes o dedo do meio e fiz assim com o braço. Eu dei um golpe duplo nele*”. Assim, por meio de um ambiente suficientemente bom, confiável, Paulo pode ir ao encontro do que havia de primitivo dentro dele: seus impulsos agressivos. A integração desses aspectos na personalidade torna-se possível quando há segurança de que o objeto sobreviverá à destruição. Com isso, cria-se a externalidade que constitui o si-mesmo, como um eu separado do não-eu (Dias, 2000). Nesse contexto, há uma definição mais clara do que são as suas necessidades e as dos outros: “*Eu não fico mais em cima do Fábio. Se ele não quer colocar o cinto, problema é dele; eu vou bater cartinha*”.

Todavia, cabe destacar que esse movimento de Paulo é resultado do trabalho realizado ao longo das sessões, nas quais o menino pode formar um vínculo de confiança com a pesquisadora. Nesse sentido, é importante lembrar que, no início das sessões de avaliação, Aline mencionou que Paulo ainda fazia uso de um paninho para dormir (objeto transicional), que colocava embaixo do travesseiro. De acordo com Winnicott (1951/2000), o objeto transicional funciona como uma defesa contra a ansiedade depressiva (usado nos momentos de dormir ou quando sente solidão). O uso não saudável do objeto transicional pode acarretar uma fixação excessiva desse objeto, gerando, por exemplo, as adicções, o talismã dos rituais obsessivos, ou o objeto que acompanha as fobias. Quando ocorre esse uso indevido, o objeto não serve para elaborar a perda, mas sim para negá-la. Ocorrem fantasias de fusão, e o processo simbólico fica prejudicado (Abadi, 1998). “Se o *holding* falha, a abertura transicional fracassa e produz-se o apego patológico aos objetos que originalmente cumpriam a função de restabelecer o vínculo” (Abadi, 1998, P. 144-5).

É possível pensar que, a partir dos encontros terapêuticos, por meio de um contato verdadeiro com a pesquisadora, Paulo adquiriu confiança para se aproximar de experiências de um verdadeiro *self*. Ao se pensar na música como um conteúdo que fez parte da sessão de devolução, pode-se dizer que esta funcionou não somente como uma maneira de comunicação não-verbal, mas também como um elemento de penetração no espaço transicional. No

momento em que o indivíduo ouve uma música, também a cria. Isso acontece porque ela faz uma ponte entre o mundo interno (eu mais pessoal e intransferível) e o mundo externo (realidade compartilhada) (Bogomoletz, 1992). Conforme Winnicott (1951/2000), a área intermediária da experiência se mantém pela vida afora como o lugar das experiências no campo da arte, da religião, da imaginação e da música.

Conforme Bogomoletz (1992), à semelhança dos sons que o bebê costuma ouvir (respiração, batimentos cardíacos da mãe), a música também possui um ritmo. Logo, ao ouvi-la, é possível recriar “o clima do colo materno e ressurgem um sentimento de proteção e amparo – por oposição ao clima persecutório da separação e do desamparo” (p. 6). Desta maneira, ao iniciar a sessão de despedida ouvindo uma música, é possível que Paulo já estivesse procurando uma proteção ante a separação da pesquisadora. Ao utilizá-la no encontro com a criança, pode-se observar o simbolismo implícito. Sendo assim, “utilizá-la para estabelecer contato com esse eu interno, principalmente quando o mesmo se encontra oculto sob as defesas do falso *self*, é não só legítimo enquanto prática, mas legitimado teoricamente pela contribuição de Winnicott” (p. 6).

3.1.5 A “técnica da cabra-cega”¹⁵

Entrevista com Paulo

Paulo chegou aparentando estar bem tranquilo, quieto e arrumadinho. Transmitiu a impressão de que seria um momento agradável, pois se tratava de um menino educado. Todavia, foi preciso quebrar o gelo inicial, visto que não parecia que ele tomaria a iniciativa.

C- Quantos anos tu tens?

P- Nove anos.

C- E onde tu estudas?

P- No colégio M. A.

C- E do que tu gostavas de brincar aqui com a Vanessa?

P- De jogos.

C- E qual tu mais gostas? Quer pegar para jogarmos enquanto conversamos?

Paulo escolhe o “pega varetas”. Começamos o jogo, e ele fala espontaneamente: “O meu irmão é bem chatinho... ele brinca e bagunça, brinca e bagunça, brinca e bagunça. Só para quando a gente coloca ele para ver um filme!”

C- Ele é pequeno?

¹⁵ As entrevistas, bem como o relato das sessões, foram realizados pela terapeuta Clara

P- Só tem quatro anos! Ele teve pneumonia e não parava quieto; a minha irmã e a minha mãe também. Eu tive uma dor na cabeça duas vezes ao dia. Só o pai não pegou.

C- Tu também pegaste pneumonia. Todo mundo, menos o pai.

Paulo começa a me dar dicas de como se pega as varetas sem mexer.

C- E como foi aqui com a Vanessa?

P- Eu gostei da Vanessa. Além de não jogar os jogos.

C- Como assim, Paulo?

P- Eu só joguei uma vez com ela; o resto era só conversa. Só conversava. Fiz vários desenhos.

C- E tu achas que mudou alguma coisa neste tempo que vieste aqui?

P- Para falar a verdade, acho que sim.

C- E o que mudou?

P- Não sei. Só sei que eu estou sentindo que alguma coisa mudou. Quando eu vim pra cá, eu tinha que entregar o meu irmão na sala dele, e isso me deixava nervoso. Agora, ele está indo sozinho. Se eu não me engano, foi esse o problema.

Fico impressionada com a desenvoltura para falar de seus sentimentos e pensamentos.

C- Tu és sempre calmo assim?

P- É que eu sou mais na minha. O Fábio já não; ele não para. Agora o pai me deu um celular (Pega o celular e diz que tem músicas antigas). O meu pai gosta de músicas antigas que usam instrumentos musicais. Ele não gosta de *funk*, mas eu, de tanto ouvir na Kombi, eu gosto (Cantarola: “ela corre na areia da praia”). Eu tenho 31 músicas.

C- É mesmo? Tu podes colocar a música que mais gostas para ouvirmos.

P- Eu ia colocar a segunda que eu mais gosto (Nesse momento, coloca a música do grupo *Cypress Hill*, chamada “*Lowrider*”).

C- Esta é a primeira ou a segunda que tu mais gostas?

P- A segunda. Até que é bem legalzinha, bem de rock mesmo essa música. Ficou tão forte o rock que é *rush* (fez o movimento que está tocando bateria e dá uma risada, demonstrando estar feliz. Ao mesmo tempo, tirou a vareta sem mover). Olha a terceira! (Mostra a música do cantor *Gotye*, chamada “*Somebody that I used to know*”). A que eu mais gosto é essa! (Colocou a música “*Panamericano*”. Cantou o refrão todo contente: “*Pan pan anamericano!*”)

C- Tu te mudaste de país há pouco tempo?

P- Em 2010, eu me mudei para cá. Eu morava na rua tal e agora fui para (fala o nome da outra rua), lá no bairro tal.

Observação: Pareceu-me que Paulo morava em outro país, a partir da música “*Panamericano*” que ele cantou. Depois que ele esclareceu, pensei que poderiam ser bairros

bem diferentes, distantes, e que esta mudança devia ter mobilizado bastante, para me dar a impressão de mudança de país.

Ele continuou dançando a música e fazendo gesto de coreografia com as mãos: “*Pan pan americano!*”.

P- Eu gosto também da Música do *Need For Speed*. É do jogo *NFS Carbon*.

C- E o que é isso? É um jogo?

P- É um jogo de computador. Por isso, eu sou na minha. Eu gosto de sábado, de domingo, porque eu posso dormir bastante.

C- Tu sabes me dizer como é esse jogo? Qual é objetivo?

P- É polícia e cidade. Pelo que eu entendi, é uma história de uma corrida. Eu mesmo chamei as polícias no jogo, e eles não podiam pegar o Toyota azul. Só os chefões, porque foi eu que chamei, pelo que eu entendi. Eu mal sei, porque é em inglês. Eu corri pela cidade até pegar o BMW nas montanhas. É mais rápido do jogo. Daí eu tive que fugir de um *converse cross*. O mais interessante é que sempre tem uma BMW com motos e tudo!

Observação: Paulo é um menino tão simpático que nossos 20 minutos correram da mesma forma que o jogo. Fiquei com vontade de conversar mais com ele, ver suas mãos no ar fazendo coreografias. Ele me encantou tanto por seu jeito, como pelo modo sincero como se expressou.

Observações da pesquisadora sobre a técnica da cabra-cega realizada com Paulo

Na entrevista com Paulo, a terapeuta Clara percebeu algumas de suas características como ser “*tranquilo, quieto e educado*”, o que lhe deu uma impressão agradável. No entanto, a terapeuta sentiu um clima de passividade: “*Não parecia que tomaria a iniciativa*”, e iniciou algumas perguntas. No desenrolar do encontro, Paulo relatou que seus problemas estavam relacionados com seu irmão “*chatinho*”: “*Quando eu vim pra cá [para a avaliação], eu tinha que entregar o meu irmão na sala dele, e isso me deixava nervoso. Agora ele está indo sozinho. Se eu não me engano, foi esse o problema*”. De fato, foi trabalhada com Paulo e com seus pais a questão de ele não ter responsabilidade sobre o irmão, tal como Ronaldo havia solicitado. Contudo, parece que Paulo atribuiu a Fábio a responsabilidade da mudança que sentiu ter ocorrido: “*Agora, ele está indo sozinho*”.

Na sequência da sessão, Clara relatou que ficou “*impressionada com a desenvoltura para falar de seus sentimentos e pensamentos*” e questionou o menino: “*Tu és sempre calmo assim?*”. Além de se expressar bem, Paulo é realmente um menino muito inteligente, haja vista os resultados do teste R2. Estes aspectos, juntamente com o fato de Paulo ser um menino

educado, impressionaram a terapeuta: *“Ele me encanta tanto por seu jeito como pelo modo sincero como se expressa”*.

Winnicott (1960/1983) referiu que, quando se observa a presença de falso *self* e “uma tentativa por parte do indivíduo para resolver o problema pessoal pelo uso de um intelecto apurado, isso resulta um quadro clínico peculiar, que muito facilmente engana” (p. 132). É possível que esse tenha sido o motivo pelo qual Clara perguntou se Paulo havia se mudado de país: o sentimento de haver dois países pode simbolizar aspectos do verdadeiro e do falso *selves* do menino.

Acrescenta-se ainda que a terapeuta sentiu que deveria ter ocorrido uma mudança significativa o bastante, para ter mobilizado Paulo e causar a ela uma impressão de mudança de país. Nesse contexto, acredita-se que o processo de PI também causou mudança, pois pode proporcionar ao menino uma maior aproximação de aspectos mais íntimos e verdadeiros dele.

Entrevista de Clara com o Pai

Nesta primeira entrevista, somente o pai de Paulo compareceu. A mãe precisou ficar em casa com a irmã de Paulo. O pai mostrou-se muito simpático e expressivo como o filho. Já foi conversando. Perguntei o que ele achou de Paulo ter vindo aqui e da experiência como um todo para a família. Ele respondeu: *“Eu não sei como foi com ele. Com a gente, foram entrevistas e testes. Eu não sei a impressão da Vanessa sobre nós, mas temos problema de depressão na família por parte da minha mãe, e tem três pessoas que já tiraram a vida. Minha esposa também foi adotada quando era menina. Ela tem ansiedade, nervosismo, e aí surgiu essa oportunidade. Para nós, de uma maneira geral, foi bem útil. Eu não percebi piora nele. Eu achei que ele deu até umas melhoradinhos. Ele gostou de vir. Por ele ser muito inteligente, aproveitou bem, e a gente pode identificar, através do estudo aqui, os problemas em casa. A minha esposa tem dificuldade de levar uma vida saudável. Às vezes, ela está doente, de cama, e eu estou bem cansado”*.

Ele trabalha como taxista, para poder ajudar em casa sempre que é necessário, visto que a esposa passa períodos em depressão. Além disso, a filha mais velha mora com eles e apresenta a síndrome de Rett. Compreendi que eles possuem um espaço da casa reservado para a moça e que, muitas vezes, Paulo fica em casa responsável por ele, o irmãozinho e a irmã. Dessa forma, fica mais claro o “peso” que ele referiu de ter que levar o Fábio até a porta da sala de aula. Penso que é bem mais do que isso!

Neste momento, tive sentimentos contratransferenciais de pena por Paulo. Fiquei tocada por sua condição. Para completar meus sentimentos, na despedida de Vanessa, ele abaixou a cabeça, ficando em silêncio e triste, enlutado pelo término do processo com ela.

Entrevista de Clara com a Mãe

A mãe de Paulo veio especialmente para esta entrevista. Senti-me preocupada e culpada de ter que fazê-la vir, mas eles não conseguiram se organizar de outro modo devido às circunstâncias familiares com uma filha doente. Apesar de saber que eu não deveria me sentir culpada, de certo modo, me senti. Chamou-me a atenção a aparência da mãe, pela obesidade e pelo jeito. Pareceu não ter nenhum tempo para si, ao mesmo tempo em que evidenciou sinais de passar muito tempo na cama. Seu caminhar é alterado, deixando-me a impressão que ela respirava mal e que logo poderia cair. Era como se pisasse em ovos. No entanto, ela entrou na sala bem contente, sorrindo e expressou-se de forma muito simpática, como seu filho e marido.

Relatou que se preocupava em saber se Paulo tinha alguma coisa, referindo não querer deixar para o futuro: *“Não quero ter uma coisa ao alcance e não fazer pelo Paulo agora”*. Disse que Paulo gostou muito: *“Como eu e o pai dele estamos fazendo tratamento, ele gostou muito, porque ouvia falar. Estava ansioso para vir e, se ele queria vir, é porque era coisa boa. Ele ficou todo chateado quando soube que não ia continuar com a Vanessa”*.

“Eu achei que ela é super cabeça. Deixa a pessoa à vontade para falar. Não me importei de fazer as atividades. Aliás, eu adoro, e já disse para o meu psicólogo que não aceito alta! Vou ficar indo lá, ele vai ter que me aturar. Acho que foi isso: o Paulo nos ouviu falar de alta e, quando a Vanessa disse que não ia continuar, ele dizia: ‘mas eu já tô de alta!’”.

A mãe também informou algumas mudanças observadas em Paulo: *“O comportamento do Paulo está diferente; está mais respondão. É mais difícil, mas é bom, porque ele guarda muito tudo pra ele. E tem a questão da pré-adolescência, querendo botar as asinhas de fora”*. *“Eu gostei de ter feito e de ter descoberto que ele precisa realmente, e descobrir que meu marido se vê no Paulo, e que ele precisa trabalhar isso para a fase adulta”*.

Depois disso, a mãe de Paulo começou a dizer que precisava ir logo para casa, pois deixou as crianças dormindo sozinhas em casa, e que ainda precisava fazer uma cuca alemã, pois Paulo escolheu levá-la para um trabalho da escola. Comentou: *“Ele fez até convitezinhos escritos: ‘venham comer a deliciosa cuca alemã da minha mãe’. Agora vou ter que fazer, né?”*. Perguntei se ela sabia fazer cuca, e ela respondeu: *“Hoje em dia, tem tudo que é receita na internet. Vou dar um jeito, fazer um bolo-cuca!”*.

Neste momento, consegui me sentir melhor. Ela pareceu dar conta de tudo que tem a fazer e não está triste; pelo contrário, parece bem feliz. Isso pareceu mostrar que conhece

caminhos para soluções e superação. Este foi um tipo de contato pessoal daqueles que nos levam a agradecer pelos pequenos problemas “usuais” que temos. Nada perto da realidade de três filhos e uma com necessidades especiais, associada a uma situação socioeconômica de dificuldades.

Observações da pesquisadora sobre a técnica da cabra-cega realizada com os pais

Durante a entrevista com Ronaldo, Clara tomou conhecimento das informações sobre o contexto em que vive a família. Nesta ocasião, a terapeuta compreendeu “*o peso que ele (Paulo) referiu de ter que levar o irmão até a porta da sala de aula. Penso que é bem mais do que isso!*”. Pode ser que “*bem mais do que isso*” refira-se a um sofrimento mais profundo do menino. Assim, em contraste com o encantamento que sentiu na consulta com o menino, seus sentimentos contratransferenciais foram de pena de Paulo: “*Fiquei tocada por sua condição*”.

Na entrevista com Aline, Clara referiu que se sentiu “*preocupada e culpada de ter que fazê-la vir*”, “*eu não deveria me sentir culpada, mas de certo modo, me senti*”. Esse sentimento talvez tenha ocorrido pelo fato de Clara ter tido a informação de que, às vezes, Paulo fica sozinho em casa, responsável por seus irmãos. Cabe salientar que foi trabalhada com os pais a importância de os filhos não ficarem em casa sozinhos e que, no momento das consultas para a pesquisa, deveria haver um adulto responsável por eles. Apesar disso, no presente dia, os pais não conseguiram uma pessoa para ficar com as crianças e, mesmo assim, compareceram no encontro marcado.

Ainda chamou a atenção de Clara a obesidade de Aline, assim como seu caminhar alterado, causando na terapeuta a impressão de que “*ela respirava mal e que logo poderia cair*”. Estas são sensações muito primitivas, correspondentes às agonias impensáveis. Parece que Clara conectou-se ao que havia de nuclear na personalidade de Aline que, por sua vez, permanecia encoberto por sorrisos e uma maneira simpática para com os demais. Ao que tudo indica, Clara percebeu a capacidade de Aline de se adaptar (à custa de uma depressão que pode ser também “a morte” de partes do *self*) às situações, como disse: “*Vou dar um jeito, fazer um bolo-cuca!*”.

Clara entrou em contato com uma mãe que enfrenta muitos problemas no ambiente – “*três filhos e uma com necessidades especiais, associada à situação socioeconômica de dificuldades*” – juntamente com uma fragilidade do *self* que invadiu Clara. Talvez por esse motivo, a terapeuta aliviou-se ao saber que Aline iria “*dar um jeito*” de sobreviver, e mencionou: “*Neste momento, consigo me sentir melhor. Ela pareceu dar conta de tudo que tem a fazer e não está triste; pelo contrário, parece bem feliz* (à semelhança das sessões com a pesquisadora nas quais Aline fez uso de formação reativa). Pode-se pensar que Clara

experimentou sentimentos primitivos nessa consulta, e a surpresa desse encontro a fez refletir: *“Foi um tipo de contato pessoal daqueles que nos levam a agradecer pelos pequenos problemas usuais que temos”*.

A imersão nesse clima emocional propiciou que Clara pensasse que há *“caminhos para soluções e superação”*. Nesse contexto, Aline conseguiu perceber que o processo de psicodiagnóstico *“era coisa boa”*. Além disso, salientou que a sua psicoterapia e a do marido ajudam em seus problemas e pensou que talvez o futuro tratamento do filho – que *“ficou todo chateado quando soube que não ia continuar”* o psicodiagnóstico – também seja algo positivo.

3.1.6 A Etapa Final de Follow up

Após dois meses do encerramento do processo de psicodiagnóstico com Paulo, foi realizado um contato por telefone, no intuito de saber se o menino engajou-se no tratamento psicoterápico, conforme recomendação terapêutica feita pela pesquisadora.

Ronaldo atendeu ao telefone e informou que estava na fila de espera de uma instituição de psicoterapia para que Paulo fosse atendido gratuitamente, tal como ocorreu na pesquisa, devido as suas precárias condições financeiras. Ronaldo mencionou: *“Ele [Paulo] até me cobrou porque ainda não tinha ido para a terapia, mas eu disse para ele que a gente já estava na fila de espera, aguardando ser chamado”*.

Apesar de Paulo ainda não estar em atendimento psicoterápico, considera-se que o psicodiagnóstico teve um desfecho positivo, pois o pai referiu que está aguardando para ser atendido, e o menino demonstrou desejo/necessidade de ser compreendido/atendido.

3.1.7 Síntese do Caso

Ao que tudo indica, pode-se pensar que o ambiente, representado pelo pai, inicialmente, parecia não perceber sintomas de ansiedade do filho, somente os seus próprios sintomas. Todavia, foi ele quem procurou a avaliação apesar do forte incentivo da esposa. Ao longo do psicodiagnóstico interventivo, Ronaldo pode dar-se conta dos aspectos da sua personalidade “colocados” no próprio filho e com isso, puderam ser discriminadas as partes do *self* de cada um. A mãe, por sua vez, percebia o filho com aspectos mais regressivos. No entanto, em vários momentos também o sentia como se fosse “uma extensão”.

A pesquisadora, enquanto ambiente terapêutico pode “absorver” as diversas identificações projetivas, compreendê-las e trabalhar com os pais e a criança tais aspectos. Já o “ambiente Clara” conseguiu perceber e sentir os conflitos do menino num nível verbal e não verbal, corroborando as percepções e sentimentos da pesquisadora.

No que se refere ao Paulo, acredita-se que por meio do oferecimento de um ambiente acolhedor das suas ansiedades ele pode tornar-se “um pouco mais verdadeiro com ele mesmo”, pode vir à tona seus sentimentos agressivos sem que sofresse retaliação do ambiente.

Por fim, acredita-se que o psicodiagnóstico interventivo nesse caso foi terapêutico, pois pode auxiliar os pais e o menino a se darem conta dos seus problemas. Cabe destacar que há a necessidade do seguimento deste trabalho por meio do atendimento psicoterápico. Nesse sentido, a pesquisadora foi informada que Paulo estaria aguardando para iniciar seu tratamento.

3.2 Caso Fabiana

3.2.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade

No momento da avaliação psicológica, Fabiana tinha sete anos de idade e acabara de ingressar na 2ª série do ensino fundamental de uma escola particular de Porto Alegre. Quanto à escolaridade dos pais, o pai possui o segundo grau completo e trabalha como motorista de ônibus e a mãe tem o terceiro grau completo e é formada em Letras, mas no momento do psicodiagnóstico não estava trabalhando. A renda familiar, na época, girava em torno de três salários mínimos. A menina residia com seus pais Joaquim (34 anos) e Rosângela (30 anos) e seu irmão Gustavo (2 anos).

Cabe destacar que Rosângela procurou o serviço de avaliação psicológica de uma instituição de Porto Alegre devido ao fato de sua filha estar muito ansiosa e com atitudes imaturas para a idade. Deste modo, já no processo de triagem, Rosângela foi convidada a participar da presente pesquisa e seguir atendimento no consultório da pesquisadora. As principais queixas relatadas foram: falta de iniciativa para realizar os temas de casa necessitando da ajuda de sua mãe para concluí-los, frustração quando não realiza corretamente as tarefas escolares, “*ela se cobra muito*”, disse a mãe. Além disso, segundo o pai, quando alguma situação (seja em casa ou nas brincadeiras com amigos na escola) não acontece de acordo com o que ela gostaria, permanece “*emburrada, quieta, no seu canto*”. Os pais referiram também intensa ansiedade no momento das refeições “*ela quer comer muitas coisas ao mesmo tempo*”. É válido mencionar também que a menina realizou tratamento fonoaudiológico e teve alta, todavia, “*quando fica ansiosa ainda tem dificuldade em algumas palavras*”, disse a mãe.

Com base nos motivos manifestos de ansiedade relatados pelos pais, pode-se observar que Fabiana preenchia os critérios para participar da presente pesquisa. Além disso, no que se refere aos resultados dos questionários (CBCL e SCAS-PAIS) também foi confirmada a presença de sinais e sintomas de ansiedade. Deste modo, de acordo com o questionário CBCL na escala orientada pelo DSM-IV foi obtido escore em nível clínico para *Problemas de Ansiedade* (Escore *T* equivalente a 70 e percentil 97). Para a escala de ansiedade SCAS-PAIS foi obtido escore acima da média na subescala *Ansiedade de Separação* (Pontos=8, M=3.7, DP=2.9).

Tendo em vista a presença de sintomas de ansiedade em Fabiana torna-se importante avaliá-los à luz dos dados clínicos. Para tanto, foram selecionadas algumas informações importantes sobre o caso, bem como vinhetas clínicas para ilustrar os seguintes eixos estruturantes:

- Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança;
- Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos;
- Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas;
- A “técnica da cabra-cega”;
- A etapa final de *follow up*.

3.2.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança

Breve relato da história da criança

Durante a gravidez, Rosangela passou por momentos difíceis com o falecimento de três tios. Um deles, por parte de pai, faleceu num assalto. Já os outros dois tios eram irmãos de sua mãe. Um deles morreu de problemas do coração e outro de câncer quando Fabiana estava com seis meses de gestação. Apesar desse clima emocional, a mãe de Fabiana referiu que ocorreu tudo bem na sua gravidez e o parto foi normal durando cerca de doze horas.

Em seguida que nasceu Fabiana mamou no peito e essa conduta durou até os dois anos e dois meses. A menina caminhou por volta dos dez meses de idade e falou começou a falar com um ano e meio. De acordo com a mãe “*ela nunca foi um bebê chorão*”. Até completar um ano de idade todos os cuidados eram realizados pela mãe em tempo integral. Após esse período, Rosangela decidiu retomar seus estudos, deixando Fabiana sob os cuidados dos avós maternos durante o dia e, à noite, o pai a cuidava. Aos dois anos aconteceu o controle dos esfínteres e a menina ficou em casa até largar a fralda. Aos três anos e oito meses, ela ingressou na escola de educação infantil. Conforme Rosangela, o processo de adaptação foi

“um pouco complicado porque ela ficou constipada por uma semana”. Depois pareceu adaptar-se, no entanto, costumava ficar de mãos dadas com a professora e esse comportamento durou até o segundo bimestre. Apesar dessa conduta Fabiana sempre manifestou desejo de ir à escola. Inclusive, gostava das apresentações que lá ocorriam e reproduzia teatros em casa solicitando aplausos da família.

Por volta dos cinco anos, ela foi encaminhada para atendimento fonoaudiológico visto que trocava o “r” pelo “l”. Segundo a mãe, o tratamento *“ajudou a melhorar a fala da Fabiana, mas meu pai também ajudou muito nesse momento, conversava com ela. Ele é como um segundo pai para a minha filha, cuidou dela desde pequena porque a gente morava junto. Até quando ela foi para a creche de tarde ele seguiu cuidando dela de manhã”*.

Em agosto de 2011 o pai da Rosangela sofreu traumatismo craniano, com perda encefálica e afundamento de crânio. Ocorreu um acidente de trânsito, ou seja, houve uma briga no trânsito e um homem o feriu com uma barra de ferro, passando por uma cirurgia delicada. Em março de 2012 realizou outra cirurgia em decorrência do acidente e, meses depois, descobriu um câncer de próstata.

No início do processo de psicodiagnóstico, Rosangela informou que ela e seu marido adquiriram uma casa própria em 2012, de dois andares e alugavam a parte de baixo para o avô paterno de Fabiana. No entanto ele não pode mais arcar com as despesas e foi morar na parte superior da casa. Nesta parte, existiam somente dois quartos. A família resolveu que o pai de Joaquim dormiria em um cômodo enquanto no outro quarto ficariam Joaquim, Rosangela e os dois filhos.

Vinhetas clínicas das entrevistas realizadas com pais

A mãe

A seguir serão relatadas vinhetas clínicas de sessões realizadas com Rosangela no intuito de ilustrar a percepção e os sentimentos da mesma acerca dos sintomas de ansiedade da paciente.

Vinheta clínica 1

Na primeira sessão de avaliação a mãe relatou: *“A Fabiana gostou muito da professora e se adaptou bem às aulas nesse ano. Mas, continua querendo fazer as coisas muito rápido, por exemplo, fica ansiosa para ler e escrever, quer fazer tudo direitinho, bonito já na primeira vez e se frustra quando não consegue.”* Rosangela seguiu seu discurso reforçando que a filha é uma menina muito vulnerável, pois *“chora e fica muito ansiosa até mesmo quando quebra*

um copo, eu acho que ela fica com medo que a gente vai xingar, mas não costumamos fazer isso”.

Vinheta Clínica 2

Nesse encontro, a terapeuta percebeu a mãe muito ansiosa quando relatou que a cadelinha da família chamada “fofinha” fugiu na mesma época em que o avô paterno foi viajar. Rosângela disse: *“A Fabiana não é muito apegada nesse avô, mas no meu pai sim, ela até chama ele de segundo pai e quase sempre telefona para ele. Dessa vez ela falou para ele que ficou muito triste com o sumiço da fofinha, chorou muito, ficou inconsolável.”* Ao ser questionado sobre como lidaram com a situação, a mãe disse: *“Compramos logo um peixinho para amenizar a tristeza dela e não ficar mais pensando nisso”.* Rosângela comentou que não sabia ao certo porque a cadelinha fugiu e relacionou com o fato de que estavam de mudança. A parte da casa que estava alugada desocupou e o seu sogro iria morar nesse local.

Vinheta Clínica 3

A mãe iniciou o encontro dizendo: *“Tu nem sabe o que aconteceu, a fofinha voltou”.* *“Não comenta o que eu vou te dizer com o Joaquim, é segredo, ele não quer que tu saibas porque tem vergonha. O pai dele mesmo que levou a fofinha na viagem que fez para a praia e não avisou a gente, ficamos como loucos procurando. Sabe, acho que ele já deve ter alguma coisa afetada na cabeça, não é possível isso. Eu fiquei muito chateada por causa da Fabiana. Mas, não comenta com o Joaquim que ele tem vergonha disso. Graças a Deus que ela voltou, a Fabiana está feliz da vida.”*

Vinheta clínica 4

Ao ter referido sobre a cirurgia de adenoides da filha, Rosângela comentou:

R: Eu estava impotente, sabendo que ela precisava de mim e eu não podia ajudar, aí sai do controle da gente.

T: Como é isso?

R: A gente não pode controlar tudo, mas esse negócio de doença me desestabiliza e me deixa preocupada.

T: Alguma outra situação te deixou assim?

R: A operação do meu pai. A gente não podia fazer nada. Mas, graças a Deus agora ele está melhor. A Fabiana teve somente essa operação, ainda bem que nunca teve nada mais grave, a não ser quando precisava tomar antialérgico (para problemas respiratórios) desde pequena, mas nisso ela já melhorou bastante.

Aplicação do CAT-A na Mãe

Cabe ressaltar que para este caso e os demais que virão a seguir foram selecionados três cartões desse teste para ilustração, quais sejam: cartão 3 (relacionamento com figura paterna), cartão 4 (relacionamento com figura materna) e cartão 8 (relacionamento com a família).

Cartão 3

[Em relação à Fabiana isso?] “ *Isso aqui pra mim...ah, tá tão difícil... me vejo como uma leoa lutando para conseguir dar conta das coisas para ela, para defender ela de alguma coisa...apesar de que ele (se referindo ao leão) está sentado né? Não me vejo sentada!!!* [Tu disseste lutando para dar certo...para defender... o que?] *Para dar certo tudo que eu consiga fazer dela uma pessoa do bem, consiga passar valores para ela que eu acho importante, é isso, para formar a Fabiana uma pessoa do bem!*”

Cartão 4

“*Ai que amor! Eu até trouxe uma bolsinha para ela, a Fabiana adora andar de bici...essa figura sou eu, ela e o Gus...parece eu, onde eu vou eu vou com uma sacolada...levo alimentação, água, roupinha...e o Gus está aqui dentro, olha só...o Gus junto.*”

Cartão 8

“*Isso aqui me lembra muito em relação à nós, família, conversa, diálogo e também parece que ele está fazendo algum gesto para a criança, dizendo que não pode fazer alguma coisa...porque tem que falar não também... [Como é isso?] O não faz parte da vida, tem que saber aceitar as coisas e serve para reflexão, saber o que pode ou não fazer...faz parte da construção do ser humano.*”

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e não foi confirmada a presença de transtornos de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

O pai

Vinheta Clínica I

Joaquim mencionou os fatos que o preocupavam em relação à filha: *“Fabiana é ansiosa para comer, tudo ela quer, por ansiedade. O ciúme que ela tem do irmão quando está mamando me preocupa... minha esposa diz para Fabiana que ela também mamou na teta quando era pequena, assim como o irmão, mas parece que ela fica emburrada mesmo assim”*. Referiu ainda que *“no momento o que mais me preocupa é o acompanhamento da doença do avô dela, o pai da Rosângela, que vai muito tempo para o hospital em função do câncer de próstata.”*

Vinheta Clínica 2

Em relação ao seu pai, Joaquim queixa-se de estar incomodado com a situação dele estar morando junto com a sua família. *“Não que isso tenha muito problema, mas por causa do meu pai a gente está dormindo todo mundo no mesmo quarto, fica muito apertado. A Fabiana fica sem um quarto para ela com os brinquedos dela. Mas tenho medo que o meu pai fique sozinho, pois aos 68 anos ele já repete várias coisas que já tinha falado antes... não sei se ele não tem alguma doença de memória. De memória eu não sei mesmo, mas de fala ele sempre teve problema. Eu acho que eu puxei ele nisso. Quando eu era pequeno eu falava como o cebolinha, o meu pai também e a Fabiana também falava assim. Agora que ela melhorou um pouco, mas a gente nota quando ela está nervosa que gagueja um pouco. O que me ajudou na fala foi a música.”* Joaquim comentou que é músico, toca violão, teclado e gravou algumas músicas no estúdio. Referiu que a Fabiana também gosta de gravar e cantar.

Vinheta Clínica 3

Joaquim referiu algumas características suas que julga ser parecido com a filha: *“Ela tem dificuldades na fala assim como eu a voz dela é parecida, a altura. Ela também não é de briga, ela responde, mas não é de briga.”* O pai também comentou uma situação difícil pela qual Fabiana passou. Comenta que com 1 ano e um mês foi para o hospital com a filha que havia se queimado. *“Ela estava na casa da minha sogra e se queimou com água quente do chimarrão. Eu saí chorando com ela nos braços... ver um filho no hospital é uma coisa muito difícil! Sabe, ainda bem que não foi nada grave, mas mesmo assim foi uma situação bem angustiante para mim.”* Relatou que essa situação também aconteceu com ele quando era bebê. Aos 9 meses sofreu um acidente no qual sua avó derramou água fervendo no rosto pois derrubou uma panela.

Vinheta Clínica 4

O pai disse: “a Fabiana é a única guriuzinha da família! A Fabiana é até calma demais. Faltou mais amigos da idade dela uma menina, por exemplo. Eu vejo pelo meu filho, o Gu, que tem os primos...a criação é diferente por ter mais criança junto. A Fabiana brinca mais quando vai no colégio ou quando vai no meu sogro que tem as vizinhas. Mas, mesmo assim ela começou a brincar depois dos 5, 6 anos, porque antes a gente não deixava ela ir sozinha na casa dos vizinhos, ela era muito pequena.”

Aplicação do CAT-A no Pai

Cartão 3

“Essa aqui vamos dizer que é um pai pensando nos problemas da família. Leão, um macho alpha! Só a diferença é o cachimbo que eu não fumo. [Ele estava pensando em que problema?] Nos problemas do cotidiano, nas contas pra pagar, nas coisas para resolver no dia a dia, trabalhar, fazer compras. O ser humano passa 1/3 da vida dormindo e o outro 1/3 trabalhando e temos pouco tempo de lazer praticamente. Quem não tem filho é mais fácil. Se não dá certo o casamento vai se separar, mas se tem filho para o resto da vida vai ver aquela pessoa. [E vocês, pensaram em se separar?] Sempre tem a crise dos 7 anos depois que tem filhos. Eu e a Rosângela casamos, tudo direitinho e hoje em dia a gurizada não pensa mais nos filhos. Eu fui criado num meio que eu sempre quis casar e ter filhos. Hoje em dia os homens não querem mais. Eu não gostava de sair de noite. Sempre fui mais quieto mesmo. [Mas, tu já pensaste assim como tu disseste dos homens de hoje?] Todo casal tem a sua briguinha, mas nunca pensei em separar da Rosângela. Claro que quando tem filhos a criança fica para a mãe e o marido fica de lado. Mas, tem que pensar que é uma fase. Como a gente é um casal jovem é assim mesmo!!! É o primeiro filho que é só assim, depois acostuma, a tua cabeça como pai vai amadurecendo. No nosso caso foi tudo planejado as gestações, a gente queria os filhos. As brigas acontecem, mas é de vez em quando, tipo sem se falar um ou dois dias, depois passa. Mas, eu estou com a Rosângela porque eu escolhi isso para mim, é diferente do caso da minha mãe que ficou com meu pai por 25 anos por causa dos filhos. Eu e a Rosângela estamos bem, confiamos um no outro.”

Cartão 4

“Bá é a família indo passear...vou ser bem sincero, nós pouco passeamos juntos. O tempo para mim e para a Rosângela é difícil, a gente vai muito no meu sogro. Agora, para passear tipo como estou vendo aqui para ir longe não vamos. De vez em quando vamos numa praça perto da casa do meu sogro. Como eu trabalho com transporte tenho poucos dias para folgar. A última vez que eu folguei 4 dias a gente foi para a praia e a Fabiana tinha quase 3

anos de idade. O tempo, o trabalho é puxado, é complicado, tem que seguir a vida, correr atrás! Por isso, tem aquela piada...tu preferia casar ou matar uma pessoa? Seu eu matasse já estava solto, continuo preso! Brincadeira, isso é o que eu escolhi para mim. Quando tu pede em namoro muda toda a tua vida! Se a pessoa é solteira tem coisas melhores, roupas melhores, depois que tem família tem que correr atrás das necessidades.”

Cartão 8

“ ...esse é complicado!!!os familiares em geral em volta, os parentes...uma reunião de final de semana, visitas, está parecendo mais na casa da avó. Não tem muito a ver essa foto aqui!!! É a família reunida! Isso. [Lembra vocês?] Lembra muito. Até porque tem um pequeno e tem muita criança na nossa família. [E como são os momentos?] São bons, não dá pra reclamar! Até domingo fomos na madrinha da Rosângela. Meu sogro é do interior e tem 14 irmãos, moram todos por aí. E de vez em quando nós vamos visitar o pessoal. Eu sou de POA e eles do interior estão acostumados com muita abundância de comida. Curioso é que eu e a Rosângela quando nos conhecemos trabalhamos juntos no mercado e eu perguntei onde ela morava...tinha medo que ela morasse longe, como a maioria das meninas do mercado, porque aí não dava certo...mas, ela não me respondeu onde morava, depois de 2 dias que foi me dizer que morava bem pertinho de mim. Tinha medo que morasse longe porque o acesso é difícil. Ela tinha vindo do interior e já estava morando aqui fazia 5 anos. Nosso casamento foi uma festa bem bonita, no CTG, só que ao mesmo tempo tinham marcado um aniversário de 1 aninho. No final, dividimos o salão e deu tudo certo, tinha até banda de música e o pessoal do aniversário veio dançar no nosso casamento, estava bem legal.”

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e não foi confirmada a presença de transtornos de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação a Paulo nos Primeiros Encontros

Diante do material apresentado, cabe ressaltar que a pesquisadora percebeu Rosângela como uma mãe que protegia muito a Fabiana e manteve um vínculo simbiótico com a menina. Talvez por essa razão, ela não consiga perceber as reais dificuldades emocionais da filha. A pesquisadora pensa que por esse motivo, talvez, inicialmente, tenha atribuído os problemas de Fabiana “somente aos problemas de fala”, como uma forma de identificação com Rosângela.

Porém, ao longo das sessões a terapeuta percebeu a dificuldade da mãe em se colocar e se diferenciar tanto da Fabiana quanto do filho menor.

Esteve presente uma ansiedade separação, expressa pelo medo de morte dos entes queridos.

Joaquim, por sua vez, causou a impressão de ser um bom pai, mas ao mesmo tempo dependente da esposa. Até para marcar as sessões que eram com ele próprio pedia a pesquisadora que entrasse em contato com sua esposa para marcar. Tal aspecto fica claro nas respostas ao CAT-A nas quais referiu que tinha medo de se relacionar com Rosângela por não saber se a mesma também residia em Porto Alegre.

3.2.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos

Vinheta Clínica 1

Referente à primeira sessão de hora de jogo, a menina prontamente respondeu que sabia que a pesquisadora era uma psicóloga. No entanto, disse que estava ali para fazer exercícios para saber falar melhor. Foram trabalhadas as diferenças entre psicóloga e fonoaudióloga. E, em seguida, a pesquisadora comentou que compreendia que talvez ela estivesse querendo conversar sobre os problemas em relação à fala a incomodavam. Fabiana fez sinal positivo com a cabeça e em seguida pediu para ver os brinquedos e a caixa.

F: Quero brincar de mamãe e filhinha. Eu era a mamãe e tinha esse bebê aqui que eu vou colocar no carrinho e empurrar. Tu era a outra filha. Tu fica aí que agora ele precisa tomar o mamá e eu não posso falar contigo.

A pesquisadora conversou com a menina sobre o quanto aquela situação na brincadeira poderia ser parecida com a sua vida. Ela precisava aguardar enquanto sua mãe atendia o seu irmão. Foi dito que ela poderia se sentir chateada com essa situação. A brincadeira aconteceu em torno desse tema e, logo em seguida, Fabiana quis desenhar.

F: vou fazer uma cartinha pra ti, um presente pra ti. No papel, a menina escreveu seu nome e também “eu te amo” em toda folha. Após, confeccionou um envelope para guardar a carta, com vários corações envoltos. Depois, pediu para que a pesquisadora fizesse um presente para ela. Foi feito um coração vermelho e a pedido da menina, colocado também dentro de um envelope. Então, Fabiana resolveu fazer outro desenho que continha duas meninas, a Fabiana e a terapeuta. Logo em seguida a menina solicitou um durex e disse que precisava colar na parede para enfeitar a sala. Nesse momento, foi retomado o contrato terapêutico e as questões de sigilo. Ela resolveu então colar uma ponta contra a outra, já que tinha envolvido durex no desenho.

Vinheta Clínica 2

F: Quero brincar de médico. Eu era a médica e tu ia operar a garganta.

Durante a brincadeira foi perguntado a Fabiana sobre a cirurgia de adenoides realizada em 2012. Nesse contexto, ela exclamou: *“Meu coração batia muito, muito, forte, só que eu dormi e não vi nada, mas quando eu acordei doeu muito!”*.

Vinheta Clínica 3

F: Vamos brincar de professora. Eu sou a professora e a gente tem que jogar esse dado aqui. Eu vou escolher quais são os números que ganha e qual o que perde. Deixa eu ver, se cair o 2, 5 e 6 para cima a pessoa jogou ganha.

T: ok, combinado!

F: Ah, o prêmio para quem ganhar são esses livrinhos aqui. Vamos jogar. Eu primeiro. Ganhei!

Quando ganhou, escolheu ler o “patinho feio”. A pesquisadora conversou com Fabiana sobre a estória do patinho e questionou-a se também já havia se sentido como o patinho da estória. Ela relatou *“eu também fico triste igual ao pato quando as pessoas brincam mais com o Gustavo”*. Ao seguir o jogo Fabiana decidiu que o prêmio mudaria:

F: Já sei agora quem ganhar o jogo vai visitar a casa da outra.

Nesse sentido, houve a necessidade de trabalhar a sua vontade estar mais próxima da pesquisadora e com isso atenção de que necessita e ser compreendida.

Aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias

Desenho 1

“Tenho que fazer com capricho o desenho, vai demorar um pouco! Sabia que o meu avô Lauro (materno) está junto aqui, ele veio me buscar. Quero borracha para apagar aqui que ficou grande a cabeça, eu preciso muito de borracha. O teu cabelo é marrom? O meu também é! Marrom, achei! Tem outras salas aqui no prédio? [Por que?] Porque eu queria saber! Ouviu um barulho da sala ao lado. Tem quantas salas aqui nesse prédio, umas mil? [Por que tu queres saber?] Porque eu nunca mais vim nesse prédio! Ai meu braço...tem que terminar de fazer! Está quase pronto, só falta o coração, o sol...cansei de apagar...eu quero fazer bem bonito! Posso pegar canetinha? Eu preciso muito! Eu tenho que fazer uns coração para ficar bem lindo. Eu acho que a minha mãe está quase dormindo lá. [Por que?] Porque é tão bom ali. Está lindo? Escreve teu nome aqui. Qual é teu nome mesmo? O nome todo! Pediu para a pesquisadora escrever seu nome completo e o número de telefone. Depois pediu

para ir ao banheiro. Ao retornar, foi solicitado que contasse uma estória sobre o desenho. Relatou: *A gente ia num parque que era longe e a gente não queria ir de ônibus. Então, alguém nos levou e fim para sempre. [Quem levou no parque?] Não sei, não sei, não quero mais falar dessa estória.*”

Desenho 2

Fabiana escreveu algumas palavras e colocou um desenho ao lado de cada uma. Solicitou que a pesquisadora adivinhasse as palavras sem poder visualizar o desenho. Desta maneira, a terapeuta precisou pedir algumas “pistas” para a menina. Fabiana então combinou que iria dizer a primeira letra de cada palavra. As palavras escolhidas foram: para, Vanessa, Fabiana e mala. Ao solicitar que a menina contasse uma estória sobre tais desenhos, ela respondeu: *“Coloquei os nossos nomes porque a gente ia viajar para um parque e por isso coloquei mala também. A gente ia viajar, brincar e seria bem legal. Tu sabia que eu queria vir ontem aqui. Eu passei por aqui ontem e quando vim da escola e queria trazer os meus colegas para vir aqui. [Por que?] Para te conhecer, anota aí quem eu ia trazer: a Carol, Rafael, Joana, Eduarda, Letícia, Alex, Thomas, Tiago, Gustavo, Joaquim, Ana, Priscila, Júlia, Lauren, Regina e Fabiana (eu). Aí vinha todo mundo, todo dia!”* [Eu penso que tu gostas de vir aqui e gostaria de vir todos os dias como acontece na escola] Foi trabalhado o quanto aquele espaço é importante para ela brincar, conversar, contar seus segredos, como quando disse que estava apaixonada pelo Jair da sua escola.

Desenho 3

“Nós estava indo para casa e aí alguém mostrou o coração para nós. Não sei quem era essa pessoa. E nós entramos em casa, fechamos as portas e as janelas e fim para sempre. O título era: casa Fabiana e Vanessa.” Quando a pesquisadora tentou inquiri-la sobre o desenho, Fabiana disse não ter vontade de falar sobre a estória.

Desenho 4

Neste, Fabiana repetiu o que havia feito anteriormente, escrevia, desenhava e a pesquisadora precisava adivinhar. Disse: *“Mas, agora é de adivinhar o nome de pessoas. Vou te dizer a primeira letra de cada nome e tu adivinha”*. As palavras foram: Rosângela, Fabiana, Vanessa, Joaquim e mala. Ao solicitar que contasse uma estória sobre isso, Fabiana falou que gostaria de fazer outro desenho e que depois contaria uma estória. Disse que agora as palavras seriam muito difíceis (palavras: casa, mola, nomes). Ao terminar, Fabiana relatou que não queria

contar nenhuma estória, falou que queria grampear todos os desenhos e fazer um livro com isso.

Ao terminar, foi conversado sobre as palavras que ela escreveu no desenho, sobre os nomes. Ela colocou toda a sua família, inclusive a pesquisadora. Acrescentou a mala, quem sabe para todos viajarem, com exceção do seu irmão. A terapeuta referiu que poderia não querer levá-lo, talvez por ciúme, ao que Fabiana responde que sim com a cabeça.

CAT-A: resposta a aplicação original e ao modo interventivo

É válido informar que foram selecionados somente alguns cartões que melhor ilustraram o caso.

Cartão 1

Original

“O pássaro quer brincar com outro amigo. Mas, ele quer brincar de corda. Ele tem que saber brincar. O nome dele é Joaquim . E o outro é Fabiano. E o outro é Rosangela. Agora outra estória! [Quem quer brincar?] A mamãe ia ensinar os filhos a pular corda, mas eles não gostam de pular porque pulavam assim (demonstrou) e aí eles caiam. [E como termina a estória?] Eles caiam e pronto! Assim! Aqui a Rosangela a mamãe, o Joaquim o pai e o Fabiano o filho.”

Interventivo

“Tem a ver que não pode ficar torto e aí, a Fabiana, que sou eu, meu pai, minha mãe e meu mano, eles me ajudam a saber ler que eu não consigo, mas hoje na aula eu consegui ler tudo. [Eu penso que assim como a mamãe ia ensinar os filhos a pular corda, mas eles não sabiam, não queriam, tu também, as vezes não consegue fazer os trabalhos como a tua mãe faz, tu achas que fica torto, que não consegue fazer e fica chateada com isso]. Eu apago e faço de novo, eu apago e faço tudo de novo. Quando eu faço letra errada eu sinto uma coisa que a professora Cris, quando ela escreve no quadro, eu sinto o coração batendo, batendo, eu fico nervosa”. Fabiana encenou a situação do quadro com a professora e continuou dizendo: “eu fico nervosa que eu faço tudo errado, bate, bate o meu coração até eu ficar tonta. A professora faz um monte de coração quando a gente acerta e quando erra escreve errado e coloca umas estrelinhas e eu fico muito nervosa quando ela escreve no quadro”. A pesquisadora conversou sobre o nervosismo dela, sobre o quanto ela fica ansiosa querendo acertar tudo e como isso atrapalha a vida dela, que bate o coração, fica nervosa, tonta. E

Fabiana foi se acalmando. Parecia sentir-se aliviada ao falar sobre isso.

Cartão 2

Original

“Que é isso! O lobo queria brincar com o papai de guerra e o filhinho também. Os nomes é Joaquim Pedro, papai é o Fabiano e o filhinho é Bruno. Eles queriam brincar de corda de guerra e eles queriam puxar tanto para arrebentar a corda. Eles queriam brincar de pular e eles não queriam fazer nada. O filhinho queria fazer outra parte porque não deu para ele pular, arrebentou a corda. O Fabiano começou a chorar que arrebentou a corda e os filhos também. [Porque arrebentou?] Porque eles puxaram demais e começou a sair um pedaço e bater um no outro e eles começaram a chorar muito e ficaram muito brabos. [E como termina?] Assim como eu disse.”

Interventivo

“Essa corda que arrebentava. O Fabiano batia muito e puxou, puxaram até arrebentar e aí foram comprar outra e deu obrigada! [Penso que como essa corda que puxam para um lado, puxam para outro, tu também te sentes puxada, parece que tu vais arrebentar também, como aconteceu com a corda, será?] Eu choro muito, parece que está escorregando a minha cara, minha mãe não tem dinheiro para comprar corda cada vez que eu arrebentar. Quando eu choro, parece que está nos pés, escorrendo a lágrima! Eu peço uma caneta e eu pisei até quebrar e a minha mãe não tem dinheiro para comprar outra caneta. Posso ir no banheiro? Ao voltar do banheiro falei como ela se sentia preocupada e nervosa que sentia que a mãe não tinha como ajudá-la. E ela disse: “Meu pai tem que trabalhar. Aí hoje a minha mãe tava sem dinheiro para comprar um sorvete pra mim. Obrigado. [Tu ficas realmente preocupada com a tua mãe, teu pai, que eles não tenham como te ajudar nas tuas necessidades] Ela balançou a cabeça fazendo um sinal positivo. [E quando tu disseste obrigada parece que por um lado sentes um alívio e por outro não queres mais falar sobre isso... acho que tu ficas preocupada com o que possa acontecer com a tua família] Eu fico preocupada com a mãe que pode bater um carro, pode machucar, bater, amassar, meu pai também pode se machucar. Eu choro quando o portão tá aberto que pode bater o carro, fico com medo que o meu irmão morre, que a minha mãe liga que o meu pai se machucou. [Tu tens medo que as pessoas se machuquem, que morram] Sim! Pois é, as vezes as pessoas sentem uma raiva, como quando tu pisaste na caneta até quebrar, e se sentem culpadas por sentir raiva, ficam com medo que possa acontecer alguma coisa...as vezes tu sentes raiva do teu irmão e aí sente medo que ele morra por causa da raiva... é isso, tá certo, acertou!”

Cartão 3

Original

“O lobo queria sentar no sofá e ele tinha um pau para quebrar todo mundo. Ele sentava, sentava, até parar de bater nos outros. Ele queria fazer um teste para comer todos os lobos para ele não fazer mais isso. [Porque ele queria quebrar todo mundo?] Para os lobos não comerem mais ele. [Ele quem?] O leão. [E para que era o teste?] Um teste para não bater mais nos lobos. O nome dele chamava Luciano e ele queria quebrar todo mundo. [Quem?] Quería quebrar o Bruno, a Brini, a Fabiana, o Fabiano, a Kátia e a Vanessa.”

Interventivo

“O leão estava brabo que não parava de bater o coração dele, até parar! Ele achou que a cachorra preta tava do meu lado a fofinha...é uma cachorra, menina. Sabe a fofinha? A minha cachorra, ela fugiu mesmo, mas estava com o meu avô. [Lembro que tu falaste que ficou muito triste quando ela tinha fugido e depois a tua família descobriu que ela estava com o teu avô na praia] É isso mesmo! [Puxa, parece que assim como o leão-lobo da estória que foi mau, tu sentiu teu avô assim também] Ele é mau ainda! [Por que?] Ele é o pai do meu pai, sabe. Um dia ele colocou todas as coisas para baixo, até o fogão, e a gente ficou sem o fogão e aí a gente foi lá na avó. Aí um dia a dinda deu o fogão, a irmã do meu pai, a dinda Gabi. [Parece que tu sentiste que não foi legal isso que aconteceu com a tua família e ficaste preocupada, achando que o teu avô foi mau quando levou a bolinha para a praia, quando deixou vocês sem fogão] é, acertou!!!”

Cartão 4

Original

“Tem rato e cachorro. O pulo, pulo, queria ir na casa da vovó. E o gato queria andar de bici com ele e ele não deixou porque era muito longe e ia furar o pneu porque tinha muita faca e pedras no mapa dele que furava todo pneu dele. Ele pulava, pulava, até machucar...ele pulou numa faca. [Quem era o pulo, pulo?] O gato, cachorro, era a mesma coisa! [Como ele se sentiu?] Pulou numa faca, desmaiou e ficou doente, chamaram a ambulância para saber o que tinha acontecido com ele. [E o que aconteceu?] Ele pisou numa faca, machucou e morreu. [Como estava?] Eles morreram todos, eles eram bichos que machucaram o pé. [O que eles eram um do outro?] Amigos.”

Interventivo

“O rato é o último e o gato grande morreu porque tava pulando e os outros se sentiram tristes, obrigado! [Como assim, me explica] Ele se sentiu como mau criado, desmaiou, ficou doente e morreu! Ele queria ir, mas não conseguia porque tinha muita pedra, faca, tapete, espinho. [Por que ele era mau criado?] Porque a mãe dele não tinha deixado ele ir e ele foi. [E o que disse tudo pode ter parecido contigo?] Ele não respeitava porque não era muito gentil e fim, obrigada! [Acho que quando tu falas obrigada queres terminar de falar] É mesmo...às vezes eu não respeito, a minha mãe pede alguma coisa e eu fico olhando os Backyardigans e os carros e nem bola para ela! O meu mano que adora os Back. Posso ir no banheiro? [Falei que quem sabe aquele assunto a deixou nervosa para ir ao banheiro. Ao voltar do banheiro perguntei se ela achava que poderia acontecer alguma coisa se desobedecesse a mãe]. Ela falou: “Às vezes sinto dor de barriga e o cocô fica duro quando fico nervosa”.

Cartão 5

Original

“Tem uma casa, com berço, com cama, com luz e com janela. E eles moravam lá e o nenê chamava Fabiana. A mãe chamava Vanessa. Aí eles botaram o nenê na caminha e essa parte aqui (apontou para a cama) caiu e o bebê caiu e machucou o braço. [E como o bebê se sentiu?] Sentiu mal, vomitou tudo e tinham que limpar tudo e ele morreu. [Por que?] Porque quem machuca muito dói. A mãe se sentiu chorando, chorando muito e começou a desmaiar.”

Interventivo

“De noite, imagina que eu quero ir no banheiro de noite, o Gustavo dorme embaixo e eu em cima, e eu me mexo muito e ele pode acordar...mas ontem eu chamei o meu pai porque eu vi uma bruxa na janela da minha cama, aí eu ficava tremendo de medo no quarto e a mãe e o pai não estavam, só o mano. Aí que linda a tua sapatilha, eu também tenho uma assim! [Que medo que tu deves ter sentido] Ontem eu vi a bruxa, ela apareceu na janela de novo. Eu acordei o Gustavo ligeiro, peguei ele no colo e fui lá na cama da minha mãe. E aí meu pai mandou a bruxa embora. Ele disse sai, sai bruxa! Mas até eu dormir de novo fiquei na cama da minha mãe. [O que tu fazes para espantar a bruxa?] Meu mano tem medo. Mas agora eu vou pegar um pau e ir na janela e mandar ela ir embora, como meu pai fez! [Que medo essa bruxa...tu tens medo de morrer?] Quase sempre eu tenho medo de morrer sim, meu coração bate forte e eu sinto morta, no hospital. Tu já esteve em hospital? Eu só ficava com a boca aberta, tinha que ir lá no médico, tirar a roupa, colocar aqueles outras roupas. Aí eu ia fazer

a cirurgia no nariz e eu sentei e dormi. Agora eu sinto a boca fechada. Eu chorei muito, senti mal e a minha mãe estava quase desmaiando...Isso é um segredo porque é muito triste isso. Ainda bem que eu dormi porque doeu muito! O meu avô também foi para o hospital porque estava doente, mas agora já está bom.”

Cartão 7

Original

“O nome da estória é Leão cara de pão. Ele fez uma viagem que é lá em Arópolis e depois o Leão disse que nós não ia fazer isso. Ele lembrou, pensou, pensou e disse que te tá bom. Ele disse que sim para depois viajar. Ele viajou uma sexta e aí domingo ele voltou. Aí fim! E o nome dele é leão cara de pão! [Como foi a viagem?] Foi bem legal e disse que ia voltar domingo e disse que não ia mais voltar domingo. Ele adorou e voltou no outro sábado. Eu quero entregar para mãe isso! [Por que?] Porque a mãe vê que eu não sei o nome da estória. Quero levar aas outras estórias daquele dia que eu não sei. Aí eu levo num papelzinho para a mãe saber. Nesse momento, foi necessário realizar uma intervenção. [As estórias são tuas, tu quem inventa, então quem vai saber sobre elas és tu! Mas, acho que tu sentes que não sabe as coisas se não mostra para a tua mãe, tu te sentes insegura para fazer as tuas coisas e queres que a tua mãe as vezes faça por ti.] É mesmo diz, ela! E continua contando outra situação: “Tu sabia que a minha casa tinha um passarinho morto, uma pomba eu acho, lá na garagem... [E o que tu sentiu?] Eu dei um susto, bateu meu coração! Mas, senti que o passarinho tava dormindo, achei que era isso e quando eu vi, falei para o meu pai e ele tava morto. Bati meu coração quando vi!”

Interventivo

“Um dia eu viajei para a minha vó bisa com toda a família. Aí um dia eu voltei domingo e fiquei três dias e a gente fez uma festa, e chega! [Tu ficaste braba?] Não eu nunca fico braba, nunca fico com raiva, nem com ciúme! [Não mesmo?] Eu só fiquei com ciúme numa quarta, quinta, sexta e domingo. [Porque?] Eu fiz uns papelzinhos em casa como o que eu fiz agora, depois eu falo porque eu não posso trazer porque a mãe não deixa. Eu queria te mostrar umas fotos de quando eu era pequena, quando eu era tão fofinha. [Tu achas que não é mais fofinha?] Sim, porque antes dava para apertar as minhas bochechas e agora não! [Tu achas era fofinha e querida pelas pessoas quando tu eras pequena e agora quem é pequeno na ta casa é teu irmão, não será por isso que tu sentes ciúme dele?] É sim, sinto!”

Cartão 8

Original

“É do macaco...um macaco e os 7 anões. A mamãe, o papai e os dois filhinhos foi na pracinha, mas aí o filhinho não queria fazer xixi, ele tava segurando e aí fez xixi na calça. Aí a vovó disse que ele não tinha roupa e ficava o tempo inteiro assim, mijado! Ontem foi a Páscoa, ganhei um monte de coisas e o Gustavo também e fui um monte de lugar. Aí fim. O nome da estória é macaco João Pedro. [Como o macaco se sentiu?] Achou que ele tava mal porque ele não segurava o xixi e ele morreu e o nome dele é João Pedro, a mãe é Fabiana e o pai é Joaquim e o filho é Joaquim também. [Mas, como ele se sentiu?] Ele ficou tão assado do xixi que morreu. [E o resto das pessoas, como se sentiram?] Mal, porque o filhinho morreu!”

Interventivo

“Ele morreu, que o filhote grande fazia xixi na grama e o papai e a mamãe faziam xixi escondido e fim. Eu posso ir no banheiro? Quando voltou disse que o mano fazia xixi na calça. [Como na estória, pode morrer se faz xixi na calça...será que dá raiva do mano?] Sim, as pessoas gostam mais do mano, é mais fofinho. Sabia que ele caiu e machucou o braço! [E tu achaste que teve alguma coisa a ver com isso?] Sim, ele tava incomodando, e continuou pulando na cama e eu disse para parar e aí ele caiu de mau jeito e se machucou. [E quando ele caiu tu ficou te sentindo culpada?] Está acertando... [É que as vezes tu sentes ciúmes do mano, raiva dele e quando ele se machucou tu te sentiu culpada, achando que a tua raiva pudesse ter feito isso nele] É acertou!”

Resultados da testagem

Teste de Inteligência Não-Verbal (R2): Fabiana obteve escore em nível médio de acordo com a tabela para escolas particulares.

Escala SCAS-CRIANÇA: Foi obtido escore acima da média na subescala *Ansiedade de Separação* ($T=70$).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação a Paulo nos Primeiros Encontros

Este tópico já foi contemplado no material que ilustra o processo interventivo com a criança.

Breve consideração sobre a aplicação do CAT-A no Pai, na Mãe e na criança

No que se refere ao cartão 3, observou-se que Rosângela passou a fazer o papel de “leoa lutando pela filha”, apesar do pai também demonstrar identificação com um papel paterno que é provedor das necessidades da família. Em contrapartida, o avô paterno da menina, ao que tudo indica, parece ser uma pessoa atrapalhada. Fabiana percebe isso e deixa claro na sua resposta ao cartão 3.

Quanto à relação com a figura materna, Rosângela demonstra uma identificação com uma figura protetora, ou super protetora? E Joaquim também se identifica com a figura materna protetora, falou sobre “correr atrás das necessidades” e por isso, eles têm pouco lazer. Fabiana, neste cartão 4, revelou sua atitude de submissão em relação à figura materna. Por fim, no cartão 8 notou-se que há uma racionalização por parte da mãe no que se refere a educação da filha. Ela explica que é necessário dizer não, mas ao mesmo tempo, nas sessões referiu que essa é uma “*grande dificuldade minha*”. Joaquim, por sua vez, demonstrou forte ansiedade de separação. E, Fabiana, mostrou intensa ansiedade ao lidar com os sentimentos agressivos.

3.2.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas

Entrevista de Devolução com os Pais

Vinheta Clínica

Foram trabalhados alguns aspectos com os pais. No que se refere à repercussão da ansiedade da menina nas tarefas escolares, a pesquisadora mencionou:

T: Se a nota das tarefas que a professora avalia não for boa, ela também acha que não é uma pessoa boa.

R: Sim, concordo contigo. Ela sempre me dizia que não era uma menina boa porque não fazia bem os desenhos. Aí, eu pedia para ela desenhar dez árvores. Eu dizia para ela, confia em mim. Destas dez árvores que tu desenhou, qual a que saiu mais bonita? E a Fabiana respondia que foi a última. E então eu dizia para ela viu não é dá primeira vez que a gente acerta, precisa tentar várias vezes, treinar. Com a Fabiana tem que ter um jogo de cintura, porque ela se preocupa sempre em fazer os temas bem feitos.

Dentro desse contexto, a pesquisadora referiu que muitas vezes Fabiana quer realizar as atividades de acordo com o que a mãe acha que deve ser e não como ela de fato gostaria. Nesse sentido, o pai disse: “*Ela está sempre preocupada querendo ajudar os outros, querendo agradar*”. A terapeuta trabalha essa questão dela estar querendo sempre agradar, contentar os outros e se sentir querida. O pai referiu: “*Às vezes ela quer agradar tanto que*

também passa por cima dos outros! Ela é uma menina dengosa, carente, se a gente dá corda ela faz como nenezinho.”

A pesquisadora trabalhou com os pais que Fabiana precisa se fortalecer para adquirir mais independência. Contudo, o pai pontuou que já observa mudanças na filha: *“Hoje a gente nota a diferença. Antes ela não aceitava que nós falássemos que estava errado, ficava brava e agora ela já entende. Nós até trocamos o caderno dela e melhorou bastante a letra em sala de aula, ela evoluiu mesmo! Ela parece mais feliz, fazendo mais amizades na escola e na vizinhança. Esses dias fez uma apresentação na escola de dia das mãe e se saiu muito bem, ela gosta de dançar, cantar e tem facilidade para aprender as coisas.”*

Rosângela comentou sobre as dificuldades que Fabiana enfrentou desde cedo com relação à fala e ao tratamento fonoaudiológico. Disse: *“Ela foi uma guerrerinha”*. Os pais acrescentam ainda que ela tem capacidade de concentração e é inteligente. Nesse aspecto, a pesquisadora reforça a percepção dos pais mencionando o resultado do teste de inteligência. Todavia, a terapeuta ressalta a necessidade da menina realizar acompanhamento psicológico no intuito de trabalhar a sua independência, a identidade, essa questão de querer muito agradar aos outros para se sentir querida. A mãe disse: *“Esse atendimento ajudou bastante na organização da Fabiana com as coisas dela, que foi bem positivo e refletiu direto nela, começou até a usar mais cor nos trabalhos. Percebi que conversar com outra pessoa ajuda.”*

Joaquim refletiu: *“Eu sou uma pessoa muito ansiosa, talvez ela tenha puxado isso de mim. Tenho ansiedade para chegar logo nos lugares. Minha mãe é igual. Se marcamos almoço às 12:30, uma hora antes ela já está com tudo pronto esperando as pessoas. Eu acho que tenho essa neurose desde o colégio, desde lá tenho essa ansiedade! A gente se coloca sempre no lugar dos filhos. Por falar nisso, em ansiedade e tal tu viu o filme ‘o impossível’.¹⁶ ...é uma história real de um cara com três crianças que passa procurando os filhos na guerra, que estão não se sabe aonde. Assim tu fica apreensivo no filme, sem saber nada como vai acontecer o final. Até a metade do filme tu não sabe se eles estão vivos. Veio à tona as questões acerca dos sentimentos e as fantasias de perda. O pai relatou que experimentou esse sentimento aos 17 anos quando o avô faleceu. Ele se surpreende quando a pesquisadora abordou a existência de tais sentimentos nas crianças e, especialmente na Fabiana. Em função disso a pesquisadora referiu que seria importante a indicação de psicoterapia e os pais concordam.”*

¹⁶ Enquanto passa férias num hotel na Tailândia, uma família é surpreendida por uma estranha turbulência. Segundos depois, o casal, os três filhos e todos que desfrutam das piscinas do local observam árvores sendo engolidas por uma gigantesca onda. Não há tempo para pensar, que dirá o que fazer a fim de se salvar. A mãe é médica, mas vai precisar dos cuidados do filho mais velho: enquanto foi arrastada pela onda, sofreu os mais violentos golpes numa das pernas e num dos seios. O desespero da outra parte da família não é menor: o pai consegue salvar os outros dois filhos, não tem ideia, porém, de onde foram parar a esposa e o primogênito.

Entrevista de Devolução com Fabiana

Fabiana iniciou a sessão falando sobre os vídeos que seu pai publicou. Em um deles aparecia a menina cantando e ao fundo a sua cadelinha a “fofinha” acompanhando o som. O outro era uma filmagem da sua apresentação de dia das mães na escola. Ela falou que queria poder acessar os vídeos para mostrar a pesquisadora o quanto sabia dançar bem. Nesse sentido, a pesquisadora trabalhou as suas potencialidades, inclusive retomou o que havia dito nas sessões sobre o bom resultado do teste de inteligência.

Após, a menina manifestou vontade de brincar de supermercado. Ela trouxe de casa um livro chamado “o poder curador das frutas”, disse que leu todo ele. Dentro desse contexto, a pesquisadora foi refletindo ao longo da sessão com a menina sobre “a sua cura” abordando as suas dificuldades. Depois, houve a despedida e a retomada do que havia sido combinado sobre a última parte da pesquisa a ser realizada com a terapeuta Clara.

3.2.5 A “técnica da cabra-cega

Entrevista com Fabiana

C- Do que tu gostarias de brincar?

Observação: Fabiana pareceu realmente contente e aceitou prontamente a ideia de brincar, demonstrando estar bem à vontade. Abriu o armário de jogos e foi tirando várias caixas para fora e escolheu o banco imobiliário. Logo, abriu o jogo em cima da mesa e disse que queria “o dinheirinho”.

F- Nós vamos brincar de loja.

Observação: Mostrou estar bem segura quanto ao que gostaria de fazer. Todavia, percebi que ela tem dificuldades de fala. Precisei esforçar-me para entender sua fala. Durante poucos minutos de hora de jogo solicitei que ela repetisse várias palavras visto que não estava compreendendo-a. Fabiana então abriu sua caixa de brinquedos.

F: Esta é minha daqui, mas nós vamos fazer que é da lojinha.

Observação: Retirou alguns objetos de dentro, mas não mostrou toda a caixa. Percebi que fez uma seleção do que gostaria de pegar. Compreendi que ela estava me mostrando os conteúdos da caixa, porém não todos, ficando claro que eu não pertencia àquele contrato feito com Vanessa. Fabiana pegou também objetos de decoração da sala e montou a lojinha. A seguir, entregou dinheiro para iniciar a brincadeira.

C- Oi, eu preciso comprar um presente.

F- Pode escolher tem este (foi mostrando e, ao mesmo tempo, deixou-me à vontade para escolher. Escolhi um objeto de decoração e perguntei se ela fazia o pacote. Fabiana fez de

conta que levava o objeto até um lugar de fazer o pacote. Fez os movimentos de empacotar e me entregou, dizendo: “*tá pronto*”).

C- Muito obrigada quanto custa?

F- Custa R\$5,00 reais, me dá uma nota grande pra eu te dar o troco.

C- Ah só tenho R\$ 50,00, tem troco?

F- Tem (encheu-me de trocadinhos, mas nada pensado. Pegou qualquer nota e umas casinhas de plásticas pequenas do banco imobiliário como se fossem moedas. Fiquei quase sem ter como carregar na mão tantas coisas! Moedas, o pacote!).

Observação: Brincamos mais duas vezes de lojinha e cada vez “ela me encheu” mais de troco. Na terceira, disse: “*agora tu vai dar mil reais, entrega todo o teu dinheiro!*”. Fiz como ela me pediu, terminando o meu dinheiro e a brincadeira.

C- Então Fabiana, o que tu achaste de vir aqui, de conversar com a Vanessa...como é que foi?

F- Eu gostei

C- Tu gostaste...

Observação: Nesse momento, olhei para a sala e percebi que estava tudo bem “desorganizado”, ou seja, as caixas dos jogos tiradas para fora, a lojinha montada, a caixa dela por ali. Estávamos em plena hora de jogo e percebi que Fabiana estava bem envolvida e fez ali seu momento “colocando muitos materiais para fora, mas não tudo”. Após a brincadeira de lojinha Fabiana teve a ideia de desenhar, que na verdade era um desejo de Fabiana de brincar de escola. Ela puxou uma mesinha que estava debaixo da mesa maior (escrivantina), visto que estava cheio de caixas de jogos em cima e precisávamos desta mesinha auxiliar. Neste momento, Fabiana trancou. Olhou a caixinha de lápis de cor e canetinhas, porém pareceu não conseguir ver as cores que queria e começou a pedir que eu alcance, como se ela não visse, não soubesse as cores. Pediu a azul:

F- Não este outro azul mais forte.

C- Entrego.

F-Não este outro. Tem que apontar!

Observação: A fala da menina parecia “enrolada”. Ela passou os dedos dentro da caixa de lápis e canetinhas, mas não pegou nada. Escolheu uma cor, porém fazia como se deslizasse a mão e não conseguisse pegar. Nessa ocasião, compreendi que estávamos em um momento mais regressivo, difícil. Ela esperou eu apontar o lápis azul escuro e tentou iniciar um desenho com certo esforço. Fabiana desistiu de desenhar e disse:

F: agora tu desenha, eu sou a professora e tu a aluna. Vai desenhar o que você quiser, bem bonito pra tua mãe.

Ao terminar o desenho, disse:

F- Ah que lindo! A tua mãe vai gostar!

Em seguida, a menina pediu para brincar com o jogo “Cara a Cara”. Sentou-se ao meu lado, bem colada no meu corpo, quase no meu colo. Pegou as cartinhas e foi organizando.

F- Arruma aqui tem que ficar assim (pediu para que eu encaixasse as carinhas no jogo e me deu a impressão de conhecê-lo bem. Inclusive, pensei que fosse algum jogo que costumava jogar com a Vanessa).

C- Tu conheces este jogo?

F- Eu já joguei, mas não me lembro bem.

Como Fabiana estava “grudada” em mim, combino que para pegar a cartinha teria que fechar os olhos e escolher. Ela parecia saber como jogar, realizando perguntas sobre a cor do cabelo, se tinha óculos, porém, quando precisava dizer o nome demonstrava dificuldade.

F: FALISA...FAL...(ajudei-a falando que o nome era Flávio). Fabiana mostrou sofrimento e dificuldade para falar e ler. Fiquei preocupada se conseguiria continuar, mas ela foi em frente no jogo.

C: O que tu achaste de vir aqui com a Vanessa..tu achas que mudou alguma coisa em ti ou na tua casa?

F- Acho que melhorou. Ai eu esqueci. Melhorei bem!

C-E o que tu achas que foi mais legal?

F- Brincar de lojinha.

Continuamos o “Cara a Cara” e quando eu acertei ela fez uma exclamação bem positiva, como se me desse um reforço: “*isso*”! Estávamos perto de encerrar e disse que pegaríamos somente mais uma cartinha. Fabiana fechou os olhos e pegou a cartinha da personagem e disse:

F: Vanessa que é loira como a Vanessa.

Ela ficou muito alegre, no entanto, quando falei que precisaríamos terminar a brincadeira, ela me perguntou:

F: E quando eu vou voltar aqui de novo?

C- Tu querias vir aqui de novo?

F- Queria.

C- Eu tenho que rever com a Vanessa. Tu gostarias de falar com ela?

Deste modo, chamei a Vanessa e expliquei que ela gostaria de saber quando iria voltar. Percebi que a menina estava bem vinculada com a Vanessa, embora tivesse aceitado brincar comigo em um ambiente conhecido. Vanessa retomou com ela as combinações dizendo que esta seria a sua última vez ali, mas que ela poderia continuar conversando com alguém como

eu ou a Vanessa, psicóloga também. Foi dito que iríamos combinar melhor com seus pais e ela disse:

F: Então marca pra amanhã!

Observação: Não sei nada sobre Fabiana, mas percebo que ela tem dificuldades na fala e que se mostra uma menina alegre e afetiva, vinculando-se bem. Ao mesmo tempo, esconde alguma dor porque parte do material da caixa não foi usado para brincar e ela quer muito ir logo para tratamento, ser ouvida por alguém como nós. Também observo que está presente um conteúdo de controle. Ela “mandava” eu fazer isso ou aquilo e suportava a brincadeira simbólica por poucos minutos, em seguida dava uma ordem. Tentou desenhar, no entanto, e só riscos no final da folha que tanto podem ser o céu ou o chão. O restante do desenho era vazio (branco) talvez por isso me sentisse incomodada ao ter que desenhar. Não me senti bem naquele momento como se algum conteúdo depressivo tivesse invadido o campo. Busquei na flor vermelha um pouco de energia vital e foi nesta sequência enquanto eu desenhava a flor que Fabiana veio “se aconchegar”, sentando praticamente no meu colo. Foi um momento transferencial intenso que culminou na escolha de olhos fechados da figura da Vanessa trazendo-a para a sessão e posteriormente no pedido de vir de novo receber atendimento. São provavelmente estes conteúdos que necessitam ser mais profundamente olhados por colega que fará o tratamento com ela.

Entrevista com os pais

Já na sala de espera, percebi um clima muito amistoso e afetivo entre os pais e a Vanessa. Após as apresentações eu fico sozinha com o casal.

C- O que vocês pensaram sobre o psicodiagnóstico? Alcançou as suas expectativas?

A mãe inicia falando e logo se emociona e chora. Disse:

R: Ela melhorou bastante em todos os sentidos foi de uma importância significativa porque ela se abriu para nós, passou a falar mais, cresceu e se desenvolveu na fala está tão bem que teve alta da fonoaudióloga e tem mais paciência de esperar a vez dela nas coisas.

O pai também emocionado confirma:

J: Para nós foi tranquilo até porque a gente pode descobrir como família algumas coisas e ela se desenvolveu bastante... só foi pra melhor porque nós passamos pelo acidente do meu sogro, depois a cirurgia da Fabiana e tudo isso no meio aqui do trabalho com a Vanessa...ela teve compreensão pelo que a gente tava passando, marcou, esperou e apoiou a Fabiana. Nós estávamos muito estressados com o problema do meu sogro e tinha o nenê o irmão da Fabiana, bah, foi um tempo bem pesado. E a Vanessa nos ajudou no nosso tempo.

Os pais disseram que entenderam bem todos os passos da pesquisa e que fariam de novo se fosse preciso. Foi consenso a melhora da filha na questão da ansiedade e no fato de não se emburrar mais. O Pai disse:

J: Antes ela se emburrava e ia pra um canto agora ela conversa com a gente o que ela quer. Ficou evidente a melhora da criança na visão do casal e os benefícios que eles observaram nas mudanças de comportamento de Fabiana. A mãe referiu:

R: Não tem nada a reclamar só agradecer.

Observação: Como eu não tinha conhecimento da história da menina, causou-me desassossego saber que ela teve alta da fonoaudióloga. Ao mesmo tempo, fica evidente o material a ser trabalhado em psicoterapia e perfeitamente compreensível a regressão mostrada pela menina nesta hora de jogo comigo. Dentro daquela máxima de que o material mais urgente emerge na primeira hora de jogo podemos pensar que Fabiana estava tendo um primeiro momento comigo e o material foi mostrado. Como em uma primeira sessão de psicoterapia, ela trouxe o que necessitava ser visto, cuidado, acolhido, pensado e tratado.

3.2.6 A etapa final de follow up

Após dois meses do encerramento do processo de psicodiagnóstico com Fabiana, foi realizado um contato por telefone, no intuito de saber se a menina engajou-se no tratamento psicoterápico, conforme recomendação terapêutica feita pela pesquisadora.

Rosângela atendeu ao telefone e informou que estava em processo de psicoterapia e disse: *“muito obrigada por tudo Vanessa, e Fabiana está em terapia com a psicóloga Letícia lá no (falou nome da instituição que atende em psicoterapia de orientação psicanalítica) e está adorando, está fazendo bem para ela”*. Enquanto isso, a pesquisadora ouviu uma voz dizendo: *“quero falar com ela”*. Fabiana pediu para sua mãe para conversar ao telefone e disse:

F: Oi Vanessa tudo bem?

T: Tudo bem e tu como vais?

F: Eu vou bem. Eu tenho uma psicóloga, a Letícia.

T: Que bom, eu fico feliz por saber que tu tens uma psicóloga. E o que tu estás achando?

F: É bem legal, eu gosto de ir lá. E quando eu posso ir aí de novo?

T: Ah, tu gostou de vir aqui, não é mesmo?

F: É gostei, mas terminou né.

T: Sim, terminou e agora tu tens a Letícia para te ajudar que tu achas legal.

F: É mesmo. E eu posso falar no telefone às vezes contigo?

T: Pode sim. Vamos combinar que quando tu precisares muito falar comigo tu pedes para a tua mãe me telefonar, certo?

F: Certo, combinado então, vou passar agora o telefone para a minha mãe.

R: Oi falou com ela? Ela gostou muito de ti! Mas está se dando bem com a Letícia também. Nós gostamos muito do teu trabalho eu queria te agradecer de novo.

T: Obrigada, eu também agradeço à participação de vocês. Um abraço então a todos.

R: Outro pra ti, tchau.

3.2.7 Síntese do caso

Pode-se pensar que durante o trabalho de psicodiagnóstico interventivo o ambiente (pai e mãe) pode perceber e sentir os sintomas de ansiedade da filha de uma maneira mais genuína. Antes, porém, tais sintomas ficavam limitados à questão da fala da menina. Os pais puderam refletir sobre as suas próprias ansiedades de separação e a sua influência no psiquismo da menina. Por sua vez, o ambiente terapêutico (a pesquisadora) identificou-se com os pais, preocupando-se com os problemas de articulação da menina e logo após pode se dar conta do funcionamento falso *self* que ela apresentou. Assim como a terapeuta inicialmente ficou “cega”, chamando mais atenção no *setting* as dificuldades fonológicas da menina, Clara também percebeu-a desta maneira. Todavia, existiam sentimentos de cunho não verbal que perpassaram aquele encontro com Fabiana. Clara pode perceber e sentir os aspectos regressivos da menina, o que era realmente genuíno.

3.3 Caso Jaqueline

3.3.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade

No momento da avaliação psicológica, Jaqueline tinha 7 anos de idade e acabara de ingressar na 2ª série do ensino fundamental de uma escola pública de Porto Alegre. Quanto à escolaridade dos pais, o pai possui o segundo grau completo e trabalha como comerciante e a mãe tem o terceiro grau completo e trabalha na área da saúde em um hospital. A renda familiar, na época, girava em torno de cinco salários mínimos. A menina residia com seus pais Anderson (47 anos) e Andressa (44 anos).

Jaqueline foi convidada a participar da pesquisa por meio da coordenação pedagógica da escola em que estuda. O motivo da indicação da professora foi devido ao fato da menina apresentar-se muito ansiosa em sala de aula e não conseguir completar as tarefas solicitadas. De acordo com o relato da mãe, sua filha está “*inquieta, desorganizada, impulsiva, teimosa, desobediente, respondona, ciumenta e muito ansiosa*”. Demonstra atitudes imaturas para a

idade, tais como: chupar dedo e a mamadeira das bonecas frequentemente, ficar muito brava quando determinada situação não acontece de acordo com o que ela gostaria e ainda, não conseguir dormir sozinha, precisando estar no leito dos pais.

Cabe ressaltar que Jaqueline realizou acompanhamento psicológico durante seis meses no ano de 2009. Na época, os pais consultaram devido à agitação, medos excessivos, bem como a necessidade de avaliar como estava para Jaqueline o fato de ter sido adotada logo após seu nascimento. A conclusão do laudo psicológico na época apontou que a menina necessitava de limites, pois com a rotina organizada ela conseguia comportar-se adequadamente. E ainda, as crises de medo que Jaqueline apresentava ficaram menos frequentes durante o atendimento.

De acordo com a escala SCAS-PAIS, Jaqueline apresentou escores elevados para as subescalas: *Ansiedade de Separação* (Pontos=8, M=3.7; DP=2.9) e *Medo de Danos Físicos ou Fobia Específica* (Pontos=8, M=2.7, DP=1.8). Conforme o questionário CBCL, Jaqueline obteve escores em nível clínico para as seguintes subescalas orientada pelo DSM-IV: Problemas de ansiedade (Escore *T* equivalente a 72 e percentil 97), Problemas de Déficit de Atenção Hiperatividade (Escore *T* equivalente a 80 e percentil 97) e Problemas de Stress Pós-traumático (Escore *T* equivalente a 74 e percentil 97).

3.3.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança

Breve relato da história da criança

Andressa, a mãe adotiva de Jaqueline, possui um problema biológico e, por esse motivo, não conseguia levar a gravidez até o final da gestação. Ela sofreu um aborto durante o seu primeiro casamento. Andressa referiu que sempre teve vontade de ter filhos. No casamento com Anderson, tentaram realizar inseminação artificial, no entanto, não teve sucesso. Apesar de o seu marido possuir três filhos já adolescentes do primeiro matrimônio, eles decidiram juntos que iriam adotar um bebê. Uma amiga de Andressa conhecia uma mulher que estava grávida e não pretendia criar o filho, assim como fez nas outras quatro gestações que teve. Deste modo, o casal entrou em contato com a mãe biológica de Jaqueline durante o quinto mês de gestação. Andressa referiu que a levou a três consultas de pré-natal e a auxiliava com uma cesta básica todos os meses. Andressa referiu: “*adotei a Jaqueline desde o ventre*”.

Quanto à mãe biológica da menina, Andressa referiu: “*eu não sei se ela tinha um relacionamento com um cara e deu uma pulada de cerca para não querer mais essa filha ou se ela fazia programas mesmo. Pelo pouco contato que eu tive com ela observei que ela agrediu muito a Jaqueline já no útero, batia na barriga, xingava, falava que não queria*

aquilo dentro dela... também não sei se ela não usava drogas, isso eu não tive como descobrir porque ela se sumia, não pude ter muitos contatos com ela. Ela era muito rebelde, brigona, estressada, seguidamente me fazia ameaça para não dar a menina. Ela dava umas guinadas e depois se acalmava. Eu só podia rezar, mais nada”.

Quando a menina nasceu ficou durante três dias no hospital com a mãe biológica, sem que essa quisesse amamentá-la. Após, a mãe biológica e o casal procuraram os meios legais para oficializar a adoção. Sendo assim, desde uma semana de vida que Anderson e Andressa cuidam da menina e aos cinco meses conseguiram a guarda definitiva da Jaqueline e, portanto, são os responsáveis legais.

No que se refere ao desenvolvimento da menina, Andressa referiu que até os seis meses a menina apresentava muitas cólicas, mas acalmava-se e dormia bem. Nesse sentido, desde os três meses de idade que a menina possuía seu quarto e dormia no berço. Aos dois anos, passou a dormir numa cama de solteiro. Todavia, durante a madrugada criou o hábito de ir dormir na cama dos pais, permanecendo até os dias de hoje. A mãe relatou que ela disse que tinha medo de dormir sozinha. Quanto ao desenvolvimento da menina, a mãe referiu que ela tomou NAN e aceitou bem, não tinha muitas cólicas.

Ao completar um ano de idade ocorreu a entrada na escola. A mãe mencionou que no segundo e terceiro dia de adaptação ela já permanecia sozinha “*numa boa*”. E com um ano e um mês começou a falar e caminhar. Andressa comentou que Jaqueline gostava muito dessa escola, mas com um ano e seis meses precisou trocar de creche para ser mais perto do trabalho dela, pois não havia quem pudesse buscá-la. A mãe disse: “*ela chorou para entrar, na primeira semana teve 39 graus de febre. Ela ia contrariada. Precisou ficar até dois anos e três lá até que eu conseguisse alguém para ir buscá-la na outra escola. Quando voltou para a antiga escola ficou feliz, pois lá as tias faziam todas as vontades dela porque conheciam a Jaqueline desde pequena*”. No que se refere ao controle dos esfíncteres foi realizado nessa outra escola, aos dois anos e oito meses. Também por volta dos dois anos a menina deixou de tomar na mamadeira. Segundo a mãe: “*ela fez um drama, ela é uma artista, pula, esperneia, ela tem dificuldade de aceitar os não, os limites. O bico ela largou com quatro anos, mas aí pegou o dedo, ela ainda chupa dedo e está ficando com a arcada dentária deformada, de tanto que chupa dedo*”.

Chamou atenção da mãe que com quatro anos “*ela aparecia em casa com apontador e lápis dos coleguinhas. Mas, a gente conversou com ela, falamos que pessoa que rouba vai presa e ela nunca mais pegou nada dos outros*”. Quanto ao fato de ser uma menina adotada, seus pais referem que desde bebê conversam com ela sobre isso. Comentaram: “*agora era*

lida com isso com um pouco mais de facilidade, porque antes, com dois aninhos, ela ficava emburrada e virava a cara quando a gente falava no assunto”.

Vinhetas clínicas das entrevistas realizadas com pais

A mãe

Vinheta Clínica 1- Relato da mãe sobre algumas manifestações de ansiedade na filha

“A Jaqueline é agitada, ansiosa, impaciente, se dispersa bastante na escola. Esses dias nas tarefas da escola a primeira estava incompleta e a segunda ela nem ao menos copiou. A professora disse que ela perde o fio da meada. Ela ainda não está lendo e escrevendo e quando eu proponho jogos sobre isso ela entra em pânico. Quando ela é exigida, ela regride”.

“Tem horas que ela quer conquistar uma independência e tem hora que ela quer ser um bebê”.

“Ela mesma diz eu quero me comportar, me acalmar, mas eu não consigo”.

“A Jaqueline dizia que queria entrar na minha barriga e ser bebê. Acho por isso coloca tudo na boca, já era para ter passado a fase oral”.

Vinheta clínica 2- Relato da mãe acerca das suas próprias manifestações de ansiedade

“Eu sou meio ‘maniática’ por deixar a casa organizada”.

“Cada vez ela quer se impor mais, ela tenta se impor com o Anderson, mas quando ele fala grosso ela é mais obediente, comigo ela pinta e borda e eu fico muito ansiosa com isso. Era eu chegar que começava a choradeira, porque com o pai dela sempre foi muito tranquilo”.

“Sabe que eu chupei o dedo até os 11 anos”.

Aplicação do CAT-A na Mãe

Cartão 3

“Não sei. Aqui estou em dúvida. O leão é o rei leão, mas porque está assim na poltrona. Não sei se quer dizer que a última palavra é a minha, autoritarismo. Não deve haver na educação dos filhos o autoritarismo e sim regras de certo e errado, limite, autoridade. A criança tem que entender que quem manda é o adulto, mas ela tem as vontades dela, mas tem as combinações. A minha filha não aceita regras, ela tem dificuldades. No meu dia-a-dia, eu tenho que falar ‘aqui a mãe sou eu’. Exemplo: as roupas. Mudou a temperatura. Por ela, quer colocar as roupas de manga curta. Ela não quer entender por que usar uma roupa e não

outra. Não pode ter essa postura de manda-chuva. Tem que ter flexibilidade. Quer ir no McDonald's e eu avalio o comportamento dela. E temos que esperar o teu pai para ter dinheiro. Uma vez por semana ela come um salgadinho. Eu deixo ela escolher. Hoje é o dia do passeio na escola. Mandeí uma torradinha e na volta eu levei um salgadinho. Já houve épocas em que eu era o meu signo, o leão. Eu era a manda-chuva. Acho que o Anderson é light demais. Muito cedo na minha vida eu corri atrás e me posicionei, desde cedo na minha vida, na minha infância tive que me determinar. Acho que deve haver sim a autoridade e não o autoritarismo”.

Cartão 4

“Eu observo aqui que a mamãe canguru...não sei bem se está saindo para passear ou se está afobada correndo. Se for pensar pelo lado prazeroso é os momentos que a gente deve ter com o filho que é o lazer, sair um pouco da rotina do dia-a-dia. Talvez aquilo seja cesta de piquenique, se divertir, fazer momento lúdico. E me representa também que pela correria estaria na necessidade de levar para a casa de alguém para cuidar da criança, está levando leite na cesta. A gente tem que ensinar que a gente não pode permanecer o tempo todo com a gente, a criança precisa entender que é necessário trabalhar, entregar na casa da vó, dindo, explicar o que está acontecendo para que a criança não se sinta sozinha. Eu pensaria nas duas coisas nessa figura. Parece as duas coisas. Sim. Uma coisa que eu precisava mudar e para ela não está legal. Eu preciso me organizar para não atrasar ela na escola e no médico. Eu sou como essa canguru sempre correndo. E eu quero fazer tudo e eu sei que não dá. Eu preciso fazer tudo. A Jaqueline ainda não conseguiu amadurecer. Banho para ir na escola, e aí ela custa, demora. Ela age como uma criança muito pequena. Eu não sei que lado eu vou. Primeiro se termino o arroz ou se dou banho nela. Ela quer que eu faça tudo e isso não é legal nem para ela e nem para mim”.

Cartão 8

“Parece -me...vamos lá. Essa mãe aqui parece que está dando uma repreendida no filho e as pessoas vão falando que o filho é sem modos. Vai para a casa dos outros fazer bagunça ou que ela está errado, repreendendo na frente dos outros. Na minha experiência eu sou obrigada a fazer isso com a filha, repreender. Têm mães que exageram, não pode humilhar um filho na frente dos outros. Eu tenho procurado usar com ela o mesmo caminho. A impressão que eu tenho é que na frente dos outros ela se transforma. Eu falo, repreendo, mas não humilho. No armazém às vezes entro, ela mexe nas coisas do armazém. Me obriguei a comprar porque ela botou o pacote na boca e eu fui obrigada a comprar. No super já está

mais light agora. Ela gosta do Zaffari e olha para os brinquedos. Me dá isso, aquilo. Eu prometo e cumpro. Eu não gosto de prometer e não cumprir sou franca com ela. Ela já teve um ataque daqueles no super. Eu faço de conta que não estou vendo. Porque não posso dar tudo para ela. Já cansei de sair do supermercado e deixar ela de castigo. Aí aos pouquinhos ela foi mudando. Agora ela me olha antes de fazer alguma coisa. Tem um pouco de coisa de criança nisso e um pouco de abuso. Ela age muito pelo impulso. Olhar é com os olhos e não com as mãos eu digo para ela”.

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e foi confirmada a presença características para Transtorno Obsessivo de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

O pai

Vinheta Clínica I

A respeito das manifestações de ansiedade da filha ele disse:

“Ela não é diferente dos meus outros filhos, mas tem dificuldades, quase não pula, não corre, tem medo de cair. Claro que os outros eram meninos. A minha mais velha era cautelosa também, mas a Jaqueline é mais do que o resto. Não sei se é dificuldade motora, lentidão, medo ou ansiedade. A bicicleta mesmo com rodinha ela não pedala, no balanço ela também não anda sozinha”.

“Não sei se ela tem dificuldade na escola, se fica ansiosa, mas para fazer os temas é difícil, ela tem uma irritabilidade para fazer a tarefa”.

“Ela tem dificuldade com hierarquia, acha que é a dona do mundo e sabe disso. Sabe que conforme ela pedir, ela recebe. Mas quando fica nervosa, não pára de roer as unhas”.

“A Jaqueline é muito ligada na mãe, amorosa, é um amor bruto até, uma ânsia em estar grudada com ela. Respeita mais a mim do que a mãe dela. Quando chega a mim é limite”.

“A outra terapia que fez a ajudou a desenhar, então, posso te dizer que ela gosta de desenhar e desenha muito bem, ela se expressa nos desenhos”.

“Ela tem medos exagerados de escuro, de dormir sozinha, de ser raptada”.

Aplicação do CAT-A no Pai

Cartão 3

“Não me vejo nessa situação até porque ainda não tem uma cadeira confortável para ver a minha televisão. Mas, o cachimbo ou a bengala não tem a ver comigo. É um leão. Eu sou

meio brabinho às vezes. O ratinho pequeno tem medo do leão. Ela (a filha) não tem medo. Ela tem mais medo de falar para mim do que a situação em si. Quando a mãe dela diz eu vou falar para o teu pai, é que a situação está ruim para o lado dela.

[e como tu conduz a situação?]. Eu procuro ser mais curto, grosso e conciso. A Andressa lida com ela como se fosse um adulto, minha filha isso ou aquilo. Primeiro é o respeito. Se o pai disse que não, é não. E depois o pai explica por que. Existem situações que são sociais. É feio arrotar de boca aberta na frente dos outros. E pum, peido, não é feio. Tem que aliviar. Mas começa a ser feio se faz de propósito na frente dos outros. Porque isso é considerado uma ofensa na frente dos outros. Apesar de ser considerada uma necessidade fisiológica. Mas, a Andressa disse que eu deixo ela mais solta, não repreendo. Ela tira as coisas do lugar e não coloca de volta e eu não repreendo. Realmente, a Andressa tem razão e eu tenho que prestar mais atenção nisso”.

Cartão 4

“Eu consigo associar somente as coisas separadas. Quando eu levo ela para andar de bicicleta. Não andamos juntos, eu ela e a mãe. Isso é um canguru com cesta de piquenique. Parece a mãe dela levando na redenção. Aí a gente leva brinquedo, água. E a gente não costuma muito visitar os outros, a não ser a prima dela Joana que Canoas. Mas quando a gente vai é muito bom. Lá a Jaqueline aprendeu a conviver com as galinhas, conheceu porco, peixe, tem plantação de hortaliças, alface.

Cartão 8

“Uma foto típica de família. Isso é uma cena rara. Até porque a mãe dela nunca senta. Só para fazer as coisas de casa, mas sentar por lazer para a Andressa é mais difícil. Ela tem uma concepção de lazer diferente. Precisa usar o tempo em coisas úteis e o lazer parece ficar de fora. Quando está em casa, está fazendo coisas da casa. Parada mesmo é difícil. Quando a mãe dela vai lá em casa, ela senta e conversa. Mas, ainda assim vai na cozinha, prepara um chá, um bolo. Isso aqui é uma coisa que não acontece. Ou estamos todos falando com a Jaqueline ou ela está com a mãe dela fazendo tema. Não é uma situação normal. Quando estamos na mesa é quando utilizamos para conversar. Ela parada, sentada, conversando com a Jaqueline é difícil”.

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e não foi confirmada a presença de transtornos de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação aos pais

No início das sessões de avaliação com mãe, esta pareceu muito disponível e empenhada em ajudar sua filha. Contou à pesquisadora todos os detalhes referentes à adoção de Jaqueline, bem como os seus sintomas em casa e na escola. A terapeuta pensou tratar-se de uma pessoa esclarecida e que vem em busca de ajuda para a filha desde os dois anos de idade. Andressa cumpria prontamente às solicitações de horários para a avaliação, sendo que trabalha durante algumas noites e utiliza o dia para dormir quando possível. Aos poucos, a mãe foi tendo pequenos atrasos até chegar a atrasar trinta minutos para a sessão. Inicialmente, ela parecia uma pessoa muito organizada, mas foi ficando evidente uma “desordem interna”. Alguns aspectos ficaram mais claros para a pesquisadora no momento da Aplicação do teste de Rorschach. Ao aplicar o teste a pesquisadora pensou: *“Meu Deus, quantos detalhes, quanta perturbação! Acho que isso tudo fica encoberto pelas defesas obsessivas que ela utiliza...nas sessões também, ela racionaliza bastante”*.

Ao pensar nas suas respostas ao CAT-A, por exemplo, no cartão 3, observa-se uma dificuldade com relação à figura paterna e autoridade. Ela faz uso da racionalização e não consegue impor limites para a sua filha. Ao referir sobre a sua infância ela disse: *“Dei graças a Deus quando o meu pai saiu de casa, eu tinha uns dez anos”*. Ao ser questionado o por que desse sentimento, ela respondeu: *“ele era alcoólatra, atrasou muito a vida da minha mãe, basicamente por isso. E ele batia nela? Disse a pesquisadora. Não, em ninguém, só atrapalhava mesmo”*. Nesse momento, a terapeuta pensou que ela talvez tivesse “dado Graças a Deus” por ter sido abusada. No entanto, isto foi apenas uma fantasia da pesquisadora, sem ter tido informações reais que pudessem confirmar tal impressão.

A relação de Andressa com a sua mãe é *“instável tem momentos que eu posso contar com ela para buscar a Jaqueline e outros não. Ela é diferente de mim, não é uma mãe zelosa, ela não deixa de fazer as coisas dela, de sair com as amigas para cuidar da única neta que é a Jaqueline”*. Observa-se que Andressa fica atrapalhada na sua função materna, haja vista o conteúdo do cartão 4. Ela faz uso de mecanismos obsessivos, detendo-se mais nas minúcias e não consegue ver o todo, desfrutar dos laços afetivos com a filha. Pode-se confirmar tal percepção através da análise do cartão 8, no qual evidente a sua dificuldade com relação aos

manejos com a filha. Observa-se que talvez as suas dificuldades internas reflitam na sua relação com a menina.

No que se refere ao pai, durante a avaliação também prevaleceu um sentimento de querer agradar a pesquisadora. Chamou atenção o fato de ele ter referido que a menina parece ter dificuldades motoras, causando a impressão de ser “quieta” ao contrário do que a mãe havia referido. Ele trouxe algumas informações para a sessão sobre o seu casamento passado. Relatou que sua ex-esposa teve depressão pós-parto e não pode cuidar da filha mais velha, sendo que ele fez praticamente toda a maternagem. Ao comparar com o seu atual casamento, referiu que *“eu mal podia pegar a Jaqueline, não podia dar banho nem nada, tudo era com a Andressa, nem parecia que eu que praticamente criei a minha filha mais velha”*. Parece que os cuidados com Jaqueline ficam mesmo sob responsabilidade de Andressa e Anderson cuida da filha somente na ausência da mãe. Este aspecto ficou ilustrado nos cartões 4 e 8 do CAT-A. Nota-se também que apesar dos pais relatarem que Anderson é quem consegue impor limites à filha, diante das suas respostas ao cartão 3, a pesquisadora questiona tal afirmação de ambos.

Cabe destacar que em meio a um clima “de agradar a pesquisadora” surgiu um incômodo em relação ao pai que veio à tona no momento de supervisão do caso. Eram pequenos detalhes *“cuidado para ela não destruir o teu consultório, brincadeira...”*. *“Claro, vai ter feriado, e tu não vai ter direito a descanso também, só trabalha, não vai passear”*. De certa forma, a pesquisadora pensou: *“me senti invadida, mas não tenho palavras para dizer por que”*.

3.3.3 Como a Criança Percebe e Sente seus Sintomas de Ansiedade e a Influência do Ambiente nos Mesmos

Durante as primeiras sessões de hora de jogo diagnóstica Jaqueline apresentou-se muito agitada, ansiosa e com dificuldade de estabelecer limites. Observou-se que ao longo do processo a menina se apresentou com intensa ansiedade. Por esse motivo, não foi possível a aplicação da testagem planejada para a presente pesquisa. Sendo assim, no que se refere à avaliação da área intelectual, estava proposto a aplicação do Teste de Inteligência Não-Verbal para Crianças (R2). Jaqueline respondeu corretamente poucos itens e após, negou-se a completar a tarefa, preferindo desenhar. O mesmo fato ocorreu com a tentativa de aplicação de um segundo teste, Escala de Maturidade Mental Columbia (CMMS), no qual ela respondeu somente os itens iniciais, recusando-se a continuar e pedindo para brincar. Portanto, não foi possível obter um resultado da área intelectual.

Apesar de não ter sido administrado testes psicológicos, pode-se observar que o comportamento de agitação, de chupar o dedo, de dormir no leito dos pais são manifestações de intensa angústia. Assim, nesse momento, do ponto de vista emocional, Jaqueline apresentou-se imatura para a sua idade cronológica.

É importante destacar que a primeira sessão lúdica com a menina foi muito intensa do ponto de vista contratransferencial. Ela estava bastante agitada. Abriu o armário onde ficavam guardados os jogos e os brinquedos e colocou-os todos no chão. Após, pediu para brincar de massinha e colocava as mesmas na boca e as mastigava como se fosse um chiclete. Nesse momento, a pesquisadora precisou contê-la. Na sequência, Jaqueline pediu para desenhar. Disse que iria desenhar uma menina. Iniciou fazendo um círculo e, em seguida, riscou a tentativa de desenho, amassou e colocou-o no lixo. Durante o processo a pesquisadora tentava conversar com a menina sobre o desenho, mas ela começou a chutar a terapeuta. O sentimento ao longo do encontro foi de muita raiva e uma vontade de contê-la, como se ela estivesse invadindo o espaço da pesquisadora.

A partir desses sentimentos, na segunda sessão, a pesquisadora trabalhou com o armário chaveado, disponibilizando somente a caixa da menina. Tal atitude aconteceu tendo em vista o sentimento de invasão. Como se necessitasse separar o espaço de uma e o de outra. A invasão era também do ponto de vista corporal, na qual a menina se atirava contra o corpo da pesquisadora e, algumas vezes, chegou a tentar agredi-la fisicamente. Os primeiros contatos com Jaqueline foram muito turbulentos, causando inclusive o sentimento de não querer mais atendê-la. No entanto, na terceira sessão, a pesquisadora pode conectar-se com o sofrimento da menina ao tentar desenhar e não conseguir completá-lo. Quando a terapeuta disse para Jaqueline que ela deveria estar com muita raiva e ao mesmo tempo chateada, ela falou: *“tô sim tia”*. A partir desse momento, o sentimento da pesquisadora começou a mudar. Sentia pena da menina e agora sim, uma vontade genuína de ajudá-la. Foi assim que ela iniciou desenhando somente “a cabeça da menina” e mais para o final dos encontros conseguiu desenhar “meninas de corpo inteiro” (Vide Anexos N e O).

A pesquisadora pode se dar conta de que estavam presentes no *setting* ansiedades primitivas que a menina havia experimentado. Na tentativa de nomeá-las, a terapeuta pensou na vinculação dessas ansiedades com a vivência de adoção. Deste modo, a menina relatou: *“Tenho medo de que alguém me sequestra e me leva para qualquer lugar. Tu viu a Malhação (programa de TV Globo) que sequestraram a Marcela. Era viva, daí os guri sequestraram a Marcela e resolveram matar ela e ela morreu. Sequestraram ela porque são mau e querem grana e vão embora. Fizeram mau com ela, mataram ela! Com a tia dela também, sequestraram e ela queria voltar para a casa dela e sair daquele inferno!”*[Tu tens medo de

que te sequestrem?] *Sim, tenho medo de morrer, tenho medo do homem mau.* [Conta mais, que homem mau é esse?] Agora chega, não fala mais, fica quieta, eu já disse, cala essa tua boca, chata!

É possível que as questões referentes à adoção estejam contribuindo para sua ansiedade, causando-lhe confusão. Observa-se que o desenho (vide Anexo P e Q) Jaqueline pediu à pesquisadora que a ajudasse a desenhar três pessoas olhando para uma mulher que estava no hospital para ganhar um bebê. Ao ser questionada sobre o que estava acontecendo naquela ilustração, a menina disse: *“é uma mulher gemendo assim ai, ai, ai, vou ganhar o bebê, e eles tavam tudo olhando, ela tava toda pelada olha aqui oh, tava aparecendo o sutiã dela”*.

É importante salientar também que a menina demonstrou extrema preocupação referente a questões sexuais. Tal achado também estava contribuindo para aumentar seus níveis de angústia. Em momentos diferentes de hora de jogo diagnóstica houve os seguintes relatos: *“Tinha um vovô e uma vovó (da família terapêutica) que estavam se beijando e caíram assim na cama. Ela tirou a roupa e o bebê mamou na teta. E aí a mãe nanou o bebê e depois ele dormiu”*. *“Tu sabe que eu vejo o canal 41?[e o que é esse canal?] tem um homem pelado e duas mulheres peladas se beijando e vão assim em cima dele olha.* Nesse instante ela pulou em cima da terapeuta e dizia: *“faz cosquinha em mim”* e começou a subir a blusa e queria baixar as calças. Ela precisou ser compreendida e contida. Após, disse que assistia a esse canal sozinha, quando todos estavam dormindo. No encontro seguinte, ela pediu para que a terapeuta novamente a ajudasse a fazer um desenho (Anexo Q). Era uma mulher, um homem e uma menina. Após, colocou uma calcinha na mulher, um sutiã e um *piercing* no umbigo. No homem fez seus órgãos genitais. Quanto a menina do desenho, Jaqueline explicou que ela estava no seu quarto de camisola espiando pela janela. Ao ser inquirida sobre espiava, ela prontamente falou: *“eu espio o meu pai vai em cima da minha mãe e estão tudo assim pelado”*.

Ao que tudo indica, Jaqueline deve ter sofrido uma situação de abuso. Não se sabe ao certo o que houve de fato. Mas, as marcas que ficaram na menina sem dúvida caracterizam uma experiência traumática. Soma-se a essa situação as agressões intraútero sofridas pela menina (relatadas por Andressa) e a própria situação da adoção para aumentar as reações de Jaqueline às invasões. De acordo com a teoria winnicottiana um trauma é compreendido como a reação do indivíduo às invasões ambientais. Se houver reações em demasia pode ser interrompido o continuar a ser pessoal do indivíduo, tornando-se um fator adverso ao desenvolvimento do ego. Desse modo, o indivíduo é obrigado a reagir, ao invés de continuar-

a-ser e atingir a temporalização (tendência à integração), ficando à mercê das ansiedades impensáveis (Dias, 1998).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação a Jaqueline nos Primeiros Encontros

Este tópico já foi abordado no item 3.3.3 (Como a Criança Percebe e Sente seus Sintomas de Ansiedade e a Influência do Ambiente nos Mesmos) desse estudo de caso, uma vez que não foi possível a aplicação da testagem psicológica.

Considerações sobre a aplicação do CAT-A no Pai, na Mãe e na criança

Tendo em vista que não foi possível a aplicação do teste CAT-A na Jaqueline, não será comentado este subitem. No entanto, aspectos referentes aos cartões dos pais foram mencionados no tópico: “Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação aos pais”.

3.3.4 Como os Pais e a Criança Percebem e Sentem as Recomendações Terapêuticas

Entrevista de Devolução com os Pais

Vinheta Clínica

Ao entrar no consultório, Andressa lembra que não encontrou o laudo da psicóloga anterior para entregar à pesquisadora (combinação que havia sido realizada no início da avaliação). Comentou: “*não sei onde está, onde eu coloquei, mas sei que é importante e vou tentar achar para te trazer, desculpa mesmo, sei que estou te devendo isso*”. O pai disse: “*Não foi aquele papel que a gente fez uma fogueira? em defesa da Andressa, se ela não sabe onde colocou é porque está em algum lugar porque ela não coloca nada fora, ela guarda tudo. Se sou eu não garanto que eu vá guardar, que eu saiba onde está, ela é muito organizada*”. Tal brincadeira do pai causou certo incômodo na pesquisadora.

A seguir a mãe referiu que lembrava que a outra psicóloga havia dito que sua filha tinha falta de limites e que o maior problema era ela mesma que não conseguia impô-los à Jaqueline. Acrescentou: “*ela é minha filha, mas às vezes fica impossível de lidar com ela*”.

Foram trabalhadas as questões de ansiedade da menina em relação à adoção. Para exemplificar aos pais o quanto esse tema ainda estava confuso na mente da menina, a pesquisadora utilizou uma vivência de um final de sessão com a menina, na porta de saída do consultório, na qual o pai estava presente, a saber:

T: Tchau Jaqueline.

J: Eu venho outra vez?

T: Sim, vou combinar agora com o teu pai. Os teus pais vem e outro dia és tu, lembra?

J: Qual pais que vem?

Nesse sentido, a pesquisadora referiu que ela precisava trabalhar esse tema em psicoterapia. Eles comentaram que talvez por isso ela tenha muito ciúme da Andressa, quer a mãe só para ela. Disseram que a filha não fica sozinha no quarto, que está sempre envolta deles, quer sentar no meio deles e dormir junto. Deste modo, a terapeuta os questionou sobre a sexualidade exacerbada da menina. Os pais observaram um comportamento sexualizado da menina no jeito que ela dança o *funk*, “*se rebola toda*”. A mãe acrescentou: “*Esses dias ela perguntou o que era transar, perguntou se eu e o Anderson transávamos. Respondi que somos namorados, casados e que as pessoas casadas transam e não falamos mais no assunto com ela*”. Foi perguntado aos pais se ela assistiu a algum programa que possa ter cenas de sexo. Nesse contexto, a mãe falou: “*quando eu vou para o banho tenho que trancar a porta porque ela quer ficar junto, espiando. Ela tem fascinação pelos meus seios e pela minha bunda. Fala que ela quer pegar nos seus seios, se eu deixo ela quer pegar nos meus seios, mas claro que eu não deixo, não pode, que é isso...e ela quer ficar espiando a minha bunda, ver a calcinha por baixo da camisola*”. Já o pai disse: “*por isso eu tomo banho de cueca e não tranco sempre a porta*”. Os pais referiram que cuidam os programas de televisão que eles assistem na frente da menina.

Por fim, foi realizada a indicação de psicoterapia urgente para a Jaqueline diante dessa situação de ansiedade em relação a adoção e sexualidade exacerbada para a idade. Esclareceu-se que por esses motivos que ela não está conseguindo se concentrar e aprender na escola. Ressaltou-se a agitação da Jaqueline em decorrência disso tudo e a repercussão na pesquisa, não podendo ser viável a aplicação da testagem planejada.

Entrevista de Devolução com Jaqueline

Durante o momento lúdico com a criança retomou as combinações de que este era o penúltimo dia que iriam se encontrar. Observou-se que a menina ficou bem mobilizada com esse assunto. Ao longo das brincadeiras trabalhou-se que ela teria alguém para continuar conversando com ela. Jaqueline decidiu então fazer uma festa de despedida no setting. Recortou bandeirinhas, fez bolo de massinha e “convidou todos os bonecos da caixa” para participar da festa de despedida. Em alguns momentos tentava “atirar” o bolo na pesquisadora. Mais para o final da sessão, ela disse: “*mas eu não queria embora tia, vou sentir saudades de ti, tu vai lá na minha casa me visitar! Ai, preciso ir no banheiro*”. Após cinco minutos ela gritou “*deu, já fiz, eu fiz um cocô mole, me limpa!*”. A pesquisadora alcançou lenços umedecidos para a menina e ela disse: “*não, chama o meu pai aqui agora!*”.

Quando seu pai entrou disse: “*Ela fez um cocô? Que bom porque ela costuma ficar uma semana ou mais sem fazer cocô e as vezes reclama que dói, deve ter sido muito boa a consulta né filha!*”

3.3.5 A “*técnica da cabra-cega*”

Entrevista com Jaqueline

Quando Vanessa abriu a porta ouvi Jaqueline perguntar: “*E a outra tia?*”. Vanessa explicou que eu estava ali dentro e ela que me olhou com ar de desdém. Jaqueline entrou na sala, sentou-se na poltrona e, ansiosamente, acendia e apagava a luz. Ao mesmo tempo me olhava e fazia caretas. Senti-me rejeitada. Vanessa então tentou me apresentar, mas ela fazia mil caretas, caras e bocas como quem iria falar alguma frase me rejeitando (pelo menos é o que eu pensei). Quando Vanessa saiu da sala ela me olhou e disse: “*Tu é estranha!*”.

A menina seguiu fazendo caretas e antes que ela me fizesse sentir mais rejeitada ainda convidei-a para pegar os brinquedos e brincar de alguma coisa que ela gostasse. Expliquei que estava ali pra conversar um pouco com ela sobre o que ela achou de vir ali com a Vanessa. Ela aceitou e foi pegando uma caixa com fantasias dentro e outros brinquedos. E disse:

J: Não quero que tu escreva (Tentou tirar grosseiramente a prancheta da minha mão). Tu já foi professora!

C: Por que tu pensaste isso?

J: Tu é séria! Ri, ri...ri assim oh (faz careta de sorriso forçado). Vamos brincar de Dentista, eu sou a dentista e tu deita aí! . Nesse momento, senti medo e preocupação por parecer que estava perdendo o controle da situação.

J: Abre a boca! (Quer colocar um brinquedo de plástico na minha boca)

C: Assim não, assim vais me machucar.

J: Fica quieta! Abre a boca! Obedece! Tu não sabe obedecer! (Grita comigo)

C: Vamos fazer de conta não precisa colocar isso na minha boca tá.

J: Tu tá me desobedecendo! Eu vou chamar o segurança! Segurança, segurança! O delegado vai te prender! Tu é muito desobediente!

Observação: Estava deitada e ela me empurrou, machucou, pensei que Jaqueline viveu abuso sexual ou que sofreu violência doméstica, apanhou ou foi maltratada. Me senti muito mal. Levantei-me e sentei na poltrona. Ela se enfureceu ainda mais pegou uma arma de brinquedo e veio em minha direção.

J: Prende ela, ela acabou de cometer um crime! Eu tive que perder a paciência delegado!

Neste momento, veio em minha direção e machucou-me colocando a arma no meu pescoço. Apertou forte.

J: Me diz! Eu vou te dar uma chance! (Grita!). Segurou a arma firme em sua mão em posição de quem iria me matar e apertou-a contra o meu pescoço.

A cena foi muito violenta e realmente meu pescoço começou a doer.

C: Vamos parar agora com esta brincadeira porque está machucando e a gente tem que combinar de não se machucar para poder continuar brincando.

J: Agora eu vou te matar e tu morre (fazia barulho de tiro).

Fiz de conta que morri e ela veio com uma injeção.

J: Agora vou te dar injeção. Me empurra contra a cadeira.

C: Lembras que a gente não ia se machucar?

J: Tu conhece a minha mãe? Tu sabe né Clara é sem briga, Clara é sem briga! (Gritou me mandando).

C: Quem sabe a gente brinca de outra coisa? Do que tu mais gostava de brincar aqui com a Vanessa?

J: Vamo desenha

Pegamos a mesa, o papel, as canetinhas...

J: Tu que desenha o que eu quiser... faz aí uma menina... de roupa tomara que caia. Nós vamos fazer uma festa (vai pegando brinquedos diversos de uma caixa, tipo fantasias). Nós vamos colar desenhos por tudo aqui, nas paredes tudo.

Observação: Senti cada vez mais angústia como se eu não conseguisse contê-la. Ela era violenta, terrível parecendo querer destruir, estragar colando coisas pelas paredes além de tudo que já aconteceu. Ela seguiu “me mandando”. Foi muito agressiva a situação de *setting*. Ao mesmo tempo, ela causou-me a sensação de desamparo e de que sofreu muita violência, algo que é muito triste. Ela sorria enquanto me empurrava, não havia culpa em seus atos. No final da sessão percebi que até o relógio da sala ficou desmontado, sem um pedaço. Foi uma sessão intensa de conteúdos muito violentos.

Entrevista com os Pais

Os pais entraram juntos, mostram-se simpáticos, mas quem falou mais foi a mãe.

Relatou que a filha apresentava muita ansiedade na escola, com atividade extrema que chegaram a pensar em hiperatividade. Nas palavras da mãe: *“este trabalho intervencionista é bom porque a gente vai vendo, ouvindo e elaborando ao longo do trabalho. A gente foi vendo o que ia acontecendo e a Jaqueline ficava cada dia mais interessada e ambientada. Quando a Vanessa falou em aplicar testes eu disse que achava que a Jaqueline não ia adiante porque*

ela não faz nada que se sente obrigada e se é obrigada fica desinteressada, pelo menos é assim na escola. A professora deste ano que é mais preparada tem mais paciência, conseguiu trabalhar mais com Jaqueline porque ela tem desatenção. A Vanessa disse que tudo que a professora observou na escola também apareceu aqui, mas foi o que eu disse: a Vanessa não conseguiu concluir o trabalho com a Jaqueline por causa de tamanha ansiedade. Ela tem medos, fobias, não desgruda da gente, não consegue ficar no quarto dela, não admite dormir sozinha. Tem medo ela me diz: “Fica aí Mãe, me olhando”.

Perguntei se a família passou por alguma situação de violência, pois até o momento, a mãe falava bem tranquila e nada parecia refletir toda aquela violência que eu acabara de experimentar com Jaqueline. Assim, a mãe respondeu que ela é adotiva. Relatou que sua mãe biológica era prostituta e que agredia a criança com palavras. Pensou em abortar, mas não o fez. Relatou que percebe na filha *“um sentimento gigantesco de rejeição e dificuldade de identificação porque a mãe biológica teria tentado atirar a filha pela janela ainda bebê. A Jaqueline berrava muito, não de fome, mas de insegurança. Até hoje ela tem a necessidade de estar enfiada em tudo que é assunto, conversa de adulto não desgruda”*.

O pai complementou: *“Esta avaliação chegou em um momento muito importante porque a gente pensava que estava exagerando que não era para tanto, mas agora depois desta avaliação ela até pára para ver um filme e as notas na escola melhoraram”*.

Após a intensa sessão com Jaqueline fiquei um tanto “anestesiada” na conversa com os pais. Senti não ter “recolhido” tudo que eu precisava. A mãe parecia entender de algumas coisas e o pai pouco me transmitiu. Cheguei a olhar com desconfiança para este casal pensando que eles agridem a menina, mas tudo é “pintado como belo”. Não sei muito bem expressar. É “como se” e fico mais em um vazio. Nem consegui sentir rechaço, nem dó, nem pena, nem nada.

No momento de relatar esse caso pensei que é muito difícil lembrar do rosto do pai. No entanto, lembro-me perfeitamente do rosto da mãe. É como se algo tivesse ficado “bloqueado” para eu não lembrar. É como se toda aquela conversa macia da mãe, com uso de alguns termos técnicos e uso de linguajar elaborado tivesse me “seduzido”, enganado e “encantado” como nas histórias infantis nas quais uma bela fada ou uma sereia encanta com sua voz e vai levando a pessoa naquela ilusão. Pensei na Branca de Neve com a bruxa parecendo uma velhinha indefesa que causa medo, mas ao mesmo tempo, consegue iludir a Branca de Neve e ela morde a maçã envenenada. Será que caí no conto da maçã envenenada e não olhei para o pai da menina? O pai praticamente não falou e minha contratransferência parece de congelamento. O fato é que a gente tende a olhar para a mãe. Seria um pai falso *self?*

Permaneci com um sentimento “Cadê o que estava aqui antes?”. A sessão com a menina é de intensidade agressiva e de violência e a sessão com os pais é um “nada”. Não conseguia sentir nada. Nem nojo, nem medo, nem dor... nem nada. Enquanto isso ainda ecoava dentro de mim a sessão com a menina que queria “sujar toda a sala, pintando, colando desenhos e fazendo *uma festa ali* (palavras dela)”. A questão mais forte que percebo é que eu não estou conseguindo ver... afora uma ideia de que esta menina “foi roubada” da mãe ou “encomendada” da mãe biológica. Foi vendida? A cena da arma no meu pescoço não me sai da cabeça.

3.3.6 A etapa final de *follow up*

Transcorridos dois meses da entrevista final, a pesquisadora entrou em contato com Andressa para saber se eles haviam procurado atendimento psicológico para a menina. Cabe destacar que Jaqueline foi encaminhada para uma instituição de psicoterapia psicanalítica que possui um núcleo especializado em situações de abuso. Andressa confirmou que estão gostando muito do atendimento. Explicou que ela está sendo atendida junto com a filha por duas psicólogas.

Jaqueline parecia estar ao lado da mãe no momento do telefonema e quis falar com a pesquisadora:

J: Oi, tudo bem, quando eu vou ai?

T: Oi Jaqueline, tudo bem. Conta como tu vais?

J: Bem, mas quando eu vou ai de novo? Nunca mais?

T: Olha, quando tu precisares bastante de mim eu falo contigo no telefone, combinado? Tu tens outras psicólogas que estão cuidando de ti agora. O que tu estás achando?

J: Tá legal até ir lá, eu vou com a minha mãe.

T: E tu gostas?

J: Sim, gosto de ir. Mas, eu gosto de ti também.

T: Eu também gosto de ti.

J: Tá, tchau então!

T: Tchau!

3.3.7 Síntese do Caso

Diante dos dados analisados, pode-se pensar porque os pais enquanto “ambiente que percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança” não relatou nas entrevistas iniciais uma percepção em relação à intensa sexualidade da filha. Seria uma negação?

Tanto a pesquisadora quanto a terapeuta Clara que realizou a técnica da cabra-cega sentiram-se invadidas pelas angústias da criança. O clima que predominava era de uma ansiedade inominável. Nesse sentido, a percepção e os sentimentos da menina em relação aos seus sintomas também eram aos pedaços, desintegrados e, portanto, sem palavras.

Pode-se pensar que ao oferecer à Jaqueline um ambiente continente das suas ansiedades a terapeuta pode auxiliar a menina no seu processo de integração de alguns aspectos cindidos da sua personalidade. Acredita-se que ao vivenciar com Jaqueline as suas ansiedades, a pesquisadora colaborou na significação e simbolização do seu trauma (Junqueira, 2002; Sussuman, 2000).

Por fim, a pesquisadora crê que os resultados dessa avaliação foram positivos para a menina e seus pais, pois ao realizar o contato telefônico descobriu-se que a menina estava sendo atendida. De certo modo, essa notícia confortou a pesquisadora, saber que a menina teria um amparo, tamanho desamparo experimentado.

3.4 Caso Júlio

3.4.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade

No período da avaliação psicológica, Júlio tinha 6 anos de idade e acabara de ingressar na 1ª série do ensino fundamental de uma escola pública de Porto Alegre. Quanto à escolaridade dos pais, o pai possui o segundo grau completo e trabalha como autônomo e a mãe tem o terceiro grau incompleto e não estava trabalhando, havia retornado seus estudos. A renda familiar, na época, girava em torno de três salários mínimos. Na época da avaliação a sua mãe (Márcia, 29 anos) e o seu pai (Rafael, 26 anos) haviam se separado há 9 meses e por esse motivo Júlio residia com sua mãe, sua avó materna e seu irmão (Fernando, 4 anos).

Cabe destacar que apesar de Júlio não ter sido convidado pela coordenação pedagógica da sua escola para participar da pesquisa, na ocasião, sua mãe soube deste trabalho e espontaneamente quis participar. O motivo da busca de atendimento foi devido ao fato de Júlio estar com dificuldade de lidar com o processo de separação dos pais, apresentando-se em alguns momentos agitado, ansioso, “rebelde” e, em outros, mais quieto, não querendo conversar muito com seu pai.

De acordo com os motivos manifestos de ansiedade relatados pelos pais e os resultados dos questionários (CBCL e SCAS-PAIS) também foi confirmada a presença de sinais e sintomas de ansiedade. Desta maneira, conforme o questionário CBCL na escala orientada pelo DSM-IV foi obtido escore em nível clínico para *Problemas de Ansiedade* (Escore *T* equivalente a 74 e percentil 97). Para a escala de ansiedade SCAS-PAIS foi obtido escore acima da média na subescala *Ansiedade de Separação* (Pontos=11, M=3.7, DP=2.9).

3.4.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança

Breve relato da história da criança

Júlio nasceu prematuro aos 8 meses, pois sua mãe teve pressão alta durante a gestação. Após, seu desenvolvimento foi normal. Segundo a mãe, ele mamou no peito até os 3 meses e passou para a mamadeira até completar 3 anos de idade.

Márcia informou que Júlio caminhou e falou por volta de 1 ano de idade, na mesma época em que frequentou a pré-escola. O controle dos esfíncteres aconteceu em torno dos dois anos e três meses.

É válido destacar que quando bebê realizou tratamento para bronquite e ainda tem constantes crises de asma. No anterior à realização da pesquisa, Júlio fez uma biópsia, pois estava com um linfonodo no pescoço no qual o diagnóstico era benigno. Nessa época, seus pais ainda não haviam se separado, ficaram mais alguns meses juntos para de fato ocorrer a separação definitiva. No entanto, de acordo com o relato do pai: *“a gente sempre brigou e não foi a primeira vez que eu saí de casa, foram várias vezes nesse vai e volta e a gente sempre se acertava de novo”* e a mãe respondeu *“pois é Rafael, foram várias vezes, eu te dei várias chances e agora essa separação não tem mais volta”*.

O casal comentou que ultimamente eles discutem bastante sobre a educação dos filhos, pois existem desavenças na maneira de lidar com as crianças e desacordos com relação ao pagamento da pensão alimentícia aos filhos.

Vinhetas clínicas das entrevistas realizadas com pais

A mãe

“Júlio tem dificuldade de se concentrar e é rebelde e genioso em casa apesar de na escola estar tudo bem com ele até o momento. Ainda é começo de ano, então vai ter tempo para saber ler e escrever”.

“Eu não sei se o Júlio não tem esses problemas todos de ansiedade porque a gente teve um casamento de 8 anos, mas nesse tempo todo a gente se separou umas quatro vezes de ficar meses sem se ver. O Rafael é muito imaturo, me traia e eu perdoava ele, só que agora não dá mais, ele me traiu com a esposa do meu primo que vivia lá na nossa casa, inclusive a filha dela é amiga dos meus filhos, aí não dá. Sempre foi tudo comigo, dar banho, almoço, janta, levar para passear. Depois que eu fiquei grávida do Fernando a gente resolveu tentar, mas realmente, não dava mais. O Fernando ainda parece que fala sobre isso e se manifesta, chora, falava que não queria que a gente se separasse e o Júlio não, ele nunca falou nada,

nada e fica quieto num cantinho brincando. As vezes eu acho que ele estoura fica rebelde e genioso, por exemplo, implica que não quer tomar banho e não quer ir na casa da avó paterna”.

“Ele sempre teve medo de vacina, injeção e sempre foi muito chorão. No último final de semana na casa da avó paterna tinha uma mulher com um tumor na face e ele olhou pra ela e começou a chorar desesperadamente e o pai dele teve que trazer ele correndo para casa”.

“O Júlio as vezes ficava com medo do pai porque o Rafael não conversa, teve a criação diferente de mim, o próprio Júlio dizia ‘o pai só sabe me bater’ e ainda deixa eles toda hora de castigo”.

Aplicação do CAT-A na Mãe

Cartão 3

“Deixa eu pensar. Como eu posso dizer. Me veio assim, o meu pai nessa figura. Uma pessoa bem presente, marcante. Embora muito quieto, mas ele sempre estava me observando sentado no sofá vendo tv e com uma postura de observar. Os guris sentiam a falta dele quando não estava. Uma época ele usou fralda e os guris vinham com iogurte para ele. A minha mãe era quem colocava de castigo. Mais quieto, mas com esse jeito de ser sempre se impôs, a maneira dele, serena. Sempre a favor da mãe, dos filhos, sempre nos proporcionando. Com a pensão dele eu pago os meus estudos. Ele sempre falou isso de estudar. Foi uma figura presente. Sempre dizia alguma coisa. Uma noite de lucidez no hospital ele falou que não era para eu deixar o Rafael me judiar.”

Cartão 4

“Bom, essa aqui sou eu e as crianças. A gente indo no parque, fazendo piquenique que o Júlio gosta muito. Eles prezam muito esses momentos, mesmo que seja só eu e eles. Os dois sempre na minha volta. É um momento que quando a gente tem é bem importante, eu sei que eles gostam disso assim. Andando de bici, eu e eles.”

Cartão 8

“Bom é lá na casa dos pais do Rafael. Eles são pessoas assim. É uma família grande. Estão juntas, mas não estão. A vó do Rafael, essas duas as tias dele. E essa aqui é a vó do Júlio. É sempre autoritária e age assim, impondo, mandando. Ele tem uma reação negativa e acaba fazendo o que ela quer. Chorando, mas faz. A primeira coisa que ele fala é isso, que a vovó

só fica me mandando. Justifica dizendo que ele é grande e não é mais criancinha. Que o pai dele ficava sozinho lavava a louça, limpava a casa. Eles moram em Alvorada. Ela manda ele comprar coisas sozinho no bar. Ela manda ele comprar pão e leite porque os tios estão dormindo. É complicado porque eles têm uma outra cabeça. O Rafael teve essa criação assim. Agora ele está usando as crianças para me atingir. Ele não cumpre as coisas que combina com as crianças.”

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e foi confirmada a presença características para Transtorno Distímico de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

O pai

Vinheta Clínica

“Eu fico preocupado porque o último desenho sobre a família que ele fez na escola só tinha ele, o mano e a mãe, eu não estava no desenho, isso me magoa muito”.

“Ele não quer ir lá pra casa, disse que tem medo de ficar longe da mãe dele”.

“Quando ele sai comigo, fica quieto e quase não fala nada, tenho que ficar arrancando as coisas dele, perguntando tudo senão ele não me conta. Eu sinto muita falta de como era antes, todos nós juntos. Quando eu vejo uma família na rua eu fico muito mal, ando me sentindo muito mal (chorou nesse momento)”.

Aplicação do CAT-A no Pai

Cartão 3

“Isso aí eu acho que era... não digo que seria eu dentro de casa, mas falta uma referência. Talvez uma pessoa que consiga... que ele (Júlio) consiga ver, que seja presente, tipo meu pai está ali e tal. Não digo que represente eu. Acho que está faltando para ele uma referência masculina. Talvez seja um machismo da minha parte, mas eu acho importante. Não digo que não seja criado, mas tem conversas com o pai que não fala com a mãe e vice versa. Talvez agora não faça falta, mas talvez vá fazer.”

Cartão 4

“Pra mim é a visão dele. Assim... que está faltando alguém de novo, lá ele, a mãe dele e o Fernando. Está faltando alguém, acho que seria a visão que ele teria assim. Eles não deixam de estar tranquilos, mas em minha opinião, falta o pai no caso. Acho que é isso.”

Cartão 8

“Acho, a visão que eu tenho é que aqui está chamando a atenção da criança. Algo ele fez de errado, talvez tenha feito alguma arte diante das pessoas que estão naquele lugar e está chamando a atenção. [Como é o clima?] Uma reunião de família para mim. [O que tu ligas com o Júlio?] Talvez até já tenha acontecido isso em casa com pessoas. Ele correndo no meio da sala, a gente conversa, é criança, até mesmo quer estar presente com os adultos.”

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação aos pais

Já no primeiro encontro com o casal a pesquisadora ficou com a impressão de que grande parte dos problemas do menino girava em torno das brigas dos pais. Eles pouco falaram sobre as questões que os preocupavam em relação ao menino, predominando os problemas de casal. Nesse sentido, o pai disse: *“se tivesse essa conversa antes tudo seria diferente , tu veio a calhar...nesse momento está sendo mais nós do que o Júlio”*.

Na entrevista com Márcia, ela relatou: *“depois da separação, ele começou a me ameaçar, dizendo que eu estava prejudicando as crianças, que eu não deveria ter namorado e dizia na frente deles ‘olha, vocês estão vendo é a mãe que não quer o pai de volta é culpa da mãe’ ...isso não se faz , não se fala na frente das crianças e ele passou me traindo, tem aquela mulher de namorada e não quer que eu tenha namorado”*. Durante as entrevistas com a mãe o sentimento contratransferencial foi de pena. Ela passou 8 anos com ele a traindo e a maltratando no trabalho. Márcia explicou que eles trabalhavam juntos no negócio de família e ela não recebia, era Rafael quem administrava todo o dinheiro da família. Márcia havia comentado que *“nem para fazer a unha ele me dava dinheiro e isso que eu trabalhava parêlho com ele”*. A pesquisadora ficou pensando porque ela se submeteu tempo a um relacionamento infeliz. Os sentimentos de menos valia estavam presentes em todos os encontros. Por meio do teste de Rorschach confirmou-se a presença de transtorno distímico, o que pode justificar o seu comportamento.

No que se refere aos encontros com Rafael é importante mencionar que a pesquisadora marcou mais sessões terapêuticas com esse pai do que os demais da pesquisa. Ele estava depressivo por conta da separação com a esposa e dizia: *“eu queria ter a minha família de volta só que não dá, agora é tarde e eu fiz muita besteira, a Márcia não vai me aceitar de*

volta”. Foi necessário intervir para que ele compreendesse que a separação da esposa não envolvia a separação dos filhos. Nesse sentido, falou: *“eu tenho medo que eles me esqueçam como pai, se a Márcia ficar com esse namorado então pode piorar”*. A pesquisadora entrevistou trabalhando a respeito da função paterna. A partir disso, Rafael passou a buscar os meninos com mais frequência e parou de ameaçar Márcia. Em um encontro, ele teve um *insight* *“agora que tu me explicou eu entendi que mesmo separado da Márcia eu posso ser um bom pai...eu pensei que o meu pai, por exemplo, mesmo não sendo separado da minha mãe era um pai ausente, nunca sentou comigo para conversar essas coisas de homem...talvez por isso eu traia a Márcia, tinha alguém para me aconselhar...com os guris eu quero fazer diferente, quero estar sempre ao lado deles. E eu vi que essa coisa de conversa, de terapia ajuda e eu to me sentindo melhor depois de vir aqui conversar contigo...eu acho que eu tenho que fazer terapia...”*.

3.4.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos

Durante os momentos lúdicos com o menino, este se mostrou muito quieto, reservado, brincava em um canto da sala e não queria a participação da pesquisadora, que se manteve, inicialmente, observando. Após, houve a aplicação do Teste de Inteligência Não-Verbal para Crianças (R2) no qual Júlio aparentou estar um pouco mais interessado. O menino atingiu classificação em nível Médio Superior. Quando foi devolvido o resultado da testagem para o menino ele sorriu e disse: *“é mesmo? Tu viu aí que sou inteligente!”* Parece que a partir desse momento, criou-se um espaço em que a pesquisadora podia falar com ele.

Na aplicação da escala SCAS-CRIANÇA (atingiu escore elevado para Ansiedade de Separação, $T= 70$), Júlio mostrou-se colaborativo, porém respondia somente ao que lhe era perguntado, sem comentários adicionais. O menino se mantinha muito retraído e a sensação da pesquisadora era de que não estava lhe ajudando, não estava compreendendo as suas necessidades e ansiedades. Mas, resolveu dizer: *“olha Júlio quando tu quiseres brincar, falar, estou aqui... pode ser no teu tempo”*. Ele ficou mais um tempo quieto e depois falou: *“sabia que eu tive dor de barriga de novo quando eu fui lá na casa do meu pai”*. Desde então, mudou um pouco o clima da sessão e a pesquisadora sentiu-se incluída no processo. Ao pensar sobre os seus sentimentos, a terapeuta refletiu que talvez o menino estivesse se sentindo sem entender o que houve na relação dos pais e excluído também.

Procedimento de Desenhos-Estória

Desenho 1 (Anexo R)

“Isso aqui era dois peixes, igual ao que vi na praia em um aquário. [Como eles se sentiram?] tristes porque a família deles se mudou para a cidade. [porque ?] não sei, não sei mais nada, esqueci tudo”.

Desenho 2 (Anexo R)

“Isso aqui é uma onça. Ela quer comer. [o que?] ah, maçã, pera e a águia está pousando na árvore. Está tentando ver o que tem dentro para quebrar, dentro da árvore. O tigre que quebra a árvore. [tigre?] Não, a onça, eu me enganei, ela quer quebrar o que tem dentro para comer”.

Desenho 3 (Anexo S)

“Isso aqui é um monte de peixes pais e filhos. Só que daí vinha um tubarão atrás deles e eles saíram tudo correndo. Aí o tubarão comeu um peixe. [como se sentiram?] tristes porque ele morreu, mas daí saiu do fundo do mar a baleia. E o tubarão não comia baleia. Aí a mamãe peixe teve mais um monte de peixinhos que nasceram. Bem, menos um que estava longe do peixe pai. [e como termina?]. Ah, eles no fim ficaram todos amigos, até o tubarão.

Observa-se nos desenhos que o menino trouxe a tona a conflito que envolve a separação dos pais e um desejo que saber o que se passa dentro dele.

Aplicação do CAT-A no filho

Cartão 3

Original

“É um tigre? Eu só sei contar coisas que têm criança, mas igual a esse aqui não sei. [Vem alguma ideia na cabeça?]. Nada. Eu só sei de criança e coisa assim.”

Interventivo

“Não sei. [Esse leão te assusta?] Não. [E o ratinho?] Nada também.”

Cartão 4

“A mãe levou eles para um lugar para comer o lanche e o irmão mais velho foi de bicicleta e o pequeno com a mãe. Daí foram lá na casa dos amigos e encontraram com o pai que disse que eles podem brincar lá fora e brincaram, andaram de balanço, de bicicleta, pularam. Brincaram de boneco e foram para casa de volta para escola. Brincaram de balão e foram para casa. Jogaram, foram brincar no quarto, ver televisão. [Como se sentiram?] Feliz.

Porque era dia de natal e eles dormiram e ele pediu um brinquedo para o Papai Noel. Ele deu um Max Steel e o pequeno ganhou uma coisa de pesca, uma vareta com uma corda que era igual o pescador. Tinha os peixinhos e brincavam com eles peixinhos, Max Steel e foram tomar lanche”.

Interventivo

“Tem a ver andar de bicicleta e ir para a escola. [Não está mais a mãe e o pai juntos. O que tu acha?] Não sei.”

Cartão 8

“Um macaco. A mãe tava falando com ele que era para ele ir lá fora que eles tavam conversando. E chegou o tio dele e ele foi dar oi para o tio e tinha uma surpresa para ele e era um cavalo de controle remoto. E daí ele foi lá brincar com o cavalo e depois a mãe foi falar com ele e ele foi para o quarto olhar tv. [O que a mãe falou?] Para ele ir para o quarto ver tv porque tavam conversando sobre o trabalho deles. [A criança não podia ouvir?] Não porque queria ver tv e se sentiu feliz para ir para a rua. Eles foram embora e tomaram café, foi para a escola, lanchou, brincou, fez os trabalhinhos. Voltou para a casa, se sentiu feliz. Fim”.

Interventivo

“Ganhando um brinquedo. Gosto de ganhar brinquedo, carrinho de controle. Só.”

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação a Paulo nos Primeiros Encontros

Este tópico já foi contemplado na exploração do material da criança

Breve consideração sobre a aplicação do CAT-A no Pai, na Mãe e na criança

Pode-se notar que no cartão 3 Márcia percebe a figura paterna como mais passiva e observadora, no entanto, parece ser provedora das suas necessidades. Já Rafael relaciona o cartão ao seu próprio estado atual de estar longe dos filhos. Ele referiu uma ausência que também pode representar o modo como se dá a relação entre ele e seu pai. Quanto ao menino, constatou-se um bloqueio no cartão, o que pode significar dificuldade no que tange à figura paterna. Para o cartão 4, tanto na mãe, quanto no pai e na criança verifica-se um bom relacionamento, com momentos prazerosos. Todavia, Rafael aponta novamente a falta do pai.

Por fim, no cartão 8, Márcia associa ao funcionamento da família de Rafael. Aponta a avó paterna como uma pessoa muito rígida. Referiu em momento diferente “*a mãe do Rafael chegava a colocar cocô na chupeta dele para ele não chupar mais bico, vê se pode!*”. Percebe a mãe de Rodrigo como autoritária até mesmo com Júlio. Na percepção do pai para o cartão 8 a criança fica longe, mas demonstra desejo de estar perto dos adultos. Para Júlio, no relacionamento com a família aparece referência à mãe e tios, sendo que o pai, não é mencionado.

3.4.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas

Entrevista de devolução com os pais

M: Tu sabe que ele deu uma boa melhora em casa, tá querendo disputar com o irmão, fala coisas que até me surpreende.

R: Comigo também ele se soltou mais.

M: É, mas na segunda vez que ele veio aqui ele saiu um pouco irritado, mas depois passou.

R: Noto que quando ele me vê está menos agressivo

M: Ah e ele não reclama mais tão seguido de dor de barriga e as crises de asma deram uma trégua.

No final, os pais comentaram que estão podendo conversar sem brigas, mas procuram falar quando ele não está por perto, se precisarem discutir. Eles concordaram com a indicação de psicoterapia para o menino.

Entrevista de devolução com Júlio

Nessa sessão Júlio brincou com a casinha novamente. Encenava briga entre os personagens e depois, no final, todos viravam amigos. Foi trabalhado com o menino sobre os seus sentimentos “de briga e de término”, já que era penúltimo dia. Ele ficou mais quieto nesse último encontro e quis brincar de batalha naval. A pesquisadora conversou sobre as batalhas do menino. Em dado momento, ele referiu: “*batalhei*”. [O que tu mais batalhaste?] Ah, para a minha mãe e o pai serem sem brigas, só que as vezes não dá . [E tu ficas triste?] Fico né.

3.4.5 A técnica da cabra-cega

Júlio entrou quietinho, com a face triste. Perguntei sobre a escola e ele disse que estava na 1ª série..

C- Do que tu gostas de brincar?

J- Com jogo, brinquedo de desenhar e também de brincar com o que tem dentro disso aqui.

Observação: Júlio pegou a caixa de brinquedos. Foi pegando os brinquedos e colocando em cima da mesa. Escolheu o homem aranha, a família e foi mexendo na caixa, ficando de costas para mim. Colocou os dinossauros no chão e foi separando-os, compondo um tipo de roda de dinossauros onde dois ficavam juntos. Desta forma, os dinossauros ficavam se beijando, colocava a “mãozinha” de um no rosto do outro e, em seguida, separava-os. Com isso, passa a repetir uma brincadeira de juntar e separar. Pairou um silêncio no ar. Ele não falou, apenas fez os gestos com os dinossauros.

C- O que eles estão fazendo?

J-Tão....brincando.

C-Brincando? De quê?

J-Pega...pega. (Fez o dinossauro alado voar e repetiu o juntar separar, porém surgiu uma briga entre os dinossauros. Repetiu diversas vezes: juntou em círculo, bem juntos, depois separou. Sempre dois dinossauros seguiam brigando).

C-Eles tão brigando? Por quê?

J- Porque ele é quase bem maior do que os outros.

C- E o que tu achou de vir aqui brincar com a Vanessa?

J- Legal. (separou de novo os casais dinossauros).

C- Tu gostou deste jeito de conversar com a Vanessa?

J- Sim.

C- Te ajudou?

J- Sim.

C- No que tu achas que te ajudou?

J- Em brincar (separou de novo os casais de dinossauros. Ficou de costas para mim).

C- Tu não gosta muito de conversar?

J-Gosto.

C- E do que tu gostas de conversar? (fez os dinossauros voarem dois a dois).

J- Não sei (respondeu após um silêncio).

Observação: a sessão com Júlio foi tão silenciosa que ouvi os sons da rua. Ele não falou de forma espontânea, apenas respondeu o que foi perguntado. Permaneceu de costas para mim, brincando no canto da sala com os dinossauros, repetindo diversas vezes o mesmo “jogo” de juntar e separar os dinossauros: separa casais.

C- Tu queres me contar mais alguma coisa?

(Silêncio).

C- Júlio?

(Silêncio. Seguiu o jogo de juntar e separar).

Observação: chamou-me atenção que deixou a família de fora da caixa, de um lado, mas não brincou. No final da sessão pegou o homem aranha e fez ele brigar com um guarda (no ar).

Entrevista com os Pais

M: Acho que foi válida a experiência para nós como pais. Ele pode mostrar algumas coisas que está vivendo e saber sobre ele. Foi válido tudo. Eu gostei também muito de vir aqui e do Júlio ter essa oportunidade, são poucas pessoas que tem essa oportunidade e foi bom para o Júlio. Essa situação que ele está vivendo da separação são várias coisas novas e a gente teve o acompanhamento da Vanessa. Ela nos explicou porque ele tem altos e baixos e ele acalmou um pouco e conversa mais.

R: A gente entendeu um pouco mais ele.

A mãe interrompeu:

M: Eu gostei, achei ótimo me acrescentou como Mãe.

O pai prosseguiu:

R: Eu também adorei. Ele está crescendo, o mundinho dele está se expandindo. Na escola está super bem. Bem elogiado, bom aluno e bom colega. Ele gosta de ser o centro das atenções- fica bem tranquilo quando está sozinho. Valeu a pena!

Foi consenso entre todos os pais entrevistados a expressão de satisfação. Todos gostaram muito e queriam que as crianças continuassem sendo atendidas pela Vanessa.

3.4.6 A etapa final de follow up

A pesquisadora tentou entrar em contato com a mãe, mas não conseguiu. Após, fez contato com o pai. Ele disse: “olha que eu saiba o Júlio ainda não conseguiu ir para a terapia, mas teria que falar melhor com a Márcia só se ela resolveu alguma coisa por esses dias e eu não to sabendo. De resto é isso. Ele melhorou bastante depois de ir aí. De qualquer forma eu vou falar com a Márcia para ela te ligar então”. A terapeuta não conseguiu contato com Márcia após várias tentativas.

3.4.7 Síntese do Caso

A pesquisadora acredita que o ambiente (pai e mãe) pode perceber que os sintomas de ansiedade do menino também seriam fruto do momento em que estavam vivenciando: uma separação conjugal. A pesquisadora também pode detectar a influência das brigas do casal nas vivências do menino. Por meio da oportunidade de um ambiente terapêutico os pais puderam

se dar conta desses aspectos e fazer modificações na sua conduta. Por sua vez, Júlio pode expressar seus conflitos em um ambiente continente que respeitou o seu “tempo”. Com isso, observou-se uma diminuição dos sintomas somáticos (asma e dor de barriga) e puderam ser integrados alguns aspectos cindidos. O menino conseguiu dizer que estava triste.

A tristeza do menino também pode ser captada “pelo ambiente Clara” e nesse encontro lúdico, ficou explícito o motivo da consulta. De uma forma verbal ou não verbal, Júlio comunicou o que estava lhe afligindo.

A pesquisadora acredita que esses encontros interventivos foram terapêuticos para essa família, apesar deles não terem procurado seguir a recomendação de tratamento psicoterápico para o menino.

3.5 Caso Angélica

3.5.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade

No momento da avaliação psicológica, Jaqueline tinha 11 anos de idade e acabara de ingressar na 6ª série do ensino fundamental de uma escola particular de Porto Alegre. Quanto à escolaridade dos pais, o pai possui o segundo grau incompleto e trabalha como tecnólogo e a mãe tem o terceiro grau incompleto e trabalha na área de vendas. A renda familiar, na época, girava em torno de três salários mínimos. A menina residia com seus pais Carmem (40 anos) e Giovani (56 anos).

Ao buscar atendimento para a filha em uma instituição que trabalha com avaliação psicológica, em Porto Alegre, Carmem foi convidada a participar da atual pesquisa. O motivo da procura de auxílio para Angélica foi devido ao fato da mesma estar muito ansiosa e não conseguir realizar as provas na escola, apresentando crises de choro, “brancos” e “suando frio”. Cabe ressaltar que, segundo a mãe, de modo concomitante ao psicodiagnóstico Angélica realizou duas consultas psiquiátricas e foi receitado medicação (fluoxetina).

Os motivos manifestos de ansiedade relatados pelos pais também puderam ser confirmados através dos questionários dos resultados aos questionários CBCL e SCAS-PAIS. Deste modo, de acordo com o questionário CBCL na escala orientada pelo DSM-IV foi obtido escore em nível clínico para *Problemas de Ansiedade* (Escore *T* equivalente a 74 e percentil 97). Para a escala de ansiedade SCAS-PAIS foram obtidos escores em nível elevado para as subescalas *Fobia Social* (Pontos=10, M=4.8, DP=3.2) e *Medo de Danos Físicos ou Fobia Específica* (Pontos=7, M=2.7, DP=1.8).

3.5.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança

Breve relato da história da criança

Angélica nasceu de cesariana com 41 semanas e 3 dias. Segundo a mãe *“mais um dia ela não sobrevivia, mas deu tudo certo”*. Após 3 meses, Carmem precisou voltar a trabalhar, mas continuou amamentando até os seis meses. A menina começou a caminhar com um ano de idade e meses depois já foi para a creche. De acordo com Carmem a adaptação na escola foi boa e em seguida também tinha realizado o controle esfincteriano. Aos 2 anos e meio a menina começou a falar.

Quando Angélica tinha cinco anos e meio, sua avó materna faleceu. Na mesma época, seu pai conseguiu um emprego no interior do estado. A família então se encontrava nos finais de semana. Carmem relatou: *“a gente não aguentou muito tempo e nos mudamos para lá com o Giovani. Consegui um bom colégio municipal para ela e se adaptou bem. Ela atingiu os objetivos e se alfabetizou bem”*. Carmem relatou que ela e sua filha sentiram muito a morte da avó, pois elas costumavam conversar todos os dias. Comentou: *“Eu chorava quase todos os dias, procurava não fazer na frente dela, mas as vezes era impossível”*.

A mãe relatou que a família ficou quase três anos nessa cidade do interior do estado e depois se mudaram novamente para Porto Alegre. Comentou: *“ficamos 2 anos e 5 meses eu e a Angélica aqui e o Giovani trabalhando lá e vindo nos finais de semana. Faz um mês e pouco que ele está morando com a gente aqui de novo”*.

Vinhetas clínicas das entrevistas realizadas com pais

A mãe

“Isso nunca tinha acontecido antes. Telefonam pra mim lá do colégio dizendo que no meio da prova ela se desesperou e começou a chorar. Mas, eu sei que ela estudou e sabe a matéria porque as vezes eu faço perguntas e ela sabe responder bem certinho cada questão, isso aí é pura ansiedade que ela sente, esses brancos, só pode ser, porque sempre foi boa aluna, nunca teve dificuldade”.

“Eu e uma amiga pensamos que talvez Angélica esteja assim por causa da vinda do pai dela pra cá. Antes a atenção era toda pra ela e agora eu divido com o pai dela”.

“Acho que um pouco de ansiedade também pode ser porque ela fica sozinha em casa de tarde. Ela chega ao meio dia, esquenta a comida dela e fica sozinha até a gente chegar por

volta das seis horas. Ela falou que tem um pouco de insegurança, ela passa me ligando a tarde toda, umas quatro vezes pelo menos ela me liga. Acho que ela sente falta de alguém para conversar e interagir porque antes tinha uma senhora que cuidava dela”.

“Eu e o Giovani a gente discute sobre essa ansiedade da Angélica, para ele não existe essas coisas de psicológico, ele acha que é tudo frescura e que ela faz isso para chamar a atenção. Por ele ela não teria consultado no psiquiatra e nem aqui”.

“Acho que ela tem medo do pai, porque me fez jurar para não falar para ele sobre as notas ruins na escola e os problemas de branco na el, ela chega a choramingar para eu não contar. Ela me disse que quer gabaritar as provas, mas a gente não pede isso para ela”.

“Acho que essa ansiedade toda da Angélica nos estudos, esses brancos que dá vem das cobranças do Giovani. Ele tem outros três filhos do primeiro casamento que agora já são adultos. Nenhum deles quis estudar e Giovani sempre mandava dinheiro para estudos. Só o do meio agora que parece que está estudando, aos 24 anos. E ele cobra isso da Angélica, fica no pé dela”.

Aplicação do CAT-A na Mãe

Cartão 3

“É um leão? Sim! Ah, tem um charuto! Essa imagem me passa uma pessoa acomodada esperando as coisas acontecerem, tá velhinho, já tem bengala, tá meio entediado. Me lembra ele (marido) mais ou menos, que ele não é de atitude. Eu sou ousada, meto a cara, peito. E ele é ao contrário, primeira coisa que vem na cabeça é não, não vamos conseguir, é bem oposto assim.”

Cartão 4

“Que bonitinha. Não é a mãe canguru é coruja (brinca) levando os filhos para passear, cada um com seu brinquedo. Está fazendo lazer com os filhos. Não se esquece dos compromissos, tem a bolsa e, ao mesmo tempo em que é mãe é elegante, tem chapéu, bolsa. [E lembra alguma coisa?] Lembra eu e a Angélica. Há tempo que a gente não tem muito lazer. Mas quando a gente vai no shopping, somos eu e ela a comprar roupas, sapato...é um momento em que a gente passa junto.”

Cartão 8

“Isso aqui seria a casa da vó, acredito, tomando um chazinho. Uma mãe ensinando ou repreendendo o filho e ele bem atencioso. E ela está repreendendo porque está com o dedo apontando para ele. Pode ser alguma arte que ele fez. E a criança está atenta ali, escutando o que está falando. [E o sentimento?] O sentimento é de orientação, de querer o melhor para ele para poder ensinar. Isso lembra todas as coisas que eu cobro da Angélica, é para o mundo, porque depois o mundo vai cobrar dela. Ela me disse que eu estou cobrando muito e ela não faz. Não arrumou o quarto, a cama. A minha avó dizia uma coisa, vou ensinar vocês a serem independentes e não depender de ninguém. O mínimo que a gente tem que passar para os filhos é isso, ensinar.”

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e não foi confirmada a presença de transtorno de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

O pai

Vinheta Clínica

“Acho que é muito mimo, zelo e facilita com que ela tenha esse quadro na escola. Tudo na criação dela é diferente. A Carmem não deixa ela se movimentar sozinha nem dentro do condomínio.

“Esses dias ela teve um chilique porque estava menstruada e esperou a gente chegar em casa para ir tomar banho. Porque não foi sozinha! Parece que tem uma redoma envolta dela. Na minha época não era assim, com 10 anos eu já pegava ônibus sozinho”.

“Ela é nervosa e teimosa, não aceita as coisas, fala que tem ser do jeito dela”.

Aplicação do CAT-A no Pai

Cartão 3

“Esse aqui não me lembrou nada em casa, não sou leão, não sou o chefe da família, não tenho o trono em casa. Esse não tem a ver com meu lar. O rei dominador no espaço dele. É só o momento do futebol na quarta-feira, nesse momento eu estou só e não vão me atrapalhar, esse espaço é meu. Já houve casos em que na hora do jogo tinha que sair, tudo bem. Se não tiver nada eu vejo o jogo. Às vezes, elas fazem eu ir para o quarto e elas ficam

na sala. Não tem problema nenhum. Às vezes eu ouço rádio. São os únicos momentos em que eu sou soberano é quando dá o futebol e a corrida...é o esporte que leva a isso. A imagem que me lembra aqui é isso, eu sou mentor, chefe da família, soberano se depender da última palavra é da Carmem. Somos uma família, dividimos problemas, dificuldades. Eu sou assim.”

Cartão 4

“O que eu posso dizer aqui? Isso aqui é um piquenique. Eu posso dizer tipo assim a nossa mudança para Cruz Alta. Tem um telefonema da Carmem que está vazando gás e eu digo então fecha o gás. Hoje de manhã providenciei o gás. Remete a mudanças, a casinha nos fundos da serra! A canguru com bolsinha e a Angélica junto. Em 2007 eu fui para lá em agosto e elas em dezembro. Foi assim, super diferente, uma transição ir para lá. Cheio de expectativas, vida nova. Eu antes não fui para Gravataí por causa da Carmem e fiquei sete anos em Canoas e depois que fui para Cruz Alta. Ela não se adaptou lá. Eu achava mais fácil para criar a minha filha lá, que respeitam as pessoas, a Angélica estudava em um bom colégio, só que não tem o deslumbramento da capital. A Carmem gosta de loja, shopping, junção. Pra mim lá era legal, calmo, sadio, tu respira, outro tipo de vida. Fiquei quase 6 anos lá. Em agosto desse ano eu faria sete anos, eu voltei para cá em março. Por mim eu ficaria. Eu não via a Angélica se queixar para vir para cá, não achou ruim voltar, mas enquanto estava lá, não ficava pedindo para vir embora. Normalmente, final de ano ficávamos aqui no Natal e Ano Novo íamos para a praia. Por ela (Angélica) é indiferente, a sociabilidade é igual os amigos são os da escola. Lá faziam a noite do pijama. Acho assim, filho único qualquer lugar se sente sozinho, essa falta para ela seria igual. Eu adoro viajar, por mim vivia na estrada.”

Cartão 8

“Primeiro vou te dizer o que eu vejo... é uma confraternização entre parentes e a criança intervindo nessa conversa e a mãe dizendo para a criança não interferir e ir brincar. Não é uma coisa que aconteça dentro de casa, aqui é uma repreensão na frente das pessoas e a gente não costuma fazer isso com a Angélica, nunca na frente dos outros. Não se remete aos ambiente dentro de casa, as broncas são entre nós. A bronca se deu hoje porque ela saiu sem documento, tem que ter na bolsa a chave, celular, cartão de saúde, tem que ter um documento, se acontecesse algum acidente é enterrado como indigente. Eu quando era guri fui tirar identidade quando adolescente. Hoje em dia é diferente, vai viajar para outro Estado tem que ter identidade. Eu com sete anos andava sozinho. A gente não sabe o que vai acontecer no dia de amanhã, não importa aonde pode levar um tiro, uma bala perdida. Até

descobrirem quem tu é... Alguém acessa o celular e vai entrar em contato e se estiver identificável. Hoje a mãe dela cobrou isso dela e eu reforcei, ontem dei a carteirinha do Chico Chavier para ela. Ela não guarda a chave de casa, não sabe se guardou, onde está...eu cobro dela todo o dia organização. Como te falei, o negócio das horas, ela não tem noção do tempo. Cobro que ela tem que carregar o celular, mas ela não se liga, como isso do documento. Ela vai no colégio, brincar e as poucas coisas que tem que fazer como lavar o prato, arrumar a cama ela não faz”.

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e não foi confirmada a presença de transtorno de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação aos pais

Carmem pareceu uma pessoa muito interessada na avaliação psicológica da filha e colaborou bastante no processo. Chamou atenção da pesquisadora que na primeira sessão com a menina a mãe entrou junto na sala de atendimento. Então, algumas perguntas foram realizadas na frente da mãe e em seguida, a própria Angélica disse: *“pode sair mãe”* e Carmem disse: *“tu quer que eu saia filha?”* e a menina disse: *“sim mãe, pode ir”*. Nesse momento, ficou claro para a terapeuta um funcionamento simbiótico. Carmem havia dito que sua mãe faleceu há 6 anos atrás e até os dias de hoje ela demonstra dificuldades na elaboração do luto, uma vez que chora quase todos os dias, até mesmo na presença da menina. E ainda, comentou: *“eu não posso comprar nada pra mim sem comprar igual para ela”*, *“ela me pede para não falar das notas com o pai dela”*. Diante desses achados e do fato da mãe “não deixar” a menina entrar sozinha no consultório pensou-se que a algumas percepções do pai estavam se confirmando.

Quanto ao pai, ele pareceu bastante resistente inicialmente e falou: *“eu vou ser sincero contigo, eu acho que a Angélica não precisa de avaliação, mas a Carmem marcou e eu estou aqui, então vamos lá”*. Cabe destacar que o pai tem um problema físico em decorrência de um acidente de trânsito, o que mobilizou a pesquisadora, sentiu pena do pai. Ele mostrou-se uma pessoa muito rígida afetivamente e, claramente, não estava a favor de que a filha realizasse avaliação. Todavia, colaborou com a pesquisa, o que surpreendeu a terapeuta.

3.5.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos

Durante as sessões lúdicas com Angélica ela relatou: *“Meu pai me xinga quando vem as notas baixas. Ele quer uma nota boa e aí eu peço para a minha mãe não contar para ele não me xingar. Bá ele começa a gritar, xinga alto, me coloca de castigo. Ele diz que eu só vou para o colégio pra desfilar e não presta atenção e fica nessa fraqueza... e pra que ir no psicólogo é falta de chinelagem, é só te dar umas palmadas que logo, logo tu te aquieta, se ajeita e não fica mais nervosa”*.

Quanto às provas a menina comentou: *“Eu acho que nunca vou conseguir fazer a prova, eu começo a pensar em coisas negativas. Eu tenho vergonha de pensar que eu vou conseguir. Eu tenho vergonha do meu corpo, eu sou muito gordinha, eu sou uma falsa magra, tenho bairta coxa, bochecha e tenho gordura na barriga. [Tu te achas feia?] Principalmente no meu corpo íntimo, porque é feio se mostrar. Nunca mostrei nem nunca vou mostrar... minha prima de 3 aninhos que vê fazendo xixi, a perereca cabeluda e até quando to menstruada. Eu menstruei com 10 anos. Quando tem que colocar o absorvente fica feio, aí eu amarro um moletom na bunda, porque tenho vergonha! De cabelo solto eu não vou para a escola, só de cabelo preso, eu queria ter cabelo liso”*.

Observou-se também uma preocupação com relação à sexualidade: *“Quando eu to fazendo as provas eu penso no Gabriel, eu amo ele! Penso também em pessoas peladas, nos gatos aqueles musculosos assim. Sabe, algumas professoras deixam eu colocar errorex para apagar, mas outras não e aí daqui há pouco eu to chorando. Fico pensando em sexo, principalmente com o Gabriel. Tem uma guria que tá dando em cima dele, não vai dar certo assim, porque eu sou muito ciumenta”*. Ao ser questionado pela pesquisadora sobre o tema de sexo, ela disse: *“Eu vejo de noite no meu quarto canais de sexo e os meus pais nem sabem... eu espero eles dormirem e finjo que to dormindo também”*.

Além desses aspectos, notou-se a forte presença de mecanismos obsessivos: *“Não gosto de usar nada dos meus pais, shampoo, sabonete, as minhas coisas são todas separadas, tenho nojo que possa grudar algum cabelo... até meu batom é separado. Não empresto meus canudos, não dou gole de nada pra ninguém. Eu tenho nojo, por causa das doenças H1N1 pode ter germes”*.

Procedimento de Desenhos-estórias

Desenho 1 (Anexo T)

“Vou desenhar minha prima irmã. Eu queria um irmãozinho e um cachorrinho, mas minha mãe não quer de jeito nenhum. A minha prima irmã é tri bonitinha. Ela adora sorrir que nem

eu. E era gaga quando era pequena, tudo que ela tem eu também tenho. Qualquer coisa eu choro e ela também. Parece que ela é minha irmã”.

Desenho 2 (Anexo U)

“Vou fazer o Gabriel agora, esse desenho é sobre o Gabriel. É um cartão, e por dentro vou escrever um recado para ele. [o que tu vais escrever?]. Para ele não esquecer que eu não sou um animal de estimação e não sou bicho. Eu vou na mesa dele e digo ‘pode vir aqui’ e ele diz ‘o que tu quer?’ Não sou nem um bicho, nem uma pessoa doente para ele me tratar como louca. Eu sou um ser humano, não sou um bicho! Ele acha que tudo que ele faz ele tem razão. E acha que eu posso ser qualquer pessoa”.

Aplicação do CAT-A na criança

Cartão 3

Original

“Meu Deus esse aqui um senhor leão tá velhinho, mancando com o pau, fumando cachimbo, sentado na cadeira e atrás tem um buraco e tem um ratinho que deve ser o companheiro dele. Ele está triste olhando para não sei o que, está só segurando o cachimbo e o ratinho está olhando para ele e ele está triste. [Por que?] Está triste porque não está de coroa de rei todos reis que ficam na cadeira tem coroa. Ele está triste, pensando no passado, nas coisas que tinha que ter vencido, relembra o passado, o que tem que se preocupar. E o ratinho olha, se aproxima e ele nem deu bola para o ratinho que está tristinho também. [Por que?] Está sem queijo, não tem queijo, é isso!

Interventivo

“Esse daí parece o meu avô que morreu, mas eu nem conheci. Lá atrás parece o ratinho da casa dele. Na casa da minha avó sempre tinha um rato. Só que triste, deve ser aquela coisa de família. Preocupações da família tem que ter comida para alimentar a família, a preocupação com a família, o trabalho. Só que o vô morreu.”

Cartão 4

Original

“Isso aqui é a mãe canguru, filha canguru e filhinho canguru bebê. A mãe está segurando uma cesta com umas garrafas e o filho segurando balão. A mãe está pulando e a filha de bicicleta. Entraram em uma casa lá no fundo da lagoa, tinham uns sapos, e eles pularam para a areia e estava dia de sol e bonito. E na casa do fundo tem fumaça e está saindo churrasco.

Eles estavam felizes porque ia ter churrasco. Só faltou o papai para completar a família para ficar mais alegre, de certo o pai estava trabalhando e a mãe saiu mais cedo do serviço porque foi comprar remédio para o filho doente. O filho estava com febre porque estava preocupado com a escola dele, deve estar na segunda série. Eu na segunda série ficava muito preocupada com o tema, achando que não ia dar tempo de terminar tudo.”

Interventivo

“A minha mãe quando eu fico doente compra remédio e eu me preocupo se vai dar o horário de fazer o tema. Às vezes tá a mãe ou o pai comigo. E quando está os três juntos a gente sai, mas tem poucos momentos os três juntos. A família junto e o Igor, agora ele é meu ex namorado, já bati nele, eu disse tchau amor, eu ainda vou forçar um beijo nele!”

Cartão 8

Original

“A mulher que está com um brincão. Ela está com os olhos fechados apontando para o filho não fazer isso, isso, isso... E a mãe estava xingando o macaquinho que ele estava fazendo coisa errada. Ele estava quase chorando. Não gostou porque a mãe estava xingando ele e fim.”

Interventivo

“Essa daqui parece a minha mãe brigando comigo porque eu não gosto de respeitar. Atrás parece minha avó, outra avó e o tio. Em vez de eu chorar, fico debochando da minha mãe e aí que o pau come e o meu pai fofoqueiro conta que tenho uma avó que morreu com 55 anos em 2007, mãe da mãe. E a outra avó agora tem 77 anos. [Gostava da outra avó?] Sim. [Tem saudades?] Tenho. Gosto da avó viva. Sinto muita falta da outra avó.”

Resultados da testagem psicométrica

No que se refere à avaliação da área intelectual, para o Teste de Inteligência Não-Verbal para Crianças (R2), Angélica atingiu classificação em nível Médio Superior.

Na escala SCAS-CRIANÇA Angélica obteve escores elevados para as subescalas: Fobia Social ($T=60$) e Medo de Danos Físicos ou Fobia Específica ($T=75$).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação à criança

De acordo com a observação clínica e com os achados na testagem projetiva Angélica apresentou-se com intensa ansiedade, o que pode estar causando “os brancos” no momento

das provas. Observa-se que a menina tem fortes sentimentos de menos valia, baixa autoestima e altos níveis de autoexigência. Tais aspectos, somados à fase de entrada na puberdade e preocupações com a sexualidade, contribuem para elevar seus níveis de angústia.

Aos olhos da pesquisadora, Angélica parecia mais imatura do que o esperado para a sua idade, seu jeito de falar parecia infantilizado, o que contrastava com seu corpo comprido e esbelto. Por outro lado, deve-se pensar que ela está passando pelas mudanças hormonais e turbulências psicológicas próprias da puberdade. Cabe ressaltar que Angélica, nesse momento, não preenche critérios para um transtorno obsessivo. Todavia é importante destacar que a menina vem apresentando frequentes medos de contaminação por germes e, assim, fazendo uso de mecanismos obsessivos.

Breve consideração sobre a aplicação do CAT-A no Pai, na Mãe e a criança

Observa-se que no cartão 3, Carmem percebe o marido como pessoa acomodada, sendo ela quem toma as decisões na família. Nesse sentido, o próprio Giovani corrobora esta percepção ao dizer *“não sou leão, não sou o chefe da família, não tenho o trono em casa... a última palavra é da Carmem”*. Por sua vez, Angélica também a figura paterna mais deprimida. Quanto ao cartão 4, Carmem referiu momentos agradáveis entre ela e a filha, como ir ao shopping. O pai também comentou: *“a Carmem gosta de loja, shopping, junção”* ao passo que ele prefere lugares calmos. Ao que tudo indica, há uma união por parte da Carmem e Angélica da qual ele está de fora. Nesse contexto, Angélica referiu: *“só faltou o papai para completar a família...tem poucos momentos os três juntos”*. Por fim, no cartão 8, observa-se que na percepção de todos Carmem também é a figura de autoridade, quem *“cobra”* da Angélica os temas e os deveres de casa.

3.5.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas

Entrevista de devolução com os pais

Na entrevista de devolução com os pais foi reforçado o fato de Angélica ter um bom raciocínio lógico, pois atingiu um score acima da média na testagem. Assim, o pai comentou: *“eu sabia que ela era inteligente, tem que se esforçar mais”*. A pesquisadora explicou que existe forte ansiedade interferindo na questão das provas escolares e que isso não dependia de esforço, eram questões emocionais. Carmem comentou: *“eu sempre achei que era ansiedade mesmo, tanto que ela melhorou um pouquinho com a fluoxetina, mas não tudo. Acho que ela precisa ter alguém para conversar”*.

A pesquisadora chamou atenção para o fato da menina ficar sozinha em casa. Carmem salientou que achava que não era bom a filha ficar sozinha, apesar de ser uma mocinha. Foi

trabalhado que “mocinha” poderia ser do ponto de vista biológico e o despertar para a sexualidade, mas que do ponto de vista emocional Angélica ainda necessita de cuidados. Giovani falou : *“é bem assim, para o que interessa ela é adulta e para o que não interessa ela parece uma criança. Mas, a sexualidade ela ainda é muito nova”*. Foi dito que ela apresentava fortes preocupações quanto à sexualidade e questionado se os pais observaram algo. A mãe comentou: *“não, acho que não tem nada. Se bem que ela fica sozinha em casa e tem acesso a televisão e a internet. Ela me liga quase toda hora para perguntar o que pode fazer na casa. Acho que ela não vê, mas, não posso garantir nada”*. Giovani disse: *“quem sabe a gente bloqueia algum canal que seja ruim para ela ver”*.

Também foi conversado com os pais sobre os problemas de baixa autoestima da menina assim como a presença de sintomas obsessivos. Por fim, foi realizada a recomendação de tratamento psicoterápico para Angélica.

Entrevista de devolução com Angélica

Logo ao entrar no consultório, ao perguntar como Angélica estava, respondeu *“tudo ótimo”*. Quando a pesquisadora perguntou o que era ótimo ela respondeu que não sabia. Ao retomar que aquele seria o penúltimo dia da pesquisa, Angélica ficou muito ansiosa, falando sem parar. Nesse momento, pode ser retomado as questões que haviam sido trabalhadas ao longo dos encontros.

Por fim ela disse: *“só vou falar com essa outra psicóloga Clara aí se eu gostar senão vou ficar quieta. Hoje eu acho que vou dormir bem é um dia feliz...posso ir no banheiro?”* Ao voltar ela disse: *“Xi, saiu o número um e o número dois. Eu pensei enquanto tava lá sentada, eu vou te dar um presente amanhã”*.

3.5.5 A técnica da cabra-cega

Entrevista com Angélica

Angélica chegou e sentiu-se bem à vontade, em seguida tirou os sapatos e “falou como bebê”, embora seja uma “mocinha”. Demonstrou de imediato uma mescla entre uma postura desafiadora, desleixada e regressiva ao mesmo tempo. Ficamos em silêncio por alguns instantes. Procurei iniciar a conversa dizendo quem eu era e falando que estávamos ali para saber se ela gostou de vir ali, o que achou. Angélica respondeu rápido e se cala:

A- Gostei!

C- E tem alguma coisa aqui tu mais gostaste?

A- De conversar.

C-E o que tu pensaste em conversar hoje?

A- O que que tu quer conversa comigo?

C- Do que tu quiseres. (Silêncio). Tu estudas Angélica?

A- Haham.

C- Onde?

A- No colégio R. S.

Observação: Angélica mostrou-se telegráfica, respondeu o que eu perguntava, porém não engatou uma conversa. Comecei a achar difícil este contato porque ela seguia deitada, dizendo que gostava de conversar, mas apenas respondia objetivamente as perguntas. Aos poucos começou a mexer-se e remexer-se em silêncio. O movimento era parecido à masturbação. No entanto, seguiu em silêncio.

C- Angélica tu estás esperando eu dizer o que é para fazer?

A- Não (Fez que dormia. De repente, virou-se, permanecendo deitada, mas de bruços e com o rosto virado para mim. Fez gesto como se escrevesse).

C- Sobre o que tu estás escrevendo aí?

A- Sobre SEXUUUU!

C- E o que tu queres falar ou escrever sobre sexo?

A-Eu gosto de botar os números 13, 14, 15, 16...(Pegou seu celular e começou a teclar sem parar).

C- Tem músicas aí no celular que tu gostas?

A-Vamo vê. (Silêncio). O que eu tenho é os branquelas (mexe-se, movimentando o corpo novamente). Olha para mim e faz xxxxx (para que eu parasse de falar e seguei em silêncio).

Observação: percebi que estava distraíndo-me, não conseguindo permanecer concentrada na sessão. Angélica seguiu teclando no celular e comentou:

A- Eu vou entrar no site de receitas da KNORR.

Observação: mas ao invés disso, ligou uma música tipo romântica com melodia associada à propaganda de motel.

C- Era assim que tu fazias nas sessões com a Vanessa?

A- Não, a mãe não deixava eu trazer. (Tosse) Eu não tenho mais bronquite, só tenho asma!

Observação: percebo que ela estava de pulseiras e echarpe de corações. Para encerramento, disse:

A- Vou te dar 20 beijos!

Observação: embora Angélica tenha 11 anos, estava muito excitada sexualmente para a idade. A palavra parecia estar sendo substituída pela masturbação. Além disso, chamou-me atenção ela não ter vergonha de mim, que era para ela uma pessoa desconhecida.

Entrevista com os pais

A mãe iniciou dizendo:

C- Gostei bastante, foi além das minhas expectativas porque fez com que aprofundasse para conhecer as causas da ansiedade da Angélica e eu consegui detectar bem porque ela está assim. A escola também estava pedindo. Para mim foi bem produtivo.

G- Eu não acompanhava tanto quem dá mais atenção é a mãe. Mas eu não tive problema de vir. A Vanessa é uma pessoa agradável, sincera, querida e conseguiu esmiuçar bem todos os pontos que levaram a Angélica a ficar ansiosa.

C- Teve 6 encontros e outras duas psicólogas que a gente procurou. Nenhuma fez tantas vezes, deu tanta atenção. Desde a barriga, saber meus sentimentos. Gostei do método da Vanessa, é mais valorizado eu acho que deu resultado.

Observação: o pai de Angélica, embora tenha elogiado, permaneceu com uma postura “mais agressiva”, com ar de rejeição.

3.5.6 A etapa final de follow up

Após dois meses a pesquisadora fez contato com Carmem para saber notícias da menina. A mãe relatou que ela estava sendo atendida em psicoterapia e que eles estavam gostando desse outro trabalho.

3.5.7 Síntese do caso

Pode-se pensar que o ambiente (pai e mãe) percebeu e sentiu de forma adequada os sintomas manifestos de ansiedade da criança: problemas com “os brancos” no momento das provas. Todavia, o casal necessitou de ajuda do ambiente terapêutico para poder se apropriar dos motivos inconscientes que causavam ansiedade na menina. Nesse sentido, pode ser trabalhado com os pais todas as fantasias com relação à sexualidade assim como os problemas edípicos da menina. A mãe colocava-se de uma forma muito invasiva com relação às necessidades da Angélica. O pai somente percebia, mas não “tomava parte no assunto”, referindo inclusive que não era a favor de psicoterapia.

O “ambiente Clara”, também percebeu a conflitiva principal que trouxe a menina à avaliação. A Angélica expressou por meio de uma comunicação não verbal as suas “verdadeiras preocupações”.

Pensa-se que todos os membros família sentiram-se acolhidos e entendidos pela pesquisadora. Até mesmo o pai que parecia ser “contra” o tratamento da filha pode apoiar a

menina nesse momento. Observa-se que Angélica sentiu-se agradecida e resolveu agradecer a pesquisadora, presenteando-a com uma flor “bem Angelical” no último dia da pesquisa.

3.6 Caso Igor

3.6.1 Identificação do caso e motivo manifesto dos sintomas de ansiedade

Na época da avaliação psicológica, Igor tinha 7 anos de idade e acabara de ingressar na 2ª série do ensino fundamental de uma escola pública de Porto Alegre. Quanto à escolaridade dos pais, o pai possui o segundo grau completo e trabalha como vendedor e a mãe tem o terceiro grau completo e pós-graduação na área de economia. Como os seus pais são separados, o menino residia com sua mãe Sônia (44 anos), seu padrasto (Rogério) e sua irmã recém-nascida chamada Mariana. Por parte do seu pai Lucas (38 anos) Igor possui dois irmãos Tiago (14 anos) e o Vitor (8 anos). No momento da avaliação, Sônia estava passando por problemas financeiros devido ao falecimento da sua mãe (há um ano) que lhe fornecia suporte financeiro. Ela também estava aguardando a pensão alimentícia de Lucas. Desta maneira, a mãe estava com dívidas financeiras e a renda familiar dependia do seu marido que é empresário. Segundo a mãe, a renda da família girava em torno de cinco salários mínimos.

Igor foi convidado a participar da presente pesquisa por meio da coordenação pedagógica da escola estadual onde estudava. O motivo da solicitação desta avaliação foi devido ao fato do menino estar muito ansioso, com dificuldade de copiar as tarefas em sala de aula. Sônia referiu: *“ele não copia as tarefas que a professora passa no quadro, dorme na aula e não quer ler e escrever, somente gosta de fazer contas de somar e diminuir”*. Cabe ressaltar que em setembro de 2012 Igor realizou avaliação neuropsicológica a fim de investigar o funcionamento cognitivo, dificuldade de alfabetização e questões emocionais. Na época, o laudo concluiu que o menino apresentava inteligência na faixa da normalidade ao passo que sua consciência fonêmica estava abaixo da média e ele encontrava-se em nível silábico. E ainda, o documento referia que: *“a falta de organização e dinâmica familiar e os problemas emocionais de Igor parecem estar acarretando as dificuldades significativas no funcionamento social e escolar, como dificuldade de alfabetização, relacionamento com os colegas e figuras de autoridade”*.

No que se refere aos resultados dos questionários (CBCL e SCAS-PAIS) também foi confirmada a presença de sinais e sintomas de ansiedade. Deste modo, de acordo com o questionário CBCL na escala orientada pelo DSM-IV foi obtido escore em nível clínico para *Problemas de Ansiedade* (Escore *T* equivalente a 74 e percentil 97). Para a escala de ansiedade SCAS-PAIS foi obtido escore acima da média na subescala *Ansiedade Generalizada* (Pontos=7, M=2.9, DP=2.1).

3.6.2 Como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança

Breve relato da história da criança

A gestação de Igor foi de 37 semanas e o parto foi cesariana. A mãe informou que não apresentou problema durante a gravidez e parto. O menino mamou até os 6 meses no peito. Aos 10 meses de vida os pais de Igor se separaram e Lucas foi morar em outro local. Apesar disso, o casal continuava mantendo relacionamento sexual até que o menino completasse 1 ano e 10 meses. Segundo a mãe *“eu mandei ele sair de casa porque tava numa festa de aniversário do Igor e ele estava cuidando do filho mais velho que é Deus no céu e ele na terra”*. Após a saída de Lucas de casa, Igor *“começou a dormir na minha cama, era mais cômodo e isso foi até os 4 anos”*.

Sônia informou que seu filho frequentou a pré-escola a partir dos 3 meses. A esse respeito disse: *“Eu criei ele completamente independente, fazia acampamento no jardim A e B, dormia na sala de aula, faziam a noite do pijama”*. Relatou que ele aprendeu a caminhar e falar na creche, por volta de um ano de idade. E *“sempre foi muito a mil, tanto que desde os 2 anos de idade fazia muita atividade física, duas vezes na semana fazia natação e uma vez futebol, aos 3 anos fazia natação e artes marciais”*.

O controle dos esfíncteres aconteceu por volta dos 3 anos de idade. Nesse sentido, a mãe mencionou: *“ele começou a tirar a fralda na creche e depois eu tive depressão e ele foi morar um pouco com o pai dele. Ai o pai dele tocou a fralda de novo”*. Deste modo, Sônia teve depressão quando Igor tinha 2 anos de idade, alguns meses após a separação definitiva de Lucas. Ela relatou: *“eu era pele e osso. Eu ficava com medo da mãe morrer e eu ter que ir pedir esmola na sinaleira...outra coisa que me deprimia é que a minha avó morreu louca em um sanatório”*.

Ao passar para a primeira série, Sônia relatou que foi chamada várias vezes na escola, pois Igor não conseguia ler e escrever. Nesse mesma época, sua avó materna faleceu. Dentro desse contexto, a mãe disse: *“Eu sou muito fria para a morte. Eu sempre achei que eu ia me desesperar por causa da renda”*. Cabe destacar que no item 7 do questionário respondido pela mãe (descreva suas preocupações ou angústias sobre sua família, trabalho, educação, entre outros) ela escreveu: *“angústia ou seja tristeza pelas perdas financeiras após a morte de minha mãe. Com isso houve um degradingolamento de muitas coisas”*.

Por fim, é válido mencionar que no item 9 do mesmo questionário respondido pela mãe (descreva os aspectos negativos do seu filho) ela colocou: *“não quer estudar, ler, escrever, ouve muito o que é falado na casa do pai biológico e não dá valor para a mãe e sua*

moradia. É falado a ele muita bobagem quando ele vai para lá e como não são eles quem cobram os estudos, acabam colocando besteiras na cabeça do Igor”.

Vinhetas clínicas das entrevistas realizadas com pais

A mãe

“O Igor já fez dois anos de psicoterapia com um psicólogo e depois passou para outro que ficou uns sete meses, já fez avaliação com uma psicopedagoga, tudo por causa da agitação dele, da ansiedade”.

“Meu filho é independente, tem perfil de líder, mas também é agitado e teimoso”.

“Ele está muito agitado em sala de aula e desobediente. Ainda deu para mentir esses dias. Ele estava com sono e disse que tinha acordado muito cedo. Era mentira porque tinha acordado ao meio dia. Ele não era de mentir, até porque se ele mentisse eu colocava pimenta na boca dele. E se tiver que apanhar, ele apanha. Eu apanhei até os 16 anos do meu pai. Prefiro que ele apanhe de mim do que da polícia para não virar vagabundo”.

“Um dia que ele vai na casa do pai dele ele volta do avesso. Fica agitado, teima, não obedece, só que jogar play”. O Lucas sempre deu mais atenção para os outros dois filhos do que para o Igor. Eu já disse para ele, se tu der um presente para os guris tem que dar para o Igor igual, não importa o que seja, mesmo que seja um presente de R\$1,99, ele sente. Eu acho que o Lucas não se importa porque o Igor sempre teve tudo, eu sempre dei tudo para ele. “Por exemplo, o aniversário de um aninho do Igor foi muito comemorado, tinha mais de cem convidados, foi uma super festa”.

Aplicação do CAT-A na Mãe

Cartão 3

“Leão lembra imposto de renda. A parte financeira das contas das dívidas. A parte de finanças, as dívidas, CPF. O Igor sabe de tudo. Ele está com cachimbo. Parece preocupação (falando sobre a lâmina). Ele (Igor) acaba sabendo. Ele ouve tudo. Capta tudo. Ele fala. Como uma vez que ele disse para a Paloma que a mãe só tem cebola e água. Ele não gosta de cebola, separa da comida. Acho que é por conta da situação. Sempre ensinei que não tem diferença de classe social, sempre dei bola para os pobres. Ele disse que não tem mais comida em casa. Acabou o dinheiro. Ele sente. Ele saía para almoçar todo o final de semana. Ele sabe com a morte da avó mudou muita coisa lá em casa. Mudou mesmo, tenho que me virar.”

Cartão 4

“Um canguru com os filhotes passeando. Lembra as viagens que a gente fez. Quando ele fez 4 anos, a gente viajou para vários países. Tudo de carro. Era muito bonito lá no Mato Grosso. Foi eu, um namorado meu e o Igor. Era um viagem longa e ele não ficou incomodado. Era uma viagem longa. A gente também costumava ir direto para outro estado perto do Rio Grande do Sul nos finais de semana. Em 2011 a gente foi para São Paulo eu, o Rogério e ele. A gente até casou no helicóptero. Fomos numa sexta e voltamos no domingo. Ele já passeou bastante. Já conheceu cinco países em quatro anos.”

Cartão 8

“Lá é um casal de macacos conversando. E outros dois conversando sobre a educação. Eu educo ele independente. Quando ele era bebê, o pediatra pegou ele pelos braços e colocou para cima e disse: olha como não quebra. Filho a gente cria para o mundo. Tem que mostrar o que é certo e errado. Ele não faz diferença de classe social, branco, preto. Só não falei de homossexualismo. Vi numa praça dois homens quase se beijando. Como vou explicar para a criança? Sempre ensinei ele para decorar meu celular e me ligar. Dou liberdade, mas ensino. Digo para ele: qualquer coisa tu grita. Ano passado teve um evento que a gente foi e ele ficou brincando num stand. Ficou sozinho brincando. Eu disse para ele não ir com ninguém, mesmo que digam que tua mãe está te chamando. Outro exemplo é o da Kombi. Ele queria ficar na porta e eu expliquei que não pode e também não pode colocar o braço na porta. Mostrei o que pode acontecer: a porta abrir e ele cair para fora e morrer. Sempre mostrei para ele o perigo das coisas. Sempre peguei e mostrei o perigo das coisas para ele. Nesse sentido ele é independente. Sempre criei sem frescuras, tipo: não pode pegar vento, essas coisas. Ele pega o hambúrguer e coloca no micro. Só no fogão ele não mexe. Ele se vira. Tem que aprender. E os macacos é aquilo. Estão falando. Tem gente que vai me julgar e tem gente que acha que é uma independência aquilo. É questão de orientar. Não interessa o que os outros falam. Agora é proibido bater em criança. Quem educa sou eu. É melhor apanhar de mim hoje do que de vagabundos na rua.”

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e foi confirmada a presença características para Transtorno Obsessivo de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

O pai

Vinheta Clínica

“Acho que muito da ansiedade do Igor vem dos problemas que eu enfrento com a Sônia. Antes dela engravidar do Igor eu sempre falei que os meus filhos estariam em primeiro lugar e ela em terceiro. Em um primeiro momento ela aceitou, mas depois houve resistência aos meus filhos. Depois que nós separamos a coisa piorou, ela usava o Igor como moeda de troca, tipo, se tu não transar comigo, tu não vai mais ver o menino. Eu dizia para ela que em nenhum momento eu usaria o Igor como moeda de troca e ela ficava mais brava. Chagou a ameaçar a minha atual esposa no local onde ela trabalha, levando uma arma que era do pai dela, ele era militar. Isso tudo se solucionou quando ela casou com o Rogério, ai parou as ameaças desse gênero”.

“Penso que no ano passado quando o Igor gritava com os coleguinhas no colégio ele reproduzia o jeito da Sônia que quando contrariada ele explode e ele acha que esse é o jeito certo de lidar com as coisas. Já falei para ela não falar assim com ele. Que ela grite comigo tudo bem, eu sou adulto, mas com ele não. Se bem que a gente sempre discutia no telefone, e quando eu percebia, ela colocava no viva voz e dizia viu Igor, o teu pai não quer me dar pensão. Na época eu estava desempregado e não podia, mas ela não acreditava. Eu sempre digo para ela falar comigo os problemas e não envolver o Igor, mas não adianta”.

“Igor também é parecido com a Sônia, quando não é da maneira que ele quer ele explode, às vezes chora. Eu estipulo horário para o computador porque são três crianças e somente um computador. Ai comigo ele não bate de frente, me respeita, apesar de choramingar”.

Aplicação do CAT-A no Pai

Cartão 3

“Aqui em relação ao Igor, esse desenho na verdade parece algo de autoritarismo, que não é a minha linha com ele. Sou mais de conversa e entendimento. No meu entender, com ele não encaixaria. Mas tem algo que chama atenção é os detalhes desse desenho. Eu cuido muito para trabalhar em cima dos detalhes. Detalhes em relação ao Igor. Detalhes em relação ao Igor é prestar atenção no que ele diz para tentar entender. A gente consegue atalhar em certas situações prestando bastante atenção.”

Cartão 4

“Esse aqui é um momento de lazer e o Igor encaixa porque é ativo, aceita as brincadeiras. A gente brinca bastante. Aqui parece um piquenique: uma paisagem bonitinha no fundo, momentos de alegria.”

Cartão 8

“Esse aqui é como se fosse um momento de família reunida, confraternizando com o pequeno na volta. [Como é o clima?] Entre a mãe e o pequeno parece ser bom. Embora esteja com o dedo para cima, não está xingando. E ali atrás um casal conversando ao pé da orelha. O ambiente parece tranquilo.”

Resultado do teste Rorschach

A aplicação do teste de Rorschach foi realizada através do método Klopfer e não foi confirmada a presença de transtorno de personalidade de acordo com os critérios do manual (Vaz, 1997).

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora como Parte Integrante do Ambiente: Analisando a Contratransferência em Relação aos pais

Durante as entrevistas com a mãe a pesquisadora percebeu um clima de tensão, ela parecia uma pessoa agressiva até mesmo no modo de falar. Na maior parte do tempo Sônia tentava “convencer” a pesquisadora de que Lucas era um pai ausente, que não dava atenção ao filho e que o convívio entre eles era algo ruim. Ela dizia: *“eu posso te dar o telefone dele, mas duvido que ele venha aqui falar contigo, nos outros tratamentos ele foi uma ou duas vezes, se foi. Quem é o pai dele mesmo, que faz essa função é o Rogério”*. E, logo após ter conseguido conversar com Lucas ela relatou: *“Vanessa, tu não cai na lábia dele”*. *“Eu que sou a mãe fiquei com lado negro que tem que educar e o pai é maravilhoso, só brincadeiras”*.

Sônia mencionou que Lucas sempre quis comparar o Igor com os outros filhos dele. Desta forma, salientou: *“Não compara que é tudo diferente... por essas comparações do Lucas é que acho que o Igor tem ciúme... são ninhadas diferentes”*. E acrescentou a questão da sua condição: *“Eu sempre tive um status, os políticos todos eu conheço”*. *Ao mesmo tempo em que em outros momentos relatava: “Pra mim é tudo a mesma coisa, rico, pobre, não tem diferença”*. A pesquisadora observou uma forte ambivalência.

Cabe destacar que em muitos encontros Sônia trouxe sua filha bebê para a sessão, pois não tinha com quem deixá-la. Colocava a menina no bebê conforto ao seu lado. Quando a menina chorava, parecia que ela “socava o seio para ela parar de chorar”, pois Sônia continuava o assunto que estava comentando com a pesquisadora, sem ao menos olhar para a criança. Essa “cena” causou desconforto na terapeuta e uma vontade de pegar e ninar aquele bebezinho. Em alguns encontros ela dizia: *“segura ela aqui eu vou ao banheiro”*. A pesquisadora falou que então que iria lavar as mãos. Ela respondeu: *“comigo não tem essas frescuras de ter que lavar as mãos, pode pegar”*.

Em contraste a esse jeito “*independente*” como Sônia costumava dizer, na sua história de vida, sempre residiu com sua mãe e dependia financeiramente da mesma. Nos seus relacionamentos amorosos, estava “*sempre namorando alguém*” e quando Lucas saiu de casa, colocou Igor na sua cama. Ao longo da avaliação, a pesquisadora recebia telefonemas nos quais a mãe informava sobre o comportamento e, deste modo, eram marcados mais encontros para ser conversado pessoalmente sobre o assunto. Observou-se que Sônia também necessitava de atenção, cuidados.

No que se refere ao pai, causou a impressão de ser uma pessoa ponderada, no entanto, realmente, participava pouco da vida do menino. Essa questão foi sendo trabalhada com ele durante os encontros e o Igor passou a frequentar mais a casa do pai. Notou-se que ele pode se posicionar em relação à educação do filho e não deixar tudo por conta de Sônia. Foi referido também que Sônia estava passando por um momento delicado com uma filha recém-nascida e uma crise financeira para administrar. Deste modo, Lucas disse: “*pois é verdade, como ela tem tendência a ter depressão eu tenho que proteger o Igor nesse momento, vou procurar ficar mais perto, trazer ele lá para casa, ela deve até estar sobrecarregada com tudo*”.

3.6.3 Como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos

É válido salientar que no se refere à avaliação da área intelectual, para o Teste de Inteligência Não-verbal para Crianças (R2), Igor atingiu classificação em nível Médio de acordo com a tabela para escolas públicas.

Quanto aos momentos de hora de jogo diagnóstica, chamou atenção da pesquisadora que Igor parecia “um mini Sônia” repetindo o discurso da mãe e, por vezes, as mesmas palavras que ela usava. Por exemplo:

I: Tu sabe que o Lucas fuma maconha?

T: Como tu sabes?

I: Eu vi pelo buraco da fechadura, é uma fumaça mais forte que cigarro e se for quatro vezes por dia mata e se for uma só vez não mata. Outra coisa que a minha mãe quer te contar, eu dormi no meio da cama com o meu pai e com a mulher dele e usei pasta de dente de adulto e eu uso de criança. Eu não gosto muito que os meus irmãos não deixam eu jogar o *play*, eu acho que o meu pai gosta mais deles do que mim porque eles foram para Cruz Alta com ele e eu não fui, ele não me convidou e eu queria ir junto.

Quando questionado se ele gostava ou não do seu pai, Igor respondeu:

I: Eu queria morar com ele só para ele pagar as contas porque ele não paga a pensão para a minha mãe. Se eu morasse com ele, ia pagar as coisas, porque não paga nada, nem dentista, nem quando eu venho aqui! Eu queria comprar um pai novo!

Em muitos momentos a pesquisadora sentiu muita pena do menino, a ponto de uma vez cometer um ato falho e chamá-lo de filho. Realmente, ele causava uma vontade de cuidá-lo, protegê-lo, talvez pela sua fragilidade. Certa ocasião, ao abrir a porta para recebê-lo, a terapeuta presenciou a mãe falando: *“Vanessa eu não aguento mais, dá um jeito, se ele continuar assim eu já disse para ele que ele vai morar com o pai dele ou vai para um colégio interno, eu não quero mais... precisava tu ver como ele demorou para se arrumar por isso que a gente se atrasou, olha só, quase meia hora de atraso tudo por causa do seu Igor”*. Nesse momento, ele me olhava para a terapeuta com “os olhos de um cachorro pidão”, totalmente indefeso.

Em momentos lúdicos, o menino gostava de desenhar guerras e de fazer lutas com espadas, sendo que durante quase todas as sessões o clima “era de guerra” e ele estava sempre cantando a trilha sonora do filme *“Star Wars”*. A pesquisadora pensa que isso é o retrato do ambiente em que vive uma verdadeira guerra entre o pai e a mãe.

É válido ilustrar também um dos desenhos do Procedimento Desenhos-Estória no qual o menino intitulou: Maria vai com as outras.

Desenho 1 (Anexo V)

“Faz de conta que esse sou eu. Eu inventei essa caverinha aqui que é igual a minha camiseta. Cada ovelha tinha ovelha igual. E uma ovelha nasceu que a orelha parecia um abacaxi. E as outras brincavam. Ela tinha rabo grande e as outras médio. E era dez ovelhas. Ela queria imitar as outras. E aí tinha uma outra diferente, que era diferente. E as outras não riam dela, não achavam a orelha dela de chato. E a ovelha que era a líder de todas via se todas tavam na lista. Pegou a mão dela e anotou. Dez! Todas estavam indo também. Eram agora onze ovelhas com a orelhuda. Aí eles tavam em 2008. Em 2009 que a ovelha pediu para o cavalo pintor pintar ela de branco para ficar igual das outras. Ela só queria ser como as outras. Aí, ele pintou a orelha dela e ficou branquinho. Daí ele ficou igual as outras. Aí o líder pensou que a orelhuda morreu, mas não, era ela mesma. Quando foi tomar banho, o líder viu que era ela porque ela se jogou para tomar banho. Quando foi de noite, o líder mandou ela olhar as estrelas e parecia que a orelhuda era uma estrela e aí todos não riam mais dela. E nasceu o rabo gigante dela. Fim.

Inquérito:

[E o que era essa parte da caveira?] *Era eu fazendo a estória Maria vai com as outras.*
 [Porque era esse nome?] *porque ela imitava sempre as outras, porque o nome era vai com as*

outras, só fazia o que as outras fazia. [Como se sentiu a orelhuda?]. Bem, depois daquilo ali do final que não riam mais dela, aí ela se sentiu como queria. Antes ela se sentia mal porque chamavam ela de chata, orelhuda, pretona, chatona. Se sentia triste. Ela cosegiu que tratasse bem ela. [E o cavalo?] Ele era pintor, era amigão. Ele pintou até a cara das ovelhas de cor de pele. Ele era amigão porque ajudou ela! Aí ela não precisava mais ser Maria vai com as outras e fazer o que ela queria.

Esse desenho da Maria vai com as outras pode ser a simbolização de algo que ele é, um “Igor vai com a mãe”, pois se ele não ficar ao lado da mãe pode ir para um colégio interno. Nesse sentido, o menino já “incorporou” a mãe. Existe um falso *self* para poder agradar. Por vezes, mínimos gestos espontâneos do menino são tolhidos. Ele recortou um cartaz do seu time de futebol e iria colar para fazer um novo arranjo, um campo diferente. A sua mãe ficou furiosa com o fato dele ter recortado o cartaz que o xingou, amassou os recortes e colocou-os no lixo. Após esse episódio o menino foi passar o final do dia com seu pai. Quando voltou para casa, disse à mãe que iria se matar. Sônia em seguida falou: “*isso é culpa do teu pai, tu vem de lá assim desse jeito*”. Quando questionado pela pesquisadora, o menino explicou que ficou muito triste com o fato da mãe ter “estragado a obra de arte” que ele iria fazer. Então, passou a fazer tal obra no consultório da terapeuta.

Na escala SCAS-CRIANÇA o menino apresentou escores em nível elevado para as subescalas: *Ansiedade de Separação (T=65)*, *Medo de Danos Físicos ou Fobia Específica (T=65)* e *Fobia Social (T=65)*. Chamou atenção da pesquisadora a questão 19 (Parece que eu não consigo tirar pensamentos ruins ou idiotas da minha cabeça, na qual ele forneceu a resposta “sempre”). Igor relatou: “*De ir na Vanessa. Fico pensando em vir, tenho medo que tu me chame de Igor porque meu nome é “isplosigor”. Brincadeirainha! Eu te enganei quase todas as horas*”. E na questão 40 (Eu tenho que fazer algumas coisas repetidamente como lavar as mãos, limpar ou colocar as coisas em certa ordem). O menino relatou: “*Tipo para impedir que a minha mãe bata na minha irmãzinha, em mim, torcer meu pescoço...faço as coisas que ela me manda*”. Pode-se pensar que Sônia é uma mãe intrusiva que impede a abertura do espaço potencial. Na falta desse espaço pode ocorrer um vazio angustiante.

Aplicação do CAT-A na Criança

Cartão 3

Original

“O leão está cansado de pegar gafanhotos. Pega rato e vai devagar. Aí ele pegou 28 ratos e aí o leão ficou brabo e queria mais gafanhotos. Aí apareceu um rato e ele tentou matar. Só que o gafanhoto para matar ao invés do rato que tem pouca carne matar o gafanhoto. Foi o

irmão dele que disse. Ele matou e comeu o gafanhoto e o rato. [E como é que se sentiu?] Bem, porque estava cheio de ratos na pança e mais um gafanhoto. Ficou gordo e caminhou como uma anta.”

Interventivo

“Não sei, não tem nada a ver”.

Cartão 4

Original

“A gafanhota contra a gafanhota. As duas irmãs viviam em guerra. E a guerra continuou e mataram o gafanhoto. Foram para a câmara da casa sombria. Quem chega ganha mil desejos e fim da história. [Por que viviam em guerra?] Elas eram irmãs e estavam uma contra a outra. A gafanhota pequena ganhou porque ela era mais bonitinha e os guardas ficaram emocionados e não queriam matar ela.”

Interventivo

“Não sei.[Tu falaste que são irmãs em guerra. E tu e tua irmã, também estão em guerra?] Não, ela ainda é pequena para isso! [E quem que tu conhece que pode estar em guerra?] Ah, essa é fácil! A minha mãe e o meu pai vivem brigando. Quando eles falam no telefone eu até coloco as mãos nos ouvidos para não escutar, mas a minha mãe grita tanto que é impossível não ouvir.

Cartão 8

Original

“O dia dos macacos eram tão felizes até dar uma trovoada e eram todos índios que invadiam as casas dos macacos. Os índios eram tão ferozes e diziam vamos atacar. E diziam: nós vamos vencer essa batalha. [O que aconteceu com os macacos?] Eles morreram. Mas eles são do bem e os índios venceram e eles são do mau. O king kong apareceu e tentou matar eles só que morreu. O título é: os macacos divertidos morriam sendo tristes.[Como assim?] Todos iam para a festa da morte. Vocês têm que morrer porque é a festa da morte e eles morreram. [O que eles achavam?] Ruim. E aí eles ficaram felizes e ficou a festa da vida.”

Interventivo

“Ah, é fácil também! As vezes eu fico feliz e triste também e fim”.

Percepções e Sentimentos da Pesquisadora em Relação à Criança: Analisando a Contratransferência em Relação a Paulo nos Primeiros Encontros

Este tópico já foi abordado no item anterior 3.6.3 (como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos).

Breves considerações sobre a aplicação do CAT-A no Pai, na Mãe e na criança

No que se refere ao cartão 3 (relação com figura paterna/autoridade) observa-se que no relato do pai prevalece a racionalização do tema, embora apareça um clima amistoso, no qual pode haver um diálogo. Já na resposta da mãe fica evidente a dificuldade de estabelecer limites entre a sua pessoa e o filho, desprotegendo-o e invadindo-o quando referiu que ele sabe tudo sobre a situação financeira da família. Outro aspecto que chama atenção é a presença de duplas mensagens quando referiu: “*sempre ensinei que não tem diferença de classe social, sempre dei bola para os pobres*” ao mesmo tempo disse à pesquisadora que seu filho “*é de uma ninhada diferente*”. Quanto ao material do menino nota-se uma confusão no pensamento e uma fragilidade superegóica.

Observa-se ainda uma preocupação da mãe no que se refere aos bens materiais. No cartão 4 que avalia a relação com a figura materna também é pautada pelo “ter” realizado muitas viagens. Já Lucas parece poder brincar com Igor, fazer uma função lúdica. Para o menino, nesse cartão aparece uma relação pautada pela “guerra” e um desfecho que mostrando que “ser pequeno”, regredir, é uma maneira de sobreviver à “guerra” entre a mãe X pai, interno X externo.

O cartão 8 que, pode-se dizer, reflete o clima familiar, nota-se que ao mesmo tempo em que a mãe fala que “*educou Igor para ser independente*”, o assusta dizendo que se chegar estranhos “*grita*”, “*se abrir essa porta tu morre*”, gerando um desamparo. No que se refere ao pai, “*o clima familiar parece tranquilo*”. Já para o menino é muito ambivalente, confuso, uma representação com morto-vivo, feliz-triste.

3.6.4 Como os pais e a criança percebem e sentem as recomendações terapêuticas

Entrevista de devolução pais Igor

No momento da devolução, a pesquisadora resolveu trabalhar com os pais em conjunto, tendo em vista a discórdia entre eles. A mãe iniciou a sessão falando que o filho melhorou e que o que ele tinha enquanto estava na casa do pai final de semana era infecção urinária. Disse ainda “*Igor chegou a falar que não vai mais na casa do pai porque sempre que vai para lá acontece alguma coisa. Ou fica com febre, ou cai do skate e se machuca ou fica chateado porque não ganha os mesmos presentes que os outros irmãos*”. Quase toda a sessão é uma acusação ao pai que inicialmente ouve e permanece calado. Quando Sônia “deixa” Lucas falar, ele defende-se procurando argumentar e não confrontá-la. Na visão da

pesquisadora, o pai manteve uma postura adequada com argumentos lógicos para as acusações que pareciam um tanto “infundadas” por parte de Sônia.

Perante o clima da sessão, a pesquisadora pediu aos pais que refletissem acerca do comportamento que estava acontecendo ali no *setting*, “vivo” para todos. Foi realçado o quanto esse clima de desavenças que estava ocorrendo interfere nos problemas emocionais do filho. A pesquisadora apontou para cada um dos pais as questões que foram surgindo. É válido destacar que o sentimento que a pesquisadora teve ao final desse encontro pode ser expresso nessas palavras: “*acho que a Sônia está furiosa comigo porque não estou ao lado dela na luta contra Lucas e acho que ela não voltará para a etapa final da pesquisa e não levará Igor para o tratamento*”.

Entrevista de devolução com Igor

I: Não lembro que ia ter final hoje, tu não disse!

T: Mas, nós falamos, sim!

I: Brincadeira, tu caiu de novo! Posso levar esse homem aranha aqui?

Foi sendo trabalhado um momento de despedida com o menino e apontando as questões mais importantes que surgiram ao longo dos encontros. Quando a pesquisadora falou novamente sobre o resultado do teste de inteligência ele disse: “*eu não sou inteligente, tu leu errado*”. Foram interpretadas as fantasias do menino em relação a isso. Em um momento posterior, ele tirou do bolso o DVD de *Playstation 2* sobre “*Alien X Predador*”. O menino contou a história do filme também e todos esses aspectos (bom/mau) puderam ser vinculados aos seus sentimentos.

3.6.5 A “*técnica da cabra-cega*”

Entrevista com Igor

Observação: já na chegada percebi Igor como um menino muito simpático. Estava todo arrumadinho, com o cabelo penteado de gel. Ao ficar sozinho com ele, apresentei-me e perguntei:

C- O que tu achaste de vir aqui brincar e fazer atividades com a Vanessa?

I- Legal! É legal por causa que eu não vou tantos dias só que é legal.

C- Como assim? Eu acho que não entendi.

I- Dá pra tu dormir, e depois amanhã e daí é mais fácil, aí tu vai em descanso.

C-E do que tu gostaste de brincar?

I- Por causa que todos os dias não dá pra brincar e aí é chato, por causa que tem que fazer o tema e por causa de um monte de coisa.

Observação: Igor fez um anteparo com a caixa de brinquedos. Estávamos sentados no mesmo lado da sala. Ele virou a caixa para a porta e ficou brincando atrás da caixa, como se alguém entrasse na sala e não pudesse ver do que ele brincava. O anteparo “protegeu” a brincadeira da porta e do resto da sala. Ficamos num canto. Ele brincou em cima da mesa que trouxe para perto e arrumou-a na posição para ficar assim como um anteparo para ele, para o brinquedo que fez. Logo após, pegou um soldadinho, um índio e um dinossauro. E comentou:

I- E daí se eu não vim, ela liga pra saber porque eu não vim e a coisa diferente...é chato saber que eu não vim.

C- Chato? Mas o que aconteceu que tu não pudeste vir?

I- Eu queria vim todos os dias e demora.

C- Todos os dias?

I- Todos os dias porque daí ficava brincando mais!

C- E o que é essa brincadeira aí que tu estás fazendo?

I- É Batalha-índio.

C- Me explica o que é.

I- É que existe uma gangue na cidade os índios casaca vermelha, os chimbus...e aí não me lembro. É por causa que eu me esqueço.

C- Ah, tu esquece?

I- Lembrei, é os índios urbanos!

Observação: pegou mais dois índios diferentes daquele primeiro. Então, fez um índio montar no outro. Compreendi que é um de cada “tribo”, ou seja, os casaca vermelha, os chimbus e os urbanos. Imitou a voz de índio como nos filmes, dando tiro entre eles. O casaca vermelha venceu a batalha.

I- Antes da gente nascer tinha só os índios, mas agora os que venceram foram os casaca vermelha! (Pegou os carrinhos, porém desistiu e começou a montar uma floresta).

I- A floresta é lá no morro... lá no morro existiam os dinossauros (fez a caixa de morro). Os dinossauros eram bons, menos os que voam que eram do mal, na verdade ele era um predador que ia lá embaixo da terra. E aí pessoal: cheque-mate...cheque-mate!

Observação: Percebi Igor como um menino bem criativo pela forma como foi usando os brinquedos, fazendo os personagens, as falas desses. Ele deixou-me bem impressionada.

I- Aí ele abriu a sua casa e tinha umas conversinhas sobre o guarda Emê.

C- Emê? Quem é?

I- Ele é esse daqui. Passou pela terra e abriu uma porta, assim pra ninguém, nenhum dos dinossauros escapar.

C- Igor, o que tu achaste de vir aqui conversar com a Vanessa, agora terminar as atividades?

I- Até que foi legal.

C- E tu sabes por que estava vindo aqui?

C- Não.

Observação: da mesma forma como observei em outras crianças desta pesquisa, deixou sua caixa de brinquedos aberta, mas não mexeu em todos os brinquedos e deixou alguns lá dentro como se “seus segredos” com Vanessa ficassem guardados. Percebi em especial neste caso que a família ficou dentro da caixa sem ser tocada. Ele seguiu fazendo diálogos entre os personagens: índios, guarda, etc:

I- Olha porque tu fez isso..tu vai fica roubando? Refri e faca é só o que a gente tem pra bater neles!

Observação: notei que embora pudesse explorar a sala, ele permaneceu no espaço restrito, em cima da mesa que deslocou para a frente dele na poltrona onde ficou sentado. A caixa ficou ali, os brinquedos. Se algum brinquedo caísse no chão, ele logo buscava e colocava em cima da mesa.

I- Estamos perdendo todos os nossos amigos! Gente, tem uma festa lá. Eu vou pegar bebidas. Isso é meu! (Fez vozes diferentes para cada personagem).

Observação: o cenário estava bem diversificado, com as arvores da floresta, os animais, os dinossauros, tanque do exercito, bússola, dentre outros.

I- Eu te odeio arvore! E eu te odeio mais ainda! Quem fez isso! Sou EU! (O Dinossauro do Mau. Neste momento, Igor fez o índio vermelho matar o pássaro dinossauro do mau). Tira aquele passarinho dali! (Da um tiro e os índios também ficam na floresta). E aí seus palhaços (Falou o pássaro dinossauro. Deu mais tiros. Os índios foram atacados pelo Urso). Uma ovelhinha! (Começaram todos a lutar, homens contra homens contra animais contra homens e animais).

C- Igor, a gente precisa ir terminando. Diz-me como é que termina esta tua história aí?

I- Os animais atacam os índios e eles ficam felizes.

C- Quem fica feliz?

I- Os animais (dinossauros também estão juntos) só que daí começa a guerra.

Observação: fiquei impressionada com a capacidade de simbolização e personificação. Compreendi que há um enredo bem difícil, pois Igor quis me mostrar que seu ambiente é tenso com a possibilidade de ataques e brigas a todo o momento entre pessoas diferentes. Ele está em meio à guerra e pareceu ter que expressar de forma restrita seus sentimentos, visto que se defendeu brincando em cima da mesa e com a mesa cobrindo-lhe o corpo. Estava de frente para a porta e ao meu lado como se precisasse nos defender de algum ataque iminente que poderia ocorrer ali na sala.

Entrevista com os Pais

O casal entrou tranquilo e simpático inicialmente, embora a mãe parecesse incomodada com alguma coisa.

S: para o Igor valeu, mas eu acabei vindo mais do que ele! Ele ficou super interessado e tinha os segredos dele com a Vanessa porque queria vir 3^a, 5^a e sábado. Ele já tinha feito psicoterapia antes, no entanto, com a Vanessa pegou um vínculo forte de confiança. Nos outros atendimentos ele não queria ir e aqui queria vir. De todas as vezes que fez tratamento, ele nunca melhorou tanto como aqui. As melhoras foram observáveis.

Observação: o pai comentou que percebeu maior interesse dele na família, como se algo significativo tivesse sendo acrescentado. Ambos concordaram que este atendimento era o que estavam buscando. O pai notou menos brigas na escola e que o filho estava aceitando mais as regras. Concluiu:

L: Este progresso de não bater mais foi o principal. De todos os acompanhamentos foi o mais eficaz.

Observação: a mãe ressaltou que foi bem no período do final da gestação dela e que antes ele era filho único. Neste momento, a mãe relatou que o casal é separado e ela teve um novo companheiro com quem agora tem uma filha. Comentou:

S: Agora Igor está bem ligado na mana.

Observação: no final compreendi um pouco melhor a guerra na qual Igor vive e as “pessoas diferentes” que apareceram como personagens diversos no seu cenário diversificado. Ele tem a realidade da casa da mãe e também a casa do pai. Existe também a convivência com os novos companheiros de seus pais e meio irmãos (o pai não teve filhos no novo relacionamento, mas a companheira tem). Realmente é muita gente para Igor administrar em seu psiquismo.

3.6.6 A etapa final de follow up

Após dois meses a pesquisadora entrou em contato com Sônia para saber se Igor estava em psicoterapia. A mãe informou que ele havia realizado uma consulta com um psiquiatra que receitou *Ritalina* e ele estava mais concentrado. Referiu ainda que na escola do seu filho tinha outro trabalho voluntário de uma faculdade de psicologia no qual Igor estava participando. E acrescentou: “*Mas, eu não esqueci de ti, tanto que não tirei o teu número do meu celular. Assim que o Igor terminar esse trabalho da escola eu quero ver o que deu nessa avaliação e procurar terapia para ele. Mas, tenho que esperar terminar esse da escola e vou procurar tratamento com certeza*”.

3.6.7 Síntese do caso

Observou que o ambiente (pai e mãe) tem dificuldade de perceber e sentir os sintomas de ansiedade da criança. Somente quando a escola apontou que havia um prejuízo acadêmico que a mãe mobilizou-se. O pai parece ter pouca participação na vida do menino, ficando os cuidados do mesmo sob a responsabilidade materna. Cabe destacar que Igor já passou por outros tratamentos psicológicos e nenhum deles teve continuidade. Isso quer dizer que o menino já vem sofrendo há bastante tempo. Ao que tudo indica, ele precisa dizer que *“vai se matar para ser olhado”*. Em muitos casos de falso self o desfecho é o suicídio e isso preocupou a pesquisadora. Mas, o que pode ser feito por esse menino? Talvez o fato de ter participado desse trabalho tenha proporcionado ao menino um espaço para que ele realmente pudesse ser olhado. O ambiente terapêutico (Vanessa e Clara) pode conectar-se com a sua dor e perceber o quanto a sua personalidade estava dissociada. O menino pode compartilhar as suas ansiedades com pessoas que ofereceram um ambiente integrado, diferente do que aquele que costuma vivenciar em sua família.

Igor mostrou por meio das sessões lúdicas e dos testes projetivos que o que causa angústia para ele em grande parte tem a influência de um ambiente punitivo, ambivalente e desorganizado. Esse tipo de ambiente *“não suficientemente bom”* pode ser percebido e sentido também por Vanessa e Clara.

Ao final dos encontros, puderam ser transformados em palavras alguns conflitos pelos quais o menino estava passando. Na tentativa de nomear e dar significado a experiência, a pesquisadora acredita que pode auxiliar os pais a se darem conta dos problemas de ansiedade do filho. Apesar de Sônia ter referido que ainda não havia procurado psicoterapia para Igor, resta a esperança de que um dia o faça. O sentimento da pesquisadora pode ser deste modo traduzido: *“estou na torcida para que ele seja atendido, ao menos a mãe disse que não apagou meu telefone da sua agenda, isso me mantém esperançosa de que algo de bom tenha permanecido para que essa família possa ser ajudada no futuro”*.

4 DISCUSSÃO GERAL

O intuito deste trabalho foi oferecer auxílio às seis crianças que apresentaram sintomas de ansiedade por meio de um ambiente suficientemente bom que proporcionasse acolhimento e segurança para que elas pudessem se expressar de um modo espontâneo. Pois, apesar de nenhuma delas configurar um diagnóstico de *Transtornos de Ansiedade* conforme os sistemas classificatórios CID-10 e DSM-IV, todas apresentaram demasiado sofrimento psíquico digno de atendimento. Sendo assim, o objetivo principal do psicodiagnóstico interventivo de orientação psicanalítica não consistiu em esbater os sintomas de ansiedade, mas sim auxiliar na compreensão dos mesmos pelos pais e pelas crianças ao longo do processo.

Desta maneira, durante a avaliação, as crianças e seus pais puderam tecer uma relação entre os sintomas de ansiedade e a vivência emocional experimentada no *setting*. Cabe destacar que cada participante dessa pesquisa fez uso do espaço terapêutico oferecido conforme os seus alcances e limites. Por esse motivo, as possibilidades de auxílio proporcionadas pelo processo de psicodiagnóstico devem ser avaliadas levando-se em consideração os aspectos próprios de cada indivíduo e do seu meio ambiente.

Neste contexto, a teoria winnicottiana afirma que o ser humano desenvolve-se emocionalmente de acordo com o ambiente que lhe é proporcionado. Assim, muito embora exista a tendência inata ao crescimento, essa não acontece por si só com a passagem do tempo é preciso o amparo de outra pessoa, do ambiente. “*Trata-se de uma tendência e não de uma determinação*” (Dias, 1999, p. 286).

Ao pensar na influência do ambiente para os sintomas de ansiedade infantil é válido lembrar que Winnicott postula a existência de dois tipos de falhas. As falhas menores de adaptação que fazem parte do cotidiano e são fundamentais para que a criança se torne relativamente independente (pois não é possível uma independência absoluta). E as chamadas falhas básicas do meio ambiente que não foram corrigidas e que produzem três tipos de ansiedade (Winnicott, 1963/1983): ansiedade de não-integração, que se transforma em um sentimento de desintegração (ser feito em pedaços, cair para sempre, completo isolamento); ansiedade devido à ausência de ligação entre psique e soma, que culmina em um sentimento de despersonalização; e ansiedade correspondente à sensação de que o centro de gravidade da consciência foi passado do cerne para a casca, gerando o funcionamento do tipo *falso self* (Winnicott, 1952/2000, 1968/1988). Conseqüentemente, ocorre o retraimento como defesa e o *falso self* submisso aceita as exigências do meio, no intuito de proteger o verdadeiro *self* (Winnicott, 1960/1983).

Nesse contexto, conforme o tipo de falha, elas podem ser percebidas e sentidas como uma intrusão ambiental dependendo das reações da criança. Se houver reações em demasia desde o início da vida, pode-se dizer que as vivências tornaram-se traumáticas a ponto de ser interrompido o continuar a ser pessoal do indivíduo, tornando-se um fator adverso ao desenvolvimento do ego. Desse modo, ocorre “um reagir” ao invés de “um agir” e continuar-a-ser e atingir a temporalização (tendência à integração).

Com base em tais contribuições teóricas é possível tecer algumas hipóteses acerca de possíveis falhas ambientais e a sua relação com os tipos de ansiedade apresentadas em cada criança na presente pesquisa. No caso do menino Paulo, observou-se que desde o seu nascimento ele conviveu com a dúvida de ser ou não ser filho do seu pai, experimentou um ambiente com uma irmã mais velha que possui um grave transtorno do desenvolvimento e ainda, a partir do nascimento do seu irmão menor precisava embalá-lo, cuidá-lo e acalmá-lo. Tais experiências podem ser pensadas como uma invasão ambiental, fazendo com que houvesse um retraimento como defesa acarretando em um falso *self* (ansiedade correspondente à sensação de que o centro de gravidade da consciência foi passado do cerne para a casca). No contexto do funcionamento falso *self*, Winnicott (1960/1983) afirma que existem diferentes graus, uma espécie de *continuum*. Deste modo, Paulo apresentou um funcionamento falso *self* numa estrutura de personalidade neurótica (Abadi, 1998). Da mesma forma, Fabiana apresentou tal funcionamento e organização de personalidade. Pensa-se que a existência de um relacionamento simbiótico com a mãe e a dificuldade do pai em se colocar como um objeto externo, somado a um clima emocional da família com intensa ansiedade de separação, contribuíram para as reações da menina às invasões ambientais e culminaram no quadro clínico da mesma.

Por sua vez, o menino Igor também apresentou um funcionamento falso *self*, mas em um grau um pouco mais comprometedor do que os casos citados. Ele apresentou uma estrutura de personalidade *borderline* (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003). Nesse caso também as invasões foram mais intensas e frequentes. A mãe de Igor possui uma conduta extremamente invasiva, mantendo um com ele um relacionamento simbiótico. Também o pai não se mostrou uma figura presente ao longo desses anos de vida do menino. Os sentimentos de invasão ambiental desse menino foram tão intensos a ponto dele referir que queria se matar, talvez a única maneira de salvar o verdadeiro *self*.

No caso do menino Júlio, apesar de uma estrutura de personalidade neurótica (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003) as constantes vivências de separação entre os seus pais causaram-lhe a percepção e a sensação de um ambiente instável, sem previsibilidade. Ao observar os sintomas psicossomáticos do menino (bronquite, asma, dor de barriga e

linfonodo) a pesquisadora lembrou-se da frase de Winnicott: “*crianças com propensão à asma até certo ponto desenvolvem reações intensas contra a ansiedade, isto é, contra o excesso de excitação sem possibilidades de descarga*” (Winnicott, 1931/2000, p.70). Cabe lembrar que a menina Angélica tem o mesmo tipo de estrutura de Júlio e também apresenta sintomas de ansiedade traduzidos como asma, bronquite, dores de barriga. “*Uma quantidade crescente de reação à intrusão que perturba a continuidade do psicossoma passa a ser esperada e admitida na medida da capacidade mental. O que pode acontecer além da confusão é que as reações sejam catalogadas* (conforme a teoria de Freud da neurose obsessiva)” (Winnicott, 1949/2000, p.337). Pode-se pensar que o funcionamento simbiótico da mãe de Angélica e a “não entrada” do pai na relação, aliados a uma falta de proteção deixando a menina sozinha em casa durante as tardes, contribuíram para os sintomas que foram evidenciados clinicamente.

A menina Jaqueline foi o caso mais grave em termos de reação à intrusão ambiental. Desde as vivências de agressões intrauterinas até uma suspeita de abuso sexual no ambiente atual. Ficou evidente a presença de uma ansiedade de não-integração que se transforma em um sentimento de desintegração, em uma estrutura de personalidade borderline (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003).

Diante de diferentes tipos, ou melhor, de intensidade das experiências de reações das crianças dessa pesquisa à invasão ambiental que causaram marcas em seu psiquismo, o processo de psicodiagnóstico teve um papel de extrema relevância. Nesse sentido, o atendimento psicológico realizado teve o cuidado de respeitar o ritmo das crianças para não ocasionar novas invasões na continuidade dos pequenos seres em desenvolvimento. Acredita-se que as crianças foram capazes de brincar e regredir sem um sentimento de ameaça do ambiente externo. Pois, ao longo dos encontros, a pesquisadora procurou proporcionar a confiabilidade (*reliability*) aos pacientes que é a característica central do ambiente facilitador. Deste modo, entende-se que a pesquisadora funcionou como uma mãe suficientemente boa (ou mãe devotada comum) capaz de fornecer *holding* suficiente para transmitir apoio e confiança (Winnicott, 1958/2000). Pode-se pensar que a vivência de ansiedade dos pacientes neste *setting* acolhedor junto com a terapeuta pode oportunizar o desenvolvimento de um espaço potencial, proporcionando o uso da simbolização conforme o alcance de cada criança.

Tendo em vista o referencial winnicottiano (Winnicott, 1964-1968/1994; 1961/1984; 1965/1994) pode-se dizer que o psicodiagnóstico interventivo utilizado nesta pesquisa compartilhou alguns pressupostos das Consultas Terapêuticas (CTs). Desta maneira, diante de uma relação segura estabelecida pelo fornecimento de *holding*, os pacientes puderam acreditar que receberiam ajuda e confiaram na pessoa da terapeuta. Além disso, os

sintomas de ansiedade das crianças puderam ser explorados a partir do primeiro contato. Todavia, cabe a ressalva de que a pesquisadora manteve-se cautelosa para que não houvesse a experiência de situações traumáticas causadas por interpretações intrusivas (Winnicott, 1965/1994).

É importante destacar que as mesmas condições que foram dadas às crianças dessa pesquisa puderam ser proporcionadas aos pais. Nesse sentido, tanto para os genitores como para as crianças, os instrumentos projetivos (Procedimento de Desenhos-Estórias e CAT-A) utilizados funcionaram como mediadores do contato terapêutico, além de auxiliarem a evidenciar a problemática de cada caso. Desta maneira foi possível alcançar a vivência de experiências mutativas tanto com as crianças quanto com os adultos (Paulo, 2005).

A aplicação das técnicas projetivas nas crianças favoreceu a comunicação de aspectos profundos da personalidade e, por meio das intervenções realizadas, os aspectos cindidos puderam ser integrados ao desenvolvimento emocional. Ao usar instrumentos menos estruturados de avaliação e intervenção, a terapeuta forneceu a oportunidade para que os pacientes se *apropriassem de si mesmo* (Tardivo, 2007).

No que se refere aos objetivos de avaliar como o ambiente percebe e sente os sintomas de ansiedade da criança e como a criança percebe e sente seus sintomas de ansiedade e a influência do ambiente nos mesmos, os instrumentos projetivos foram de grande valia. Eles contribuíram para corroborar as hipóteses levantadas pela pesquisadora no decorrer das entrevistas com os pais e sessões lúdicas com as crianças acerca dos conteúdos latentes dos sintomas manifestos de ansiedade das crianças. Além disso, esses instrumentos proporcionaram um rearranjo interno das vivências emocionais. Isso porque ao responder a um instrumento projetivo a pessoa experimenta as suas fantasias de modo a favorecer uma compreensão intuitiva de si mesmo. Nesse sentido, há outra oportunidade de o indivíduo retomar o seu desenvolvimento por meio da atualização de suas necessidades e tentativas de reorganização dos objetos internos (Barbieri, 2002).

Especificamente em relação à aplicação do CAT-A nos pais, pode-se observar que além de ser um instrumento mediador da comunicação no que diz respeito à relação parental e conjugal, pode trazer à tona aspectos das suas próprias vivências infantis. Pôde-se averiguar nos pais a qualidade das figuras materna e paterna por eles introjetadas assim como o clima emocional das suas experiências afetivas com os seus genitores e as repercussões das mesmas na relação com seus filhos. Quando comparadas as respostas dos pais as das crianças no CAT-A pode-se obter um panorama geral acerca dos conflitos familiares. Assim, a aplicação desse instrumento projetivo no pai, na mãe e na criança é um recurso fundamental e complementar

na avaliação infantil para compreender o significado subjacente dos sintomas da criança no contexto do ambiente familiar.

E ainda, acredita-se que o contato mais aproximado com os pais nesse pesquisa, tanto no sentido solicitar mais vezes a presença dos mesmos no *setting* quanto de incluí-los na testagem projetiva favoreceu o fortalecimento do vínculo no momento do psicodiagnóstico. Por meio de um bom vínculo, propiciou-se um ambiente de segurança para que os pais pudessem falar sobre as suas dores psíquicas e, ao mesmo tempo, confiar os seus filhos a terapeuta, diminuindo os riscos de “boicote” à avaliação e compreendendo melhor as indicações terapêuticas. A inclusão dos pais no espaço terapêutico fez com que eles vivenciassem o processo (entrevistas e testagens) gerando assim uma maior compreensão do trabalho analítico. Pensa-se que quando os pais são convidados a participar do psicodiagnóstico, também são convidados a tomar conta dos seus filhos com respaldo de alguém (terapeuta) que confia na sua capacidade de efetuar reparações. Outro aspecto a ser destacado é que por meio do encontro terapêutico com a criança ocorreram elaborações e mudanças que interferiram na dinâmica familiar. E ainda, segundo Barbieri (2002) quando os pais vivenciam novamente os estágios desenvolvimentais pelos quais seus filhos estão passando eles têm também uma outra oportunidade de elaboração dos conflitos.

A fim de compreender a influência do ambiente nos sintomas de ansiedade infantil, além das entrevistas e técnicas projetivas aplicadas nos pais e nas crianças, a pesquisadora considerou os sentimentos contratransferenciais como uma das principais ferramentas para o entendimento psicodinâmico dos casos. Nesse contexto, cabe ressaltar que a pesquisadora inovou ao criar a “técnica da cabra-cega”. Tal técnica teve como objetivo avaliar a percepção e os sentimentos dos pais e das crianças acerca do processo de psicodiagnóstico por meio de entrevistas abertas realizadas pela psicóloga Clara. Ela priorizou sobretudo o relato dos seus sentimentos contratransferenciais durante os atendimentos. Tendo em vista os seis casos relatados, pode-se dizer que as percepções e os sentimentos dos pais e das crianças sobre o processo de avaliação foi positivo. Ao que tudo indica, todos os participantes relataram que ao longo do processo ocorreu algumas mudanças importantes. Os pais puderam compreender melhor os sintomas dos filhos e assim ajudá-los.

Cabe ressaltar que a entrevista realizada às cegas pela terapeuta Clara fez com que os pais e as crianças pudessem se expressar livremente as suas vivências ocorridas no psicodiagnóstico. Além disso, por se configurar também um primeiro encontro, observou-se a emergência da conflitiva principal de cada participante à semelhança da ideia subjacente às CTs. Outra contribuição dessa técnica foi corroborar ou mesmo validar a percepção e os

sentimentos contratransferenciais da pesquisadora acerca de cada caso por meio da percepção e dos sentimentos de outra terapeuta (Clara).

É válido salientar ainda a importância de se fazer um uso clínico dos resultados obtidos na testagem psicométrica. Foi aplicado o Teste de Inteligência Não-Verbal (R2) e observou-se que quando trabalhado com as crianças tal resultado (nos casos atendidos os escores eram na média e acima da média) elas puderam integrar esses aspectos a sua personalidade e ainda contribuiu para elevar sua autoestima. No que se refere à escala SCAS-CRIANÇA, a pesquisadora concluiu que a aplicação desse instrumento no *setting* foi de enorme valia na compreensão de alguns sintomas de ansiedade, pois as crianças trouxeram informações além das que foram solicitadas nas perguntas dos questionários. Principalmente, as questões de número 19 (*Parece que eu não consigo tirar pensamentos ruins ou idiotas da minha cabeça*) e 41 (*Eu fico incomodado (a) com pensamentos ou imagens ruins ou idiotas na minha mente*) que no caso Paulo e no caso Angélica puderam elucidar as suas fantasias e vivências com relação à sexualidade. Nessa perspectiva é importante frisar que Paulo, Angélica e Jaqueline relataram que assistiram a cenas de sexo na televisão e internet. Desta forma torna-se fundamental trabalhar com os pais para que eles possam restringir o conteúdo que será assistido/navegado pelos seus filhos.

Destaca-se ainda que o desfecho dos casos atendidos em psicodiagnóstico interventivo pode ser considerado como de sucesso, uma vez dos seis casos que foram encaminhados para psicoterapia, quatro procuraram tal atendimento. Nesse sentido, a avaliação com a participação dos pais mostrou-se um método eficaz de auxílio não somente às crianças, mas às famílias.

A presente tese, metodologicamente qualitativa, estudou seis crianças e seus pais, um número restrito que não permite generalizações amplas. Todavia, confirmou-se a importância desses estudos ao proporcionar a sua compreensão para além da sua generalização (Stake, 2000). De acordo com Yin (1984), a intenção gira em torno da ideia de que a partir destes casos sejam realizadas proposições teóricas aplicáveis a outros contextos (generalização “analítica”). Assim, o psicodiagnóstico interventivo de orientação psicanalítica foi de grande relevância para esta tese, pois permitiu ajudar as crianças e seus pais na compreensão dos sintomas de ansiedade, bem como na influência do ambiente sobre os mesmos.

4.1 Considerações Finais

Acredita-se que o método de psicodiagnóstico interventivo utilizado pela pesquisadora tenha oferecido suporte emocional para que todos os participantes pudessem se expressar de modo mais livre, sem sentirem-se julgados ou criticados. Nesse sentido, a técnica da cabra-

cega também teve a mesma intenção. Pensa-se que tanto as crianças quanto os pais puderam se sentir mais seguros quanto aos próprios aspectos, entrando em contato com seu mundo interno sem sentir que eram invadidos pelo mundo compartilhado. Desta maneira, as intervenções que ocorreram no momento apropriado foram capazes de interromper o processo patológico de sofrimento (Tardivo, 2003). As intervenções da pesquisadora possibilitaram experiências mutativas, pois procuraram atender as necessidades das crianças e dos pais sem ser intrusivo. Essa postura só foi permitida pelo acatamento do pressuposto winnicottiano de que não existe a destruição completa da capacidade de um indivíduo para o viver criativo (Winnicott, 1958/2000). Nesse sentido, a clínica winnicottiana tem o intuito de promover o rompimento dos aspectos invasivos que provocaram o sofrimento e a retirada de si (Aiello-Vaisberg, 2004).

No que se refere ao uso dos instrumentos, destaca-se a importância do contexto em que eles foram usados, assim como a possibilidade da livre inspeção do material. Torna-se também importante ressaltar que pelo fato do psicodiagnóstico interventivo ser um atendimento breve, tal método pode ser usado em instituições e ambulatórios de saúde mental. Sendo assim, a presente tese mostrou que esse modo de avaliação é uma ferramenta útil no trabalho clínico do psicólogo. Necessita, porém que o profissional que a utilize tenha uma prática clínica aliada à análise pessoal e supervisão para poder dar conta dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais implicados no processo. Pois o contato pessoal que ocorre nessas avaliações breves é muito intenso e, ao mesmo tempo, é o norteador de todo atendimento. Na visão da pesquisadora, as técnicas e testes são apenas instrumentos do processo porque a ferramenta essencial é o material humano, o espaço potencial que acontece naquele encontro que é singular.

Por fim, recomenda-se ainda que devam ser realizadas outras pesquisas que possam abordar psicopatologias específicas da infância assim como incluir no processo de psicodiagnóstico interventivo outras pessoas da família que convivam com as crianças avaliadas (por exemplo, madrasta, padrasto, irmãos).

REFERÊNCIAS

- Abadi, S. (1998). *Transições. O modelo terapêutico de D. W. Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aberastury, A. (1982). O consultório, o material do jogo, a caixa individual: problemas técnicos que surgem do seu uso diário. In: _____. *Psicanálise de criança: Teoria e técnica*. (A. L. L. de Campos, Trad., pp. 97-110). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Abram, J. (2000). *A linguagem de Winnicott: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. (M. D. G. Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6(2), 103-127.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In: _____. *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana* (pp. 9-22). Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, 11(1), 29-48. American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ancona-Lopez, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: W. Trinca (Org.). *Diagnóstico psicológico: A prática clínica* (pp. 1-13). São Paulo: EPU.
- Ancona-Lopez, M., Vorcaro, A. M. R., Cupertino, C., Bruscajin, C. B., Barros, D. T. R., Yehia, G. Y., et al. (1995). *Psicodiagnóstico: Processo de intervenção*. São Paulo: Cortez.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44(1), 69-76.

Andrade, M. A., Miranda, S. E. C. (2012). Psicodiagnóstico interventivo como modalidade de atuação terapêutica: reflexões a partir de um caso clínico. *Revista Kaleidoscópio*, 3, 59-76.

Anzieu, D. (1988). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.

Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 28-34.

Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Barbieri, V. (2008). Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como método de investigação científica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13(3), 575-584.

Barbieri, V. (2010a). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 209-222.

Barbieri, V. (2010b). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.

Barbieri, V., Beaune, D., & Ayouch, T. (2011). Brincando como adultos: o teste de Apercepção Temática Infantil na investigação da experiência materna. In: *V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica, Avaliação Psicológica: avanços e desafios*. Bento Gonçalves – RS.

Barros, E. M. R. (2006). Contratransferência e interpretação das relações de objeto. In: J. Zaslavsky, M. J. P. Santos, e cols. *Contratransferência: Teoria e prática clínica*. (pp. 56-64). Porto Alegre: Artmed.

Bellak, L. (1974). The use of the TAT in psychotherapy. In: _____. *The TAT, CAT and SAT in clinical use*. (pp. 143-152). New York: Grune & Stratton.

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1981). *Teste de Apercepção Infantil com figuras de animais – CAT-A*. (O. Mantovani, Trad.) São Paulo: Mestre Jou.

Bergeret, J. (1998). *A personalidade normal e patológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., & Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-9.

Biaggio, A. M. B., & Spielberger, C. D. (1983). *Manual do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – Forma infantil*: IDATE-C. Rio de Janeiro: CEPA.

Bick, E. (1987). Notes on infant observation in psycho-analytic training. In: M Harris, & E. Bick. *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick* (pp. 240-256). Great Britain: The Roland Harris Education Trust. (Trabalho original publicado em 1964).

Biederman, J., Faraone, S. V., Marris, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, S., et al. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 214-23.

Bogomoletz, D. (1992). *Winnicott e a música ou Winnicott para musicoterapeutas*. Disponível em <http://www.dwwinnicott.com>. Acesso em: 23 mar. 2013.

Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamento da Infância e da Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP. APAL*, 17(2), 55-66.

Bordin, I., Paula, C., Nascimento, R., & Duarte, S. (2006). Punição física grave e problemas de saúde mental em população de crianças e adolescentes economicamente desfavorecida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 290-296.

Borges, V., Três, S., & Orsoletta, A. (2011). Refletindo sobre a avaliação psicológica: conhecimento técnico-científico e aspectos éticos fundamentais da avaliação psicológica. *Entre Linhas, CRPRS*, 11(53), 12.

Caron, N. A. (1995). Fundamentos teóricos para a aplicação do Método de E. Bick. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 29(2), 283-291.

Caron, N. A., & Lopes, R. C. S. (2001). *Estudo longitudinal sobre o desenvolvimento do bebê, da mãe e da relação mãe-bebê intra-útero e nos primeiros 3 anos de vida do bebê*. Projeto não publicado.

Caron, N. A., Matte, L. D. S., Cardoso, M. G., Lopes, R. C. S., & Dalcin, V. E. (2000). Vivenciando a violência sutil, o impacto emocional diante de tendências humanas comuns. In: N. A. Caron (Org.). *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 45-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carvalho, D. M., Junqueira, G. P., Gracioli, S. M. A., & Bordin, M. B. M. (2009). Avaliação do comportamento infantil: uma revisão da literatura. In: *Anais do III Fórum de Estudos Multidisciplinares, X Encontro de Pesquisadores e III Congresso de Iniciação Científica*, 3,164-174.

Castellanos, D., & Hunter, T. (1999, out.). Anxiety disorders in children and adolescents. *Southern Medical Journal*, 92(10), 946-954.

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. II), 20-23.

Chabert, C. (2004). *Psicanálise e métodos projetivos*. São Paulo: Vetor.

Chiappini, C. H., & Miyares, A. R. (1997). *Observación de lactantes: signos de alarma en el primer año de vida*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução CFP n. 002/2003*: Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Brasília, DF.

Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Cartilha sobre Avaliação Psicológica*. Brasília, DF.

Cordioli, A., & Manfro, G. (2004). Transtornos de ansiedade. In: B. Ducan et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. (pp. 863-873). 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Costello, E. J. (2003). Prevalence and development of psychiatry disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.

Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Epidemiology. In: J. S. March (Edit.). *Anxiety disorders in children and adolescents*. (pp. 109-124). New York: Guilford Press.

Cozby, P. (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.

Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed.

D'Avila-Bacarji, K., & Marturano, E. (2005). Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. *Paidéia*, 15(30), 43-55.

D'Avila-Bacarji, K., Marturano, E., & Elias, L. (2005). Suporte parental, um estudo sobre crianças com queixas escolares. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10(1), 107-115.

Davila, A. (1995). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teórico y implicaciones praxeológicas. In: J. M. Delgado, & J.

Gutiérrez (Coords.). (pp. 69-83). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

DeSousa, D. A. (2013). *Instruments to assess anxiety symptoms in brazilian population and the case of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): Cross-cultural adaptation and psychometric properties*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DeSousa, D. A., Petersen, S. C., Behs, R., Manfro, G., & Koller, S. (2012). Brazilian portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). *Trends Psychiatry Psychotherapy*, 34(3), 147-153.

Dias, E. O. (1998). *A teoria das psicoses em D. W. Winnicott*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Dias, E. O. (1999). Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. *Natureza Humana*, 1(2), 283-322.

Dias, E. O. (2000). Winnicott: Agressividade e teoria do amadurecimento. *Natureza Humana*, 2(1), 9-48.

Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Dias, E. O. (2007). Incorporação e introjeção em Winnicott. *Winnicott e-prints*, 2(2), 1-30.

Dumas, J. E. (2011a). Transtornos invasivos do desenvolvimento: a síndrome de Rett. In: _____. *Psicopatologia da infância e adolescência*. (pp. 97-137). 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Dumas, J. E. (2011b). Transtornos de ansiedade. In: _____. *Psicopatologia da infância e adolescência*. (pp. 388-442). 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Ferreira, R. F., Calvoso, G. G., & Gonzales, C. B. L. (2002). Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 243-250.

Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment*, 67, 543-557.

Finn, S. E., & Tonsager, M. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 4, 374-385.

Fischer, C. T. (1979). Individualized assessment and phenomenological Psychology. *Journal of Personality Assessment*, 43(2), 115-122.

Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004, jun). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-34.

Freud, S. (1996). Rascunho E: Como se origina a ansiedade. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1894).

Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895).

Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1909).

Freud, S. (1996). Conferências introdutórias sobre psicanálise: Conferência XXV: A ansiedade. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920).

Freud, S. (1996). O ego e o id . In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).

Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).

Freud, S. (1974). Fetichismo. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1927).

Friedenthal, H. (1976). Interrogatório, teste de limites y señalamientos en el Test de Relaciones Objetales. In: R. F. de Verthelyi (Org.). *El Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson*. (pp. 61-95). Buenos Aires: Nueva Vision.

Gauy, F., & Guimarães, S. (2006). Triagem em saúde mental infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 5-16.

Gil, C. A. (2010). *Recordação e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção terapêutica grupal com idosos*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

González-Rey, F. L. (2002). Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Gorayeb, M. A. M., & Gorayeb, R. (2008). O que penso e sinto. Adaptação da Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) para o português. *Temas em Psicologia*, 16(1), 35-45.

Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guimarães, R. M., & Bento, V. E. S. (2008). O método do “estudo de caso” em psicanálise. *Psico*, 39(1), 91-99.

Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In: F. Herrmann, & T. Lowenkron (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico*. (pp. 43-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Iribarry, I. N. (2003). Que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, 6(1), 115-138.

Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hutz, C. (Org.). (2009). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kahr, B. (1997). *A vida e a obra de D. W. Winnicott. Um retrato biográfico*. Rio de Janeiro: Exodus.

Keizer, B. M. (2012). *Child behavioral inhibition, parental overcontrol, and parent al anxiety as predictors of adolescent anxiety*. Dissertação. Faculty of the College of Education and Human Development of the University of Louisville in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Educational and Counseling Psychology University of Louisville, Louisville, KY.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994, jan.). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the

United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.

Klein, M. (1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. (A. Cardoso, Trad., pp. 249-264). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

Klein, M. (1996). *Psicanálise de crianças*. (A. Cardoso, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).

Klein, M. (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In: _____. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. (A. Cardoso, Trad., pp. 301-329). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935).

Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: _____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. (E. Rocha, & L. Chaves, Trad., pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).

Klein, M. (1991). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In: _____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. (E. Rocha, & L. Chaves, Trad., pp. 44-63). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948).

Klein, M. (1991). Sobre o sentimento de solidão. In: _____. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. (E. Rocha, & L. Chaves, Trad., pp. 340-354). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1963).

Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of co-morbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.

Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders (Special Article). *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.

Laia, S. (2011). A classificação dos transtornos mentais pelo DSM-V e a orientação laciana. *CliniCAPS*, 5(15), 1-21.

Laplanche, J., & Pontalis, J. (1996). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.

Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Lazzari, W. M. J., & Schmidt, B. E. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Revista: Avaliação Psicológica*, 7(2), 211-221.

Leoncio, W. A. A. (2009). *Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais: uma investigação dos vínculos familiares*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lins, M. I. A. (2006). *Consultas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Loparic, Z. (1996). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Percurso*, 17(2), 41-47.

Marcelli, D., & Cohen, D. (2010). Os transtornos de ansiedade, os sintomas e a organização de aparência neurótica. In: _____. *Infância e psicopatologia*. (pp. 388-442). Porto Alegre: Artmed.

Marturano, E., Toller, G., & Elias, L. (2005). Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 22(4), 371-380.

Massola, G. M., & Silveiras, E. F. S. (2005). A percepção do distúrbio de comportamento infantil por agentes sociais versus encaminhamento para atendimento terapêutico. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(1), 139-150.

Miguel, A., Tardivo, L. S. L. P. C., Silva, M. C. V. M., & Tosi, S. M. V. D. (2010). *CAT-A: teste de apercepção infantil com figuras de animais*. Adaptado à população brasileira. São Paulo: Vetor.

Mishima, F. K. T. (2011). *Obesidade feminina: considerações a partir do psicodiagnóstico interventivo*. Ribeirão Preto. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Morgan, C., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306.

Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behavior Research and Therapy*, 40, 753-772.

Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2004). Parâmetros psicométricos: uma análise de testes psicológicos comercializados no Brasil. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(4), 88-99.

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (1986). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

Oliveira, R. (2000). *R-2: Teste não verbal de inteligência para crianças, manual*. São Paulo: Vetor.

Oliveira-Menegotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A., & Lopes, R. S. C. (2006). O Método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*, 18(2), 77-96. Organização Mundial de Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças*. São Paulo: EDUSP.

Paulo, M. L. L.de. (2005). *Depressão e psicodiagnóstico interventivo: proposta de atendimento*. São Paulo: Vetor.

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64.

Pollack, M. H., Otto, M. W., Sabatino S., Majcher, D., Worthington, J. J., McArdle, E., et al. (1996). Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *American Journal of Psychiatry*, 153, 376-81.

Primi, R., Muniz, M., & Nunes, C. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: C. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. (pp. 71-86). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-80.

Ribeiro, D. P. de S. A. (2007). *Transicionalidade e o uso do procedimento de desenhos-estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas*. 2007. Tese de Doutorado, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP..

Roudinesco, E., & Plon, Michel. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Safra, G. (2005). *A face estética do self: Teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.

Sandri, R. (1997). O grupo de observação: escuta, rêverie, transformação. In: M. B. Lacroix, & M. Monmayrant (Orgs.). *Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações* (F. F. Settineri, Trad., pp. 63-77). Porto Alegre: Artmed.

Saraceno, B. (2002, jun.). The WHO – World Health Report 2001 on mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 11(2), 83-87.

Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

Silva, R., Feil, C., Souza, R., & Paniagua, R. (2009). Triangulação de informações: Bender, anamnese e CBCL nas dificuldades de aprendizagem. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(1), 82-90.

Silva, W. V., & Figueiredo, V. L. M. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 329-35.

Silvares, E. F. M. (2006). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas, SP: Alíneas.

Simon, R. (1994). Principais contribuições de Melanie Klein à teoria e à técnica da psicoterapia psicanalítica. *Mudanças: Psicoterapia e estudos psicossociais*, 2(2), 55-68.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 106, 280-97.

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36, 545-566.

Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the state-trait anxiety for children*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In: N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage.

Strauss, A., & Corbin, J. (2009). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (L. O. da Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Sylvester, C. S. (2000). Separation anxiety disorder and other anxiety disorders. In: H. I. Kaplan, & J. B. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (7. ed.). Washington: Lippincott Williams & Wilkins.

Swedo, S. E., Leonard, H. L., & Allen, A. J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 24, 12-38.

Tanaka, O., & Ribeiro, E. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1845-1853.

Tardivo, L. S. P. C. (2000). Psicoterapia de base analítica e psicodiagnóstico: Formas de atuação antagônicas ou complementares? *Psic – Revista da Vetor*, 1(2), 28-31.

Tardivo, L. S. P. C. (2003). Apoiar: fundamentos e propostas. In: *Anais da Jornada Apoiar: Propostas de atendimento* (pp. 6-10). São Paulo: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, IP-USP.

Tardivo, L. S. P. C. (2006). O atendimento em psicodiagnóstico interventivo na clínica-escola: o encontro entre os pacientes, os terapeutas e os estudantes de psicologia. In: N. A. Silva Neto, & D. M. Amparo (Orgs.), *Métodos projetivos: Instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura*. Anais do IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (pp. 334-341). Brasília-DF: ASBRo.

Tardivo, L. S. P. C. (2007). Psicodiagnóstico interventivo: Uma proposta de ensino em atendimento clínico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(2), 128-134.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In: J. Cunha, & cols. (Org). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: _____. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica* (pp. 14-24). São Paulo: EPU.

Trinca, A. M. T. (2003). *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Vaz, C. E. (1997). *O Rorschach: Teoria de desempenho*. 3. ed. São Paulo: Manole.

Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61.

Werlang, B. (2000). Entrevista lúdica. In: J. Cunha & cols. (Org.). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.

Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., et al. (1990). Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.

Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. *O brincar e a realidade*. (J. O. A. Abreu, & V. Nobre, Trad., pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1983) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. (I. C. S. Ortiz, Trad., pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (J. M. X. Cunha, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1988) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: _____. *Os bebês e suas mães*. (J. L. Camargo, Trad., pp. 79-92). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968).

Winnicott, D. W. (1991). *Holding e interpretação* (S. M. Tavares & M. Barros, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1972).

Winnicott, D. W. (1994a). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 102-115). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).

Winnicott, D. W. (1994b). O valor da consulta terapêutica. In: C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 244-248). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1965).

Winnicott, D. W. (1994). O jogo do rabisco [Squiggle Game]. In: C. Winnicott, R. Sheperd, & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (J. O. A. Abreu, Trad., pp. 230-243). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1964-1968).

Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (2000). Pediatria e psiquiatria. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1948).

Winnicott, D. W. (2000a). A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 332-346). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).

Winnicott, D. W. (2000b). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e Ansiedade. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).

Winnicott, D. W. (2000). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950).

Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais . In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 316-331). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1951).

Winnicott, D. W. (2000). Ansiedade associada à insegurança. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1952).

Winnicott, D. W. (2000). Retraimento e regressão. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 347-354). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954).

Winnicott, D. W. (2000a). A preocupação materna primária. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (2000b). A tendência anti-social. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, Trad., pp. 406-416). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1956).

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de informações pessoais e de dados sociodemográficos

Psicóloga Vanessa Stumpf Heck

CRP: 07/10895

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da Criança:
 Idade:
 Data de Nascimento:
 Nome da Escola:
 Série:
 Turma e Turno:
 Nome da Mãe:
 Idade:
 Escolaridade e Ocupação Atual:
 Nome do Pai:
 Idade:
 Escolaridade e Ocupação Atual:
 Endereço Residencial:
 Fones para Contato:
 Renda Familiar:

1) Descreva os principais motivos para a realização da avaliação psicológica para o (a) seu (sua) filho(a).

2) Sua família experimentou qualquer uma dessas circunstâncias durante os dois últimos anos?

Experiências	Sim	Não	Quando?	Observações
Separação	()	()		
Aumento da Família	()	()		
Doença de um dos membros	()	()		
Mudança de Residência	()	()		
Mudança de escola	()	()		
Perda/Mudança de Trabalho	()	()		
Problemas Judiciais	()	()		
Problemas Financeiros	()	()		
Outros				

3) Responda as questões abaixo sobre gestação e parto:

Fez pré-natal:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Doença durante a gravidez:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Qual:	
Utilizou alguma medicação:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Qual:	
Em que período da gravidez:	(em meses da gravidez)
Por quanto tempo:	(em meses)
Qual era a frequência:	(dose/vezes ao dia)
Continuou o uso enquanto amamentava:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Por quanto tempo:	
Fumou durante a gravidez	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Quantos cigarros/maços por dia:	
Em que período da gravidez:	(em meses da gravidez)
Por quanto tempo consumiu:	(em meses)
Consumiu bebida alcoólica durante a gravidez	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Em que período da gravidez	(em meses da gravidez)
Que tipo de bebida?	
Qual foi o tipo de parto:	<input type="checkbox"/> parto normal <input type="checkbox"/> cesariana
Parto prematuro:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Caso sim, com quantos meses a criança nasceu:	
Peso da criança ao nascer:	
Houve complicações durante o parto?	<input type="checkbox"/> sofrimento fetal <input type="checkbox"/> problemas respiratórios <input type="checkbox"/> cordão ao redor do pescoço <input type="checkbox"/> outros: _____ _____
Uso de fórceps ?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Ocorreram algum dos seguintes eventos na hora do nascimento?	Azul no nascimento <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Oxigenação exigida <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Icterícia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Fototerapia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Cirurgias <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Outros _____ _____
Usou medicação logo após o nascimento?	<input type="checkbox"/> sim. Por quê? _____ _____ <input type="checkbox"/> não
Teve problemas com:	<input type="checkbox"/> Cólicas. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Amamentação. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Choro. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Sono. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Alimentação. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Vômitos. Por quê? _____ _____ <input type="checkbox"/> Recusa de comida. Por quê? _____ <input type="checkbox"/> Perda de peso. Por quê? _____

	() Parada respiratória. Por quê? _____ () Outros. _____
--	--

4) Responda sobre o desenvolvimento:

Já esteve hospitalizado para algum tratamento específico?	() sim. _____ () não	Qual?
Realizou cirurgias previamente?	() sim. _____ () não	Qual?
Seu filho (a) mamou:	() mamadeira () seio	
Idade ao desmamar:		
Idade ao caminhar:		
Idade ao falar:		
Idade ao controlar o esfíncter urinário:		
Mesmo após a retirada das fraldas seu filho (a) continuava urinando-se (ex: nas calças, na cama, na escola, ou em outras circunstâncias)	() sim. Até que idade? _____ () não	
Idade ao controlar o esfíncter intestinal:		
Mesmo após a retirada das fraldas seu filho continuou defecando (ex: nas calças, na cama, na escola, ou em outras circunstâncias)	() sim. Até que idade? _____ () não	
Idade ao dormir na sua própria cama:		
Dormiu com os pais?	() sim. Quando? _____ e Por quanto tempo? _____ () não	
Idade ao ler:		
Teve alguma doença física?	() sim () não	
Qual?		
Já tomou algum tipo de medicação por um longo período de tempo?	() sim () não	
Qual?		
Por quanto tempo?		
Em que período?		
Algum irmão ou parente próximo tem algum tipo de doença física ou mental?	() sim () não	
Quem?		
Qual?		

5) Responda sobre o histórico escolar:

Frequentou pré-escola:	() sim () não
Apresentou dificuldade de permanecer na escola?	() sim . Por quanto tempo? _____ () não
Ano de entrada na escola regular (1ª série):	
Já foi reprovado:	() sim () não
Quantas vezes (total):	
Em qual(is) séries:	
Assistiu a aulas especiais ou de reforço:	() sim () não
Em qual(is) série(s):	

Assistiu a aulas de recuperação ao final do ano:	() sim () não
Quantas vezes (anos):	
Em qual(is) série(s):	
Teve dificuldades de adaptação na escola:	() sim. Por quê? _____ () não
Teve dificuldades de relacionamento na escola:	() sim () não
De que tipo?	

6) Responda sobre a situação atual:

Apresentou ou ainda apresenta alguma doença física ou mental?	() sim. Qual? _____ () não
Realizou exames neurológicos?	() sim. Quais? _____ () qual o motivo? _____ () quais os resultados? _____ () quando? _____ _____ () não
Realizou avaliação psicológica com testes?	() sim. Quais? _____ () qual o motivo? _____ () quais os resultados? _____ () quando? _____ _____ () não
Quais exames realizou nos últimos dois anos?	
Realiza psicoterapia?	Se sim, Desde quando? _____

7) Descreva suas preocupações ou angústias sobre sua família, trabalho, educação, entre outros.

8) Descreva os aspectos positivos de seu (sua) filho (a).

9) Descreva seus aspectos negativos de seu (sua) filho (a) .

Obrigada!

ANEXO B – Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (Child Behavior Checklist – CBCL)

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO PARA CRIANÇAS/ ADOLESCENTES DE 6 - 18 ANOS (C.B.C.L)

OBS: será exposto somente a parte do questionário usada na pesquisa

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA em relação ao seu filho (a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA em relação ao seu filho (a), trace um círculo à volta do 0. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)	1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA	
0 1 2	1. Age de maneira muito infantil para a sua idade	0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada
0 1 2	2. Ingere bebida alcolica sem aprovação dos pais	0 1 2	32. Acha que tem que fazer tudo perfeito
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	4. Não termina o que começou	0 1 2	34. Acha que os outros o (a) perseguem
0 1 2	5. Há poucas coisas que gosta	0 1 2	35. Sente-se sem valor ou inferior
0 1 2	6. Faz suas necessidades fora do banheiro	0 1 2	36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	7. Gosta de contar vantagem	0 1 2	37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	0 1 2	38. É alvo de muitas gozações
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva-as) _____	0 1 2	39. Anda em más companhias
0 1 2	10. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo(a)	0 1 2	40. Escuta sons ou vozes que não estão existindo (descreva-os) _____
0 1 2	11. Fica grudado (a) nos adultos ou é muito dependente	0 1 2	41. É impulsivo (a), ou age sem pensar
0 1 2	12. Reclama de solidão	0 1 2	42. Prefere estar sozinho (a) do que ficar em companhia de outros
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2	43. Mentira ou engana os outros
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2	44. Rói as unhas
0 1 2	15. É cruel com animais	0 1 2	45. É nervoso (a) , ou tenso (a)
0 1 2	16. É cruel, intimida ou faz maldade com outros	0 1 2	46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) (descreva-os) _____
0 1 2	17. Vive no mundo da lua ou perde-se em seus pensamentos	0 1 2	47. Tem pesadelos
0 1 2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar	0 1 2	48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
0 1 2	19. Exige que prestem muita atenção nele (a)	0 1 2	49. Tem prisão de ventre, intestino preso
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2	50. É muito medroso (a) ou ansioso (a)
0 1 2	21. Destroí coisas de sua família ou de outros	0 1 2	51. Tem tonturas
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2	52. Sente-se muito culpado (a)
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2	53. Come exageradamente
0 1 2	24. É difícil de comer	0 1 2	54. Sente-se cansado (a) sem motivo
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes	0 1 2	55. Está gordo (a) acima do peso
0 1 2	26. Não se sente culpado depois de		56. Tem problemas físicos de fundo emocional (sem

	se comportar mal		causa médica)
0 1 2	27. Sente ciúmes ou inveja com facilidade	0 1 2	a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0 1 2	28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares	0 1 2	b) Dores de cabeça
0 1 2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os)_____	0 1 2	c) Náuseas, enjoo
0 1 2	30. Tem medo da escola	0 1 2	d) Problemas com os olhos que não são corrigidos com o uso de óculos (descreva-os)_____
		0 1 2	e) Problemas de pele
		0 1 2	f) Dores de estômago ou de barriga
		0 1 2	g) Vômitos
		0 1 2	h) Outros (descreva-os): _____

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)	1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
--	------------------------------	-------------------------------

0 1 2	57. Ataca fisicamente as pessoas	0 1 2	84. Tem comportamento estranho (descreva-os)_____
0 1 2	58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva-as)_____	0 1 2	85. Tem ideias estranhas (descreva-as)_____
0 1 2	59. Mexe nas partes íntimas em público	0 1 2	86. É teimoso (a), mal humorado (a) ou fácil de se irritar
0 1 2	60. Mexe demais nas partes íntimas	0 1 2	87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0 1 2	61. Não vai bem na escola, tira notas baixas	0 1 2	88. Fica emburrado (a) facilmente
0 1 2	62. É desajeitado (a), tem má coordenação motora	0 1 2	89. É desconfiado (a)
0 1 2	63. Prefere estar com pessoas mais velhas	0 1 2	90. Xinga, fala palavrões, é boca suja
0 1 2	64. Prefere estar com pessoas mais novas	0 1 2	91. Fala que vai se matar
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	92. Fala ou anda dormindo (descreva)_____
0 1 2	66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva-as)_____	0 1 2	93. Fala demais
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	94. Gosta de gozer dos outros
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	95. Tem crises de birra ou é esquentado (a)
0 1 2	69. É reservado (a), fechado (a) não conta suas coisas para ninguém	0 1 2	96. Pensa demais em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não existem (descreva-as)_____	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Fica sem jeito na frente de pessoas com facilidade, preocupado (a) com o que os outros vão pensar dele (a)	0 1 2	98. Chupa o dedo
0 1 2	72. Põe fogo nas coisas	0 1 2	99. Fuma cigarro ou masca fumo
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva-os)_____	0 1 2	100. Tem problemas com o sono (descreva-os)_____
0 1 2	74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas	0 1 2	101. Mata aula, cabula, gazea
0 1 2	75. É muito acanhado (a) ou tímido	0 1 2	102. É pouco ativo (a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido (a)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia	0 1 2	104. É barulhento demais

	e/ou durante a noite (descreva)		
0 1 2	78. É desatento ou distrai-se facilmente	0 1 2	105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco) (descreva-as)
0 1 2	79. Tem problemas de fala (descreva-os)	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica com olhar parado, “olhando o vazio”	0 1 2	107. Faz xixi na calça durante
0 1 2	81. Rouba em casa	0 1 2	108. Faz xixi na cama
0 1 2	82. Rouba fora de casa	0 1 2	109. Choramíngua
0 1 2	83. Junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada (descreva-as)	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Isola-se, não se relaciona com os outros
		0 1 2	112. É muito preocupado (a)
			113. Por favor, descreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima:

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

**ANEXO C – Escala Spence de Ansiedade Infantil
(Spence Children’s Anxiety Scale – SCAS – Versão para Pais)**

SCAS – PAIS

SEU NOME: _____ **DATA:** _____

NOME DO SEU FILHO(A): _____

ABAIXO HÁ UMA LISTA DE ITENS QUE DESCREVEM CRIANÇAS. PARA CADA ITEM, POR FAVOR, CIRCULE A RESPOSTA QUE MELHOR DESCREVE O SEU FILHO(A).

1.	Meu filho(a) se preocupa com as coisas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
2.	Meu filho(a) tem medo do escuro	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
3.	Quando meu filho(a) tem um problema, ele(a) se queixa de ficar com uma sensação esquisita no estômago	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
4.	Meu filho(a) se queixa de que sente medo	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
5.	Meu filho(a) ficaria com medo de ficar sozinho(a) em casa	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
6.	Meu filho(a) fica com medo quando tem que fazer uma prova	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
7.	Meu filho(a) fica com medo quando tem que usar banheiros públicos	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
8.	Meu filho(a) se preocupa em estar longe de nós/mim	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
9.	Meu filho(a) fica com medo de fazer papel de bobo na frente das pessoas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
10.	Meu filho(a) se preocupa em ir mal na escola	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
11.	Meu filho(a) se preocupa que algo terrível vá acontecer com alguém da nossa família	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
12.	Meu filho(a) se queixa de sentir como se de repente não pudesse respirar quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
13.	Meu filho(a) tem que ficar checando se fez as coisas direito (como se apagou a luz, ou trancou a porta)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
14.	Meu filho(a) sente medo se tiver que dormir sozinho(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
15.	Meu filho(a) tem problemas em ir para a escola porque se sente nervoso(a) ou assustado(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
16.	Meu filho(a) tem medo de cachorros	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
17.	Meu filho(a) parece não conseguir tirar pensamentos ruins ou idiotas da sua cabeça	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
18.	Quando meu filho(a) tem um problema, ele(a) se queixa de que seu coração bate muito rápido	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
19.	Meu filho(a) começa de repente a tremer ou se agitar quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
20.	Meu filho(a) se preocupa que algo ruim vá acontecer a ele(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
21.	Meu filho(a) tem medo de ir ao médico ou ao dentista	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

**ANEXO D – Escala Spence de Ansiedade Infantil
(Spence Children’s Anxiety Scale – SCAS – Versão para Crianças)**

SCAS – CRIANÇA

SEU NOME: _____ **DATA:** _____

POR FAVOR, CIRCULE A PALAVRA QUE MOSTRA COM QUE FREQUÊNCIA CADA UMA DESSAS COISAS ACONTECE COM VOCÊ. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

1.	Eu me preocupo com as coisas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
2.	Eu tenho medo do escuro	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
3.	Quando eu tenho um problema, eu fico com uma sensação esquisita no meu estômago	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
4.	Eu sinto medo	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
5.	Eu ficaria com medo de ficar sozinho(a) em casa	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
6.	Eu fico com medo quando tenho que fazer uma prova	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
7.	Eu fico com medo se eu tenho que usar banheiros públicos	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
8.	Eu me preocupo em estar longe dos meus pais	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
9.	Eu fico com medo de fazer papel de bobo na frente das pessoas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
10.	Eu me preocupo em ir mal no meu trabalho escolar ..	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
11.	Eu sou popular entre outras crianças da minha idade.	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
12.	Eu me preocupo que algo terrível vá acontecer com alguém da minha família	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
13.	Eu sinto como se de repente eu não pudesse respirar quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
14.	Eu tenho que ficar checando se eu fiz as coisas direito (como se apaguei a luz, ou tranquei a porta) ..	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
15.	Eu sinto medo se eu tenho que dormir sozinho(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
16.	Eu tenho problemas em ir para a escola porque me sinto nervoso(a) ou assustado(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
17.	Eu sou bom nos esportes	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
18.	Eu tenho medo de cachorros	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
19.	Parece que eu não consigo tirar pensamentos ruins ou idiotas da minha cabeça	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
20.	Quando eu tenho um problema, meu coração bate muito rápido	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
21.	Eu começo de repente a tremer ou me agitar quando não há razão para isso	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
22.	Eu me preocupo que algo ruim vá acontecer comigo .	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
23.	Eu tenho medo de ir a médicos ou dentistas	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
24.	Quando eu tenho um problema, eu me sinto nervoso(a)	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

Anexo E – Carta de Apresentação***Instituto de Psicologia***

Venho por meio desta, apresentar a psicóloga *Vanessa Stumpf Heck*, aluna do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob minha orientação. O projeto de pesquisa da aluna envolve a investigação das possibilidades de auxílio proporcionadas pelo Psicodiagnóstico Interventivo em crianças com sinais e sintomas de ansiedade.

Fico à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Clarissa Marcelli Trentini

clarissatrentini@terra.com.br

fone: 51 3308.5475

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Senhores Pais,**

Apresento-me como psicóloga e participante do curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Profa. Dra. Clarissa Marcell Trentini. Neste momento, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa sobre as possibilidades de auxílio proporcionadas pelo Psicodiagnóstico Interventivo em crianças com sinais e sintomas de ansiedade. Assim, haverá a possibilidade de realizar uma avaliação psicológica com aspecto interventivo que possui efeitos terapêuticos. Para tanto, venho por meio deste solicitar a sua colaboração, autorizando sua participação e do (a) seu (sua) filho (a) nesta pesquisa. Após sua autorização, você e seu (sua) filho (a) irão participar do psicodiagnóstico. Em termos mais específicos, os procedimentos aplicados serão: entrevistas somente com os pais a fim de coletar dados sobre a situação atual e história de vida da criança; aplicação de uma técnica de desenhos com cada um dos pais em dias separados; avaliação da criança por meio de técnicas de desenhos e de contar histórias; entrevista com pais e a criança juntos. Após esse processo, ocorrerão as entrevistas devolutivas para a criança e depois para os pais que receberão o informe psicológico, ou seja, os resultados da devolução por escrito. Se ao final do psicodiagnóstico for constatada necessidade de atendimento psicológico ou outro, poderá haver encaminhamento. Todas as informações obtidas durante o trabalho são de caráter confidencial, e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita entre os profissionais da área, haverá alteração da identificação dos participantes, de modo a preservar o sigilo ético. Gostaria de salientar que sua colaboração é voluntária, sendo que a recusa a participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Se você necessitar de qualquer informação adicional anterior ao início da pesquisa ou no decorrer dela, poderá requerê-la diretamente comigo ou com a psicóloga e docente Clarissa Marcell Trentini. Caso concorde em assinar, solicito que assine o termo de autorização abaixo. Sem mais para o momento, agradeço e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____


 Vanessa Stumpf Heck
 Psicóloga CRP: 07/10895 

Professora Dra. Clarissa Marcell Trentini
 Instituto de Psicologia da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
 Estaremos à disposição para maiores esclarecimentos através do telefone 3308.5475.

AUTORIZAÇÃO

Concordo em participar da pesquisa desenvolvida pela aluna da Pós-graduação Vanessa Stumpf Heck. Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual guardo uma cópia.

Pai

Mãe

Data: __/__/__

ANEXO G – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Do Instituto De Psicologia



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Do Instituto De Psicologia analisou o projeto:

Número: 21412

Título: Psicodiagnóstico interventivo em crianças com sintomas de ansiedade

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

CLARISSA MARCELI TRENTINI - coordenador desde 01/08/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Do Instituto De Psicologia aprovou o mesmo, em reunião realizada em 09/08/2011 - Sala 201 do Instituto de Psicologia da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 9 de Agosto de 2011

JUSSARA MARIA ROSA MENDES
Coordenador da comissão de ética

Comitê de Ética em Pesquisa
Registro 25000.089325/2006-58
Instituto de Psicologia - UFRGS

ANEXO H – Tabulação dos resultados do Rorschach de Ronaldo (Pai de Paulo)

Quantitativa				Qualitativa	
		Conteúdos		Fen. Específicos	
Total resposta	18	(H + Hd)	1	CH reação	
Tempo total		(A + Ad)	7	CH duração	
Tempo médio resp		(H) + (Hd)		CH estupefação	
Reação cartão acrom	26,6	At		CH cinestésico	
Reação cartão crom	18	Sangue		CH exclamação	1
Tempo médio reação	22,3	Fogo	1	CH ao vazio	
Resp. cartão VIII, XI, X	6	Explo		CH ao branco	
Resp. cartão X	3	Sex		CH acrom	
G	13 = 72%	Água	1	CH crom	
D	2 = 11%	Abst		Contaminação	
Dd	3 = 17%	Obj	3	Confabulação	2
Incidência de S	1	Hobj		Id auto-referência	
S associada a G	1	Art		Id referência	1
S associada a D	0	Pl	1	Olhar verso cartão	
S associada a Dd	0	Másc	1	Crítica ao teste	
Total F	8 = 44%	Alim		Crítica ao examinador	
F+	3 = 37,5%	Fruta		Resp posição	
F-	2 = 25%	Nat	1	Giro ansioso	
F+-	3 = 37,5%	Cena			
Incidência M	1	Objesp	1		
Incidência FM	4	Arq			
M:FM	1:4				
G:M	13:1	Outros			
Cn	-				
C desc – C simb	-	Mancha			
F-C , C-F	-				
F/C , C/F	-				
M+	1 = 100%				
M-	0				
M+-	0				
$\Sigma C: (1 \times FC) + (2 \times CF) + (3 \times C) / 2$	2,5				
M: ΣC	1:2,5				
$(Fm+m):(Fc+c+C')$	3:0				

ANEXO I – Tabulação dos resultados do Rorschach de Aline (Mãe de Paulo)

Quantitativa				Qualitativa	
		Conteúdos		Fen. Específicos	
Total resposta	12	(H + Hd)	1 = 8%	CH reação	
Tempo total		(A + Ad)	7 = 58%	CH duração	
Tempo médio resp		(H) + (Hd)	1 = 8%	CH estupefação	1
Reação cartão acrom	12,6 seg.	At	2 = 16%	CH cinestésico	
Reação cartão crom	5,8 seg.	Sangue		CH exclamação	2
Tempo médio reação	9,2	Fogo		CH ao vazio	
Resp. cartão VIII, XI, X	4	Explo		CH ao branco	
Resp. cartão X	1	Sex		CH acrom	
G	3 = 25%	Água		CH crom	
D	4 = 33%	Abst	1 =	Contaminação	
Dd	5 = 42%	Obj		Confabulação	2
Incidência de S	0	Hobj		Id auto-referência	
S associada a G	0	Art	1	Id referência	3
S associada a D	0	Pl	1	Olhar verso cartão	
S associada a Dd	0	Másc		Crítica ao teste	
Total F	9 = 75%	Alim		Crítica ao examinador	
F+	6	Fruta		Resp posição	
F-	0	Nat		Giro ansioso	
F+-	3 = 33%	Cena			
Incidência M	0	Objesp			
Incidência FM	3	Arq			
M:FM	0:3				
G:M	3:0	Outros			
Cn	0				
C desc – C simb	0	Mancha			
F-C , C-F	0				
F/C , C/F	0				
M+	0				
M-	0				
M+-	0				
$\Sigma C: (1 \times FC) + (2 \times CF) + (3 \times C) / 2$	0				
M: ΣC	0:0				
$(Fm+m):(Fc+c+C')$	0				

ANEXO J - Resultados das Escalas CBCL e SCAS-PAIS do caso Paulo

Questionários respondidos pelos pais de Paulo
CBCL – Escala Original

Subescala Original	Afirmativa	Pontuação e somatório	Escore T	Percentil
Ansiedade/ Depressão	Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola	1		
	Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada	1		
	Acha que tem que fazer tudo perfeito (a) (1)	2		
	Sente-se sem valor ou inferior	1		
	É nervoso (a) ou tenso (a)	1		
	É muito medroso (a) ou ansioso (a)	2		
	É muito preocupado(a)	1		
		9	67	96
Problemas de Atenção	Não termina as coisas que começa;	2		
	Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	2		
	Fica confuso(a) ou desorientado(a)	1		
	Vive no “mundo da lua” ou perde-se em seus pensamentos	2		
	É impulsivo (a), ou age sem pensar	2		
	É desatento(a) ou distrai-se facilmente	2		
		11	67	96
Comportamento Agressivo	Discute muito é respondão/respondona	1		
	Exige que prestem muita atenção nele (a)	1		
	Destrói suas próprias coisas	1		
	É desobediente em casa	1		
	É desobediente na escola	1		
	Grita muito	1		
	É teimoso (a), mal humorado (a) ou fácil de se irritar	1		
	Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos	1		
	Fica emburrado facilmente	1		
	Gosta de gozar dos outros	1		
	Tem crises de birra ou é esquentado (a)	1		
	É barulhento demais	1		
		12	65	93

CBCL – Escala Orientada pelo DSM-IV

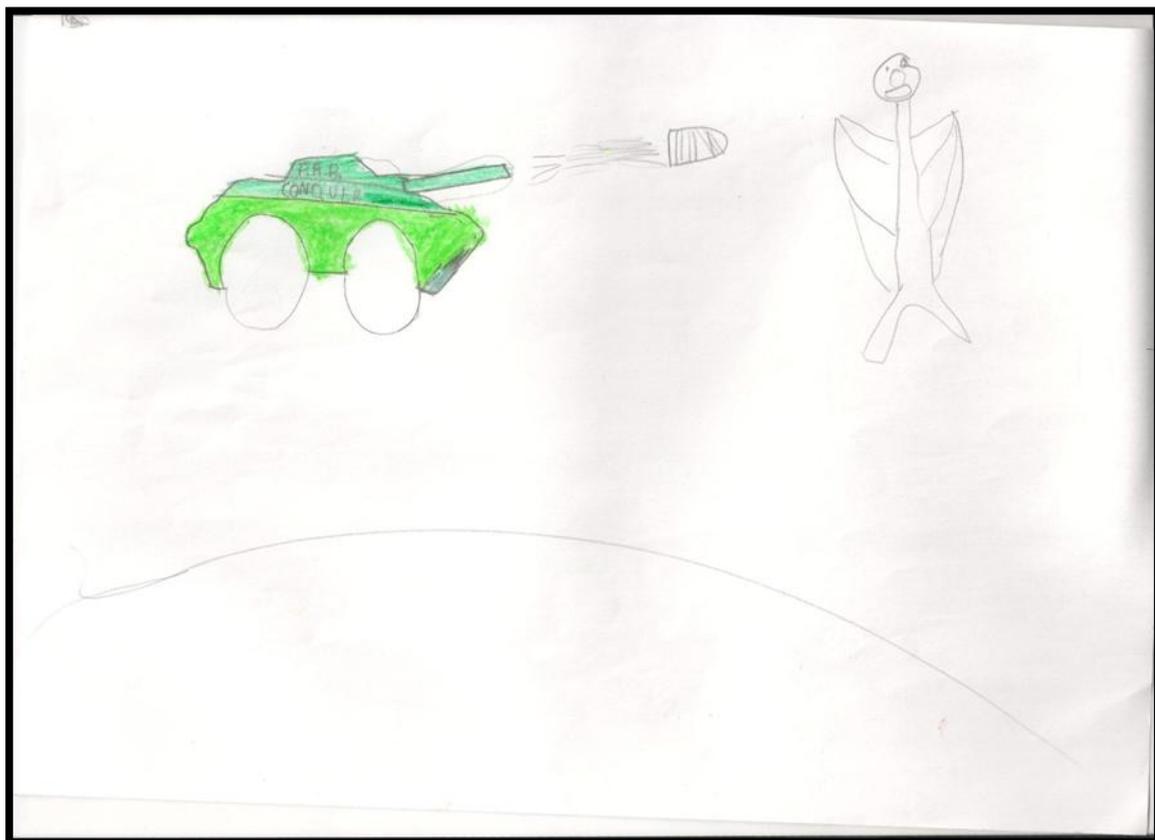
Subescala Orientada pelo DSM-IV	Afirmativa	Pontuação e somatório	Score T	Percentil
Problemas de Ansiedade	de Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola	1		
	É nervoso (a) ou tenso (a)	1		
	É muito medroso (a) ou ansioso (a)	2		
	É muito preocupado (a)	1		
		5	68	97
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	Não termina as coisas que começa	2		
	Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	2		
	É impulsivo (a), ou age sem pensar	2		
	É desatento (a) ou distrai-se facilmente	2		
	Fala demais	1		
	É barulhento demais	1		
		10	69	97
Problemas Obsessivo-compulsivo	Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça, obsessões os pais descrevem “fala sobre carros”	1		
	Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada	1		
	Acha que tem que fazer tudo perfeito	1		
	É muito preocupado (a)	2		
		5	68	97

SCAS-PAIS

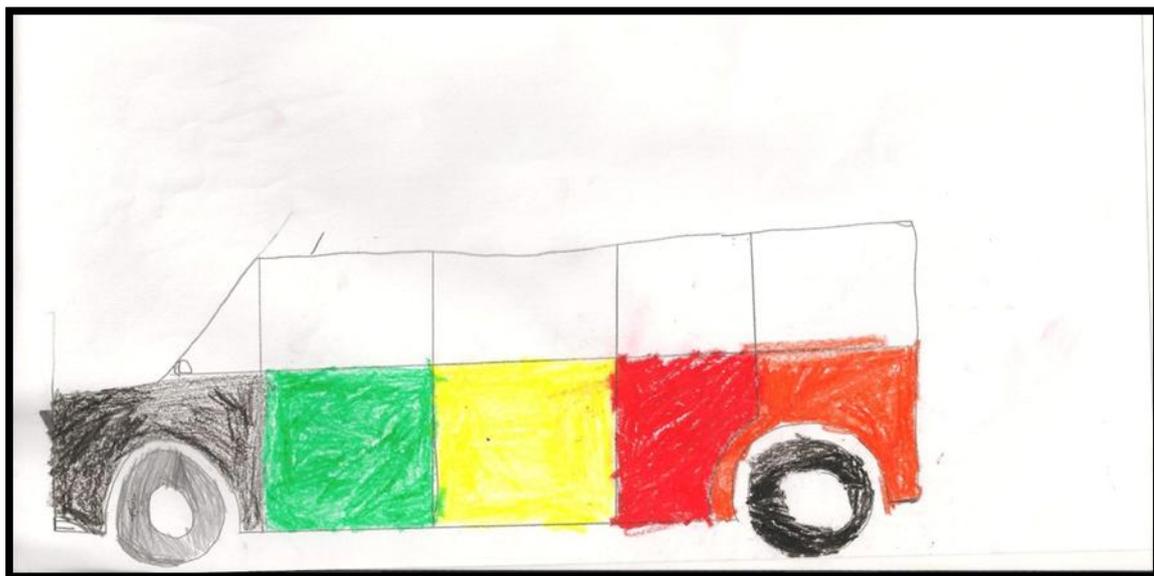
Subescala	Afirmativa	Pontuação e somatório	Média e Desvio padrão
Fobia Social	Meu filho (a) fica com medo quando tem que fazer uma prova.	1	
	Meu filho (a) fica com medo quando tem que usar banheiros públicos.	2	
	Meu filho (a) fica com medo de fazer papel de bobo na frente das pessoas.	3	
	Meu filho (a) se preocupa em ir mal na escola.	2	
	Meu filho (a) se preocupa com o que outras pessoas pensam dele(a).	1	

	Meu filho (a) sente medo quando tem que falar em frente à sala de aula.	2	
			Total 11 pontos 7.3 (3.6)
Medo de danos físicos (Fobia Específica)	Meu filho (a) tem medo do escuro.	2	
	Meu filho (a) tem medo de cachorros.	1	
	Meu filho (a) tem medo de ir ao médico ou ao dentista .	2	
	Meu filho (a) tem medo de altura.	1	
	Meu filho (a) tem medo de insetos ou aranhas.	3	
			Total 9 pontos 4.4 (2.8)

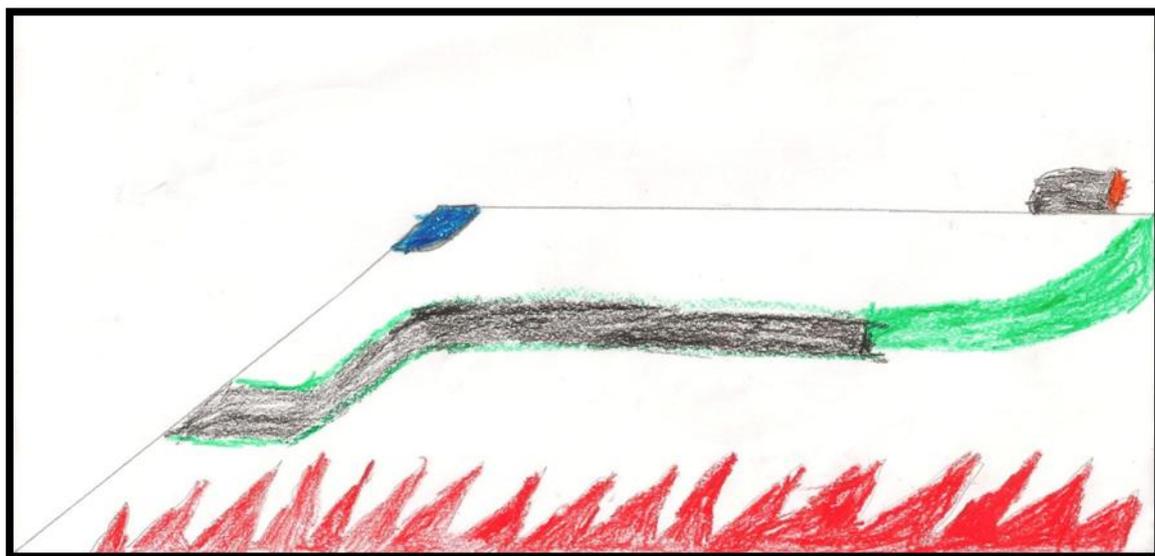
ANEXO K – Desenho 1



ANEXO L – Desenho 2



ANEXO M – Desenho 3

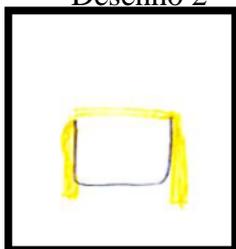


ANEXO N- Desenhos

Desenho 1



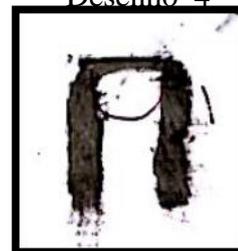
Desenho 2



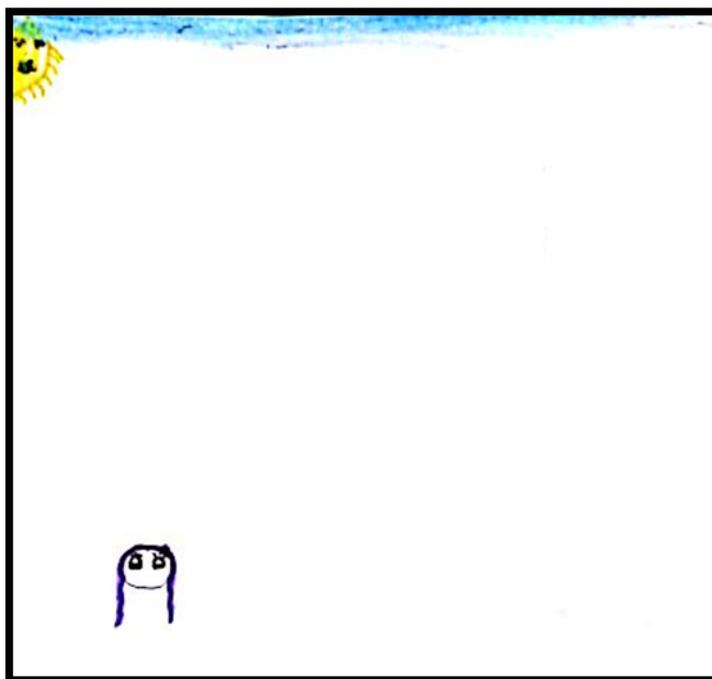
Desenho 3



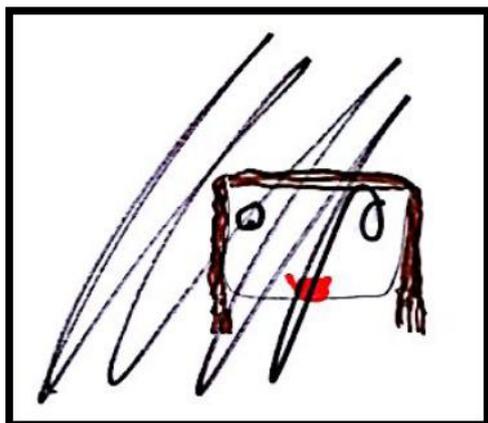
Desenho 4



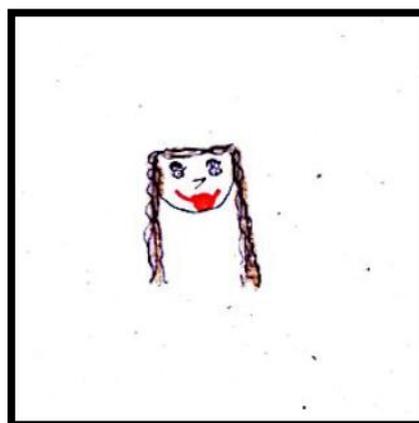
Desenho 5



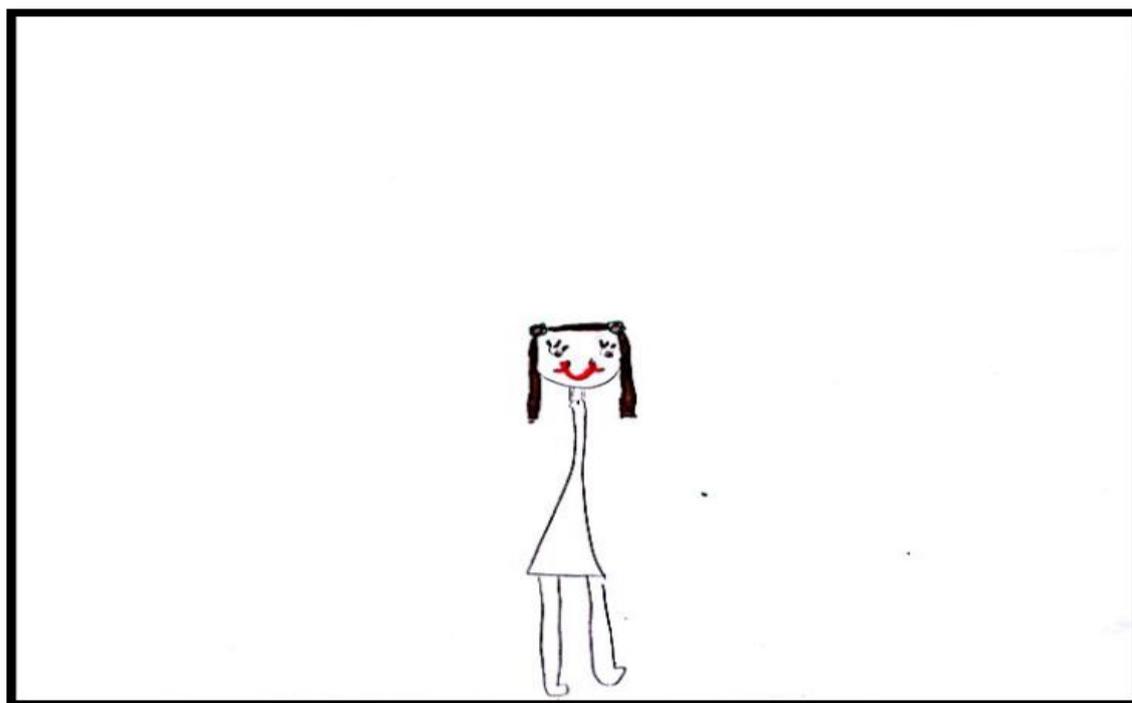
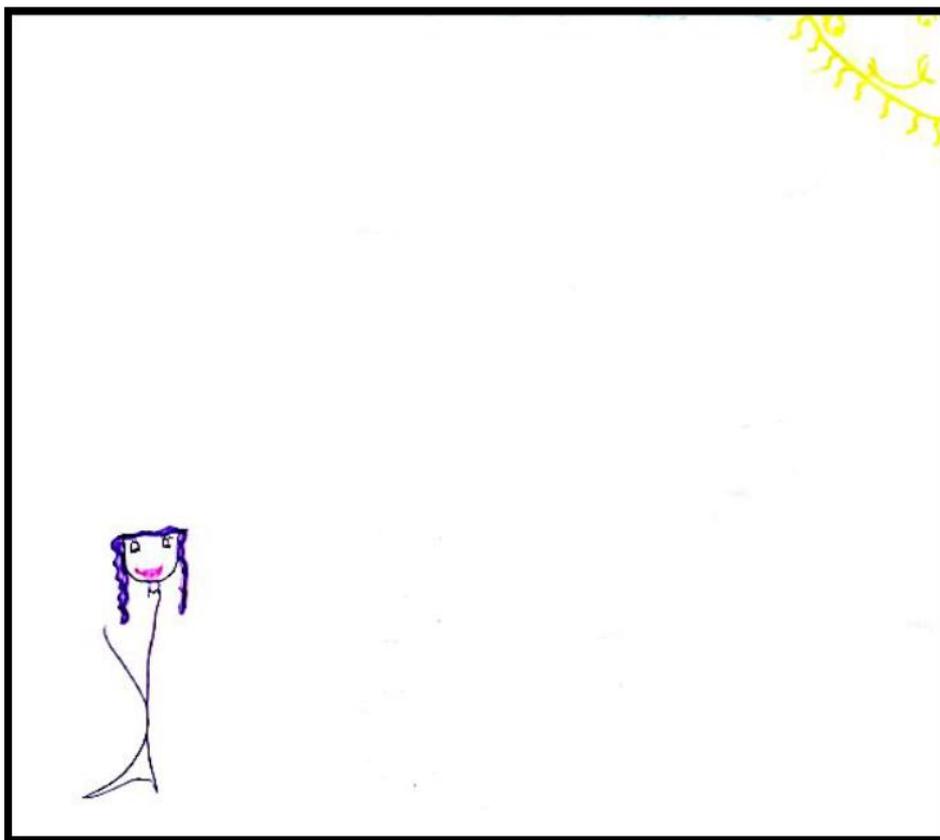
Desenho 6



Desenho 7



ANEXO O- Desenhos



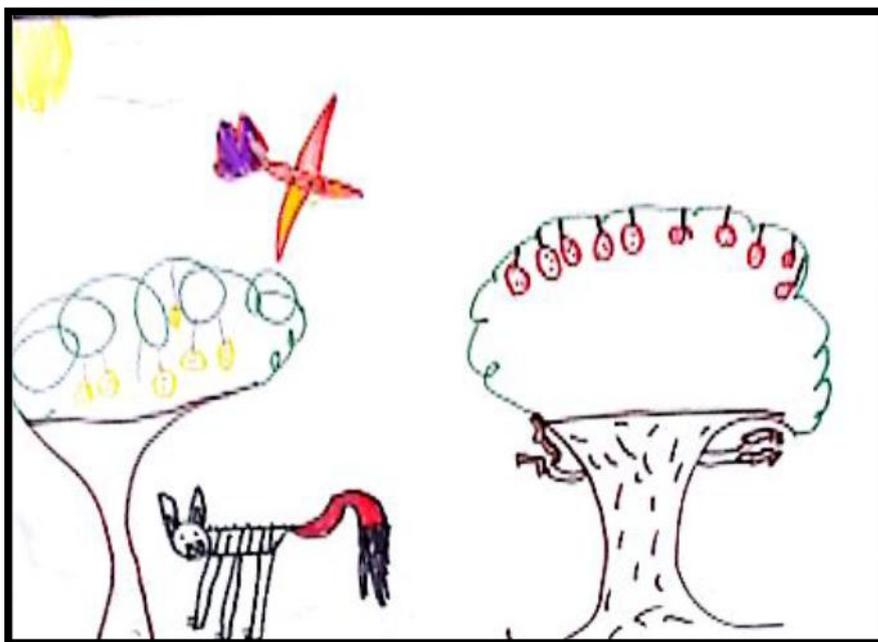
ANEXO P- Desenhos



ANEXO Q- Desenhos



ANEXO R- Desenho 1 e 2



ANEXO S- Desenho 3



ANEXO T- Desenho 1



ANEXO U- Desenho 2



ANEXO V- Desenho 1

