

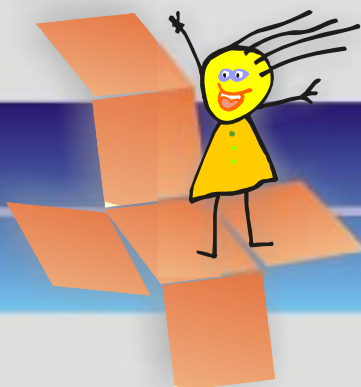
ISSN 2177-8027 - Volume I

Ludo

diagnóstico

1º Congresso Brasileiro

28 a 31 de Outubro\09



A Brincadeira Simbólica: Clínica - Escola - Hospital

O Evento teve o objetivo de discutir os rumos do Ludodiagnóstico, bem como, seus pilares, vertentes, seu lugar na ciência e na clínica, além de sua importância nas relações paciente-terapeuta, sua contribuição na aprendizagem, no processo familiar e na socialização da criança.

anais



Local do Evento:
Auditório da FMU - Faculdades Metropolitanas Unidas
CAMPUS IBIRAPUERA
Avenida Santo Amaro, 1239
Vila Nova Conceição - São Paulo - SP



ANAIS

1º CONGRESSO BRASILEIRO DE LUDODIAGNÓSTICO

Tema Central

A Brincadeira Simbólica: Clínica, Escola e Hospital

28 a 31 de outubro de 2009

São Paulo – SP – BRASIL

EPPA – Escola Paulista de Psicologia Avançada

Parceria

FMU|IMS – Instituto Metropolitano da Saúde

Outubro/2009

ANAIS
1º CONGRESSO BRASILEIRO DE LUDODIAGNÓSTICO

Tema Central
A Brincadeira Simbólica: Clínica, Escola e Hospital

ANTÔNIO PIRES SOBRINHO
(ORGANIZADOR)

Os textos apresentados são os resumos dos trabalhos encaminhados pelos autores. Foram respeitados os textos originais, tendo sido, no entanto, realizadas algumas alterações com fins de padronização.

AGRADECIMENTOS

EPPA – Escola Paulista de Psicologia Avançada

Parceira

FMU|IMS - Faculdades Metropolitanas Unidas|Instituto Metropolitano da Saúde

A todas aquelas pessoas que de alguma forma se envolveram com os trabalhos para a realização do
1º CONGRESSO BRASILEIRO DE LUDODIAGNÓSTICO

ANAIS

1º CONGRESSO BRASILEIRO DE LUDODIAGNÓSTICO

TEMA CENTRAL:

A Brincadeira Simbólica: Clínica, Escola e Hospital

Presidenta

Profa. Dra. Rosa Maria Lopes Affonso - FMU – MACKENZIE

Comissão Organizadora

Antônio Pires - EPPA

Rosa Maria Lopes Affonso - FMU – EPPA

Comissão Científica

Elaine Teresinha Dal Mas Dias – UNINOVE - EPPA

Elisa Marina Bourroul Villela – MACKENZIE

Gina Khafif Levinzon - USP

Maria Salete Lopes Legname de Paulo – USP - METODISTA

Miriam Rodrigues de Souza Acciari – FMU - Espaço Lótus

Rosa Maria Lopes Affonso - FMU - EPPA

Sônia Maria B. Albuquerque Parente – SEDES – SP

Comissão de Divulgação

Antônio Pires

Luciana de Oliveira

Neusa Saito

Ricardo Pires

Presidente do FMU|IMS – Prof. Dr. Arthur Roquete de Macedo

Projeto e Divulgação: EPPA - Escola Paulista Psicologia Avançada

Editoração: Neusa Saito

Coordenação Editorial: Antônio Pires

INDICE

1. Atitude Lúdica e Expansão de Consciência - Walter Trinca.....pg	9
2. O Brincar e a Psicanálise - Subsídios à Técnica - Ryad Simon.....pg	11
3. Psicodiagnóstico-intervenção: o lúdico como processo integrativo - Aidyl Macedo de Queiroz Pérez Ramos.....pg	15
4. O Ludodiagnóstico na Atualidade: Fundamentos e Aplicações - Rosa Maria Lopes Affonso.....pg	16
5. Adoção e Falso Self: O Dilema do “bom adotado” - Gina Khafif Levinzon.....pg	21
6. Ludodiagnóstico e Violência Doméstica - Ernesto René Sang.....pg	30
7. Trabalho com grupo de crianças em Instituições de Saúde: clínica escola e atendimento às crianças vítimas de violência - Christiane Sanches.....pg	39
8. Intervenção Clínica em uma Criança com Problemas de Aprendizagem - Rosa Maria Carvalho da Silveira.....pg	42
9. Compreendendo o Uso de Testes no Ludodiagnóstico - Helena Rinaldi Rosa.....pg	48
10. Como e Para Que Montar uma Brinquedoteca - Edda Bomtempo.....pg	55
11. A Importância do Simbólico para o Processo da Inclusão Social - Vera Lucia Bonato.....pg	57
12. A Compreensão Psicológica da Pessoa Deficiente Visual - Elisa Marina Bourroul Villela.....pg	62
13. O Brincar e o Objeto Transicional em Winnicott - Sueli Hisada.....pg	68
14. Adolescência, Educação e Teoria da Complexidade: A Reforma Necessária do Pensamento - Elaine Terezinha Dal Mas Dias.....pg	74
15. O Lúdico e a Tendência Anti Social na Clínica da Aprendizagem - Sonia Maria B. Albuquerque Parente.....pg	80
16. Por que Avaliação Psicológica Infantil no Contexto Hospitalar? - Kátia da Silva Wanderley.....pg	83
17. Possibilidades de Trabalho com Crianças na Instituição Hospitalar - Luciana Petenusci Venturini Gutierrez.....pg	86
18. O Lugar da Brincadeira Simbólica no Hospital: O Faz de Conta - Cleide Vitor Mussini Batista.....pg	88
19. "História da Psicoterapia Infantil - Sua Evolução" - Nancy de Carlos Sertorio.....pg	90

20. Evolução Histórica da Interpretação da Atividade Lúdica - Maria Salete Lopes Legname de Paulo.....	pg 96
21. Aspectos da Vida Emocional Primitiva e as Relações de Objeto que fazem parte do Desenvolvimento - Armando Colognese Junior.....	pg 101
22. O Uso do Recurso Gráfico como Meio de Interação e Comunicação com Crianças Hospitalizadas - Sandra Ribeiro de Almeida Lopes.....	pg 105
23. O Lúdico e o Gráfico como Meios de Expressão e Comunicação com Crianças: Do Diagnóstico à Intervenção - Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	pg 108
24. A Avaliação Psicológica e as Intervenções Psicológicas breves no Contexto Hospitalar - Roberta Katz Abela.....	pg 115
25. O Ludodiagnóstico e o Procedimento de Desenhos-Estórias: Aspectos Teórico-Práticos e Comparação Através de um Caso Clínico - Dagmar Menichetti e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	pg 120
26. O Ludodiagnóstico no Campo Jurídico - Roberto Evangelista, Dagmar Menichetti e Claudia Anaf.....	pg 124
27. Emergência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças - Claudia Maria Sodrê Vieira.....	pg 127
28. A Importância da Possibilidade de Intervenção na Hora de Jogo Diagnóstica - Maria Salete Lopes Legname de Paulo.....	pg 131
29. Aspectos Específicos do Lúdico na Adolescência - Yvete Piha Lehman.....	pg 134
30. A Psicoterapia Infantil na Perspectiva Gestáltica - Karina Okajima Fukumitsu.....	pg 136
31. Evolução de um quadro conceitual para o Jogo de Areia no Brasil: Trajetórias, interfaces, novos rumos e formação do psicólogo - Aicil Franco.....	pg 139
32. O bebê, seu corpo e sua psique: A observação de fatores de risco nos momentos precoces da constituição subjetiva - Aparecida Bastos Pereira.....	pg 143
33. A Supervisão no Contexto Hospitalar - O Atendimento de Crianças - Mariângela Bento e Maria Teresa Monserratt.....	pg 145
34. Análise do Ludodiagnóstico na demanda da Saúde Suplementar - Marisa Cintra Bortoletto.....	pg 148
35. Psicoterapia em Grupo Infantil: Suas Possibilidades - Milene Shimabuku Silva Berto.....	pg 153
36. Tempo de nascer: que jogo é esse? - Beatriz Pinheiro Machado Mazzolini.....	pg 160
37. Constituição das Infâncias: Espaços e Tempos de Brincar das Crianças que Vivem em Vilas Militares - Gilca M. Lucena Kortmann.....	pg 161
38. Crianças Especiais em Ludodiagnóstico - Sonia Regina Lunardon Vaz.....	pg 162

39. O que Pensam Alunos da Primeira Série do Ensino Fundamental de uma Escola Pública sobre o Brincar em Sala de Aula - SILVA, Dayane C. N. da; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do.....pg	164
40. Ludoterapia e Psicoterapia Infantil para Tratamento do 'Transtorno de Estresse Pós-Traumático' (TEPT) - Velma Mattos Silva.....pg	166
41. Psicomotricidade: Promovendo o autoconhecimento pelo brincar - FELIPE, Eliziane; MARTINEZ, Mariana da Silva; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do; NUNES, Ediléia; SANT'ANNA, José Hermínio; TESTOLIN, Amanda B.....pg	167
42. Pedagogia da Alegria: Uma Potente Alternativa de Atendimento Especial - Renata Menezes de Souza.....pg	169
43. O Jogo Simbólico no setting da Psicomotricidade Relacional - Adriana Cristine Lucchin.....pg	170
44. A importância do brincar entre pais e filhos – Uma experiência no parque - Christiane Sanches; Ana Resende; Maria Assis; Rosemeire Santos; Aline Amorim; Ricardo Junior; Helison Nascimento; Leila Costa; Milena S. Macedo.....pg	171
45. Brincar e autismo: Que implicações e aplicações? - Julia Maciel Soares.....pg	172
46. Pikachu- herói em evolução: O desenho-estória como recurso terapêutico no tratamento do TOC - Cássia Amélia Gomespg	173
47. O Lúdico no Diagnóstico e Intervenção de Crianças com Autismo: Um Estudo Bibliográfico - Jael C.B. Breitschwerdt, Caroline F.S. Miranda, Ivoneide G. Figueiredo, Livia C.C.Zaqueu, Rosana S. da Silva.....pg	176
48. Um Olhar sobre a Concepção de Ludicidade do Corpo Discente do Curso de Formação de Professores da IES “X” privada na Bahia - Karlla Tiekko Moraes Sasaki; Rosemary Lacerda Ramos.....pg	177
49. A Educação Infantil e o brinquedo : Recomendações a partir do interesse das crianças – um estudo comparativo - GENNARI, Simone Moraes; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel dopg	179
50. Avaliação Psicológica Psicodramática : Uma Experiência Terapêutica - Maristela Couto Fernandes.....pg	180
51. Estudo De Caso - Tendência Anti-Social Frente à Privação Afetiva - Alessandra Rios Sanches; Clarice Cristina A. Benites.....pg	181
52. A Literatura Infantil como Recurso para Abordar a Morte no Contexto da Educação - Lucélia Elizabeth Paiva.....pg	183
53. A Compreensão Bioenergética do Ludodiagnóstico - Périsson Dantas do Nascimento.....pg	185
54. O Brincar como Forma de Enfrentamento na Hospitalização de Crianças - Milene Campos Duarte; Rodrigo Pablo de Oliveira; Magno Geraldo de Aquino.....pg	186
55. O Psicodiagnóstico Interventivo em Atendimento Infantil na Clínica Escola - Verônica Maria Ferreira.....pg	188

56. Do Sofrimento do Sujeito Faz Nascer um Personagem: Branca de Neve - Cleide Vitor Mussini Batista.....pg	191
57. Qual o ambiente que quero: Preferências das crianças sobre diferentes organizações espaciais em sala de aula na Educação Infantil - SILVA, Andressa Dair da; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do	pg 192
58. A Importância do Brincar no Desenvolvimento Infantil - Ana Karina Fachini Araújo; Carla Anauate; Christiane Sanches.....pg	194

Atitude Lúdica e Expansão de Consciência

Walter Trinca

Resumo

A atitude lúdica é originária de alto grau de contato com o ser interior, que determina grande mobilidade psíquica e se coloca na esfera de expansão de consciência. Caso não seja dessa forma, a atitude passa a ser impregnada pela sensorialidade ou pela fragilidade do self, deixando de ser lúdica. Assim, poderá haver um simulacro de atitude lúdica. A expansão de consciência corresponde ao fluxo livre e ao fluir criativo que, sob a influência do ser interior, se isentam tanto da sensorialidade quanto da fragilidade do self.

Palavras-chave

atitude lúdica; ser interior; self; sensorialidade; fragilidade do self; expansão mental; expansão de consciência.

Artigo

ATITUDE LÚDICA E EXPANSÃO DE CONSCIÊNCIA (ANAIS) Walter Trinca A atitude lúdica diz respeito a uma disposição mental considerada livre por excelência, tendo por paradigma o brincar da criança, que frui em liberdade o prazer de se entregar a seus objetos de relacionamento, entretenimento e divertimento. Essa atitude passa por contato com o ser interior, do qual emana a mobilidade psíquica. Na psicanálise, o ser interior pode ser pensado como a realização no indivíduo do ser que ele é (TRINCA, 1999). Cada indivíduo conta com a realidade primária de ter um ser que responde por sua existência, estando na base das noções de si mesmo. Ele é um núcleo essencial e um foco originário que fundamentam a verdade interior e mais profunda do existir pessoal, pela qual esse indivíduo pode se afirmar “eu sou” em sua identidade, distinguindo-se, definindo-se e qualificando-se. A característica básica pela qual podemos conceber o ser interior é sua não-sensorialidade, que se expressa como fonte de vida e de movimento. Tenho observado que o contato realizado em estado consciente com o ser interior corresponde ao que Winnicott (1975) chamou de viver criativo e liga-se primariamente à experiência de inteireza, que se expressa como “experiência de viver”. Para ele, esta experiência tem por referência o espaço potencial, que é preenchido com o brincar da criança, com a imaginação criativa, com a vida de sonhos, com a apercepção criativa, com a experiência cultural e com todo tipo de experiência satisfatória relacionada à consciência de estar vivo e de se encontrar pessoalmente presente em si mesmo e no mundo. É importante sublinhar que diferencio a noção de ser interior da noção de self, sendo aquele, basicamente, um foco de existência e este um órgão mental de consecução dessa existência, ou seja, um meio pelo qual ela se efetiva. Assim, o ser interior exerce influência em graus sobre o self, na dependência do contato que a pessoa estabelece consigo própria (TRINCA, 2007). Se somente o contato desvenda para a pessoa a natureza do ser que ela é, o estudo do distanciamento de contato constitui uma tarefa necessária e imprescindível. Quanto menor for a aproximação ao contato com o ser interior, maior será a impregnação do self por fatores estranhos àquele. Nesse caso, o self poderá ser impregnado tanto de sensorialidade quanto de fragilidade. Isso significa que quanto maior for o grau de distanciamento de contato, maior será a saturação do self por partículas, elementos e condições de um funcionamento desarmônico, em que a mobilidade psíquica diminui na razão inversa do aumento de sensorialidade ou de fragilidade. A mobilidade psíquica origina-se justamente de contato com o ser interior, tendo repercussões e influências diretas sobre o self. Emanada desse ser, ela pode ser descrita como uma disposição fluida e como um estado de abertura, de liberdade e de leveza, que também compreende uma atitude experiencial solta e espontânea, incluindo, na dependência do que estiver envolvido, a flexibilidade, a plasticidade, a elasticidade, a maleabilidade, a flutuação e o alargamento na correnteza das experiências. Tudo isso vem assegurar que na base do self iluminado por influência do ser interior está o espaço potencial, manifestando-se por mobilidade psíquica, cujas expressões mais evidentes são o gesto espontâneo e o brincar criativo. Para Winnicott, nessa área da experiência não há dissociação entre ser e brincar, uma vez que o interesse lúdico da criança consiste

na busca de si mesma. Assim, em outros termos, da mobilidade psíquica decorre a atitude lúdica, sendo esta uma conseqüência direta de maior contato com o ser profundo. Nessa linha de considerações, pode-se pensar que o que impede ou anula a atitude lúdica é o distanciamento de contato com o ser interior. Quando o distanciamento se instala, a pessoa tem pela frente uma “escolha” entre duas alternativas: a sensorialidade ou a fragilidade do self. Se a “opção” for pela sensorialidade, há uma imensa gama de situações psíquicas que podem se manifestar, dependendo do grau de distanciamento de contato que vier a se instalar. Para cada grau de distanciamento, há determinado tipo de manifestação ligada à sensorialidade. Esta diz respeito a elementos que são saturados de concretude ou que têm as características, propriedades ou qualidades da concretude, os quais já preexistem ou vêm se introduzir no aparelho psíquico, determinando manifestações emocionais, cognitivas, imagéticas e outras, tanto de forma consciente quanto inconsciente. A sensorialidade, quando não for normal, poderá se constituir em obstáculo à atitude lúdica, porque determina modos, padrões e sistemas de funcionamento mental tendentes, em graus, à concretude e ao inanimado. A fragilidade, por sua vez, quando se instala por conta do distanciamento de contato, determina a ocorrência de enfraquecimento e de esvaziamento do self. Para haver atitude lúdica, é necessário ultrapassar a esfera dos encobrimentos e da invisibilidade do ser interior à consciência, afastando-se as interferências ao contato com ele, causadoras de sensorialidade e de fragilidade. Isso quer dizer que se deve proporcionar a libertação das condições obstrutivas da mente, sejam elas consideradas patológicas ou não. Um dos aspectos consiste em lidar com a sensorialidade no nível da superação dos condicionamentos e das relações de tipo predominantemente concretista. Ou seja, uma desmaterialização dos vínculos, a fim de que se tornem realmente afetivos e profundos. O que nos deixa contentes e felizes é o contato significativo, relacionado ao sentido do que é vivo e encontrado nas raízes que nos ligam a nós próprios e ao Universo. Um contato que se assemelha à concentração em si mesmo e que se realiza tal como o brincar, que proporciona a experiência de estar só, mesmo na presença de alguém. Quanto maior for o contato, maior será o fluxo livre e o fluir criativo que emanam da mobilidade psíquica. A atitude lúdica corresponde, portanto, ao estado de deixar-se ser, equivalente à flutuação e ao fluxo da correnteza de um rio. É preciso que a vida siga seu curso e que a recebamos com um mínimo de interferência dos medos, desejos e outras formas de sentir passional. Para além de nossas disposições sensoriais, as coisas e situações revelam naturalmente suas fisionomias e seus sentidos, dizendo-nos o que têm a dizer. Em determinado grau da profundidade de contato, cessam as turbulências e os conflitos que são próprios da sensorialidade e da fragilidade, vindo a se apresentar um amplo espaço aberto na mente, despertado pelas condições não-sensoriais presentificadas no self. Emerge, portanto, um espaço interno vivo, em estado de espontaneidade, leveza, colorido, movimento, brilho, limpidez, eteridade, abrangência, entre outros aspectos. A atitude lúdica não é outra coisa senão a emergência desse espaço aberto na mente pela presença alargada e profunda de nosso ser à consciência.

Referências Bibliográficas

TRINCA, W. – Psicanálise e expansão de consciência: Apontamentos para o novo milênio. São Paulo: Vetor, 1999. ———. O ser interior na psicanálise: Fundamentos, modelos e processos. São Paulo: Vetor, 2007. WINNICOTT, D. W. – O brincar e a realidade. Trad. J. O. Aguiar Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Palavras-chave: atitude lúdica; ser interior; self; sensorialidade; fragilidade do self; expansão mental; expansão de consciência.

Instituição

Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Síntese Curricular

Walter Trinca* é Professor Titular pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. É psicanalista, Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo e da International Psychoanalytical Association. Tem vários livros e inúmeros artigos publicados sobre psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicologia clínica. E-mail: wtrinca@usp.br

O BRINCAR E A PSICANÁLISE - Subsídios à Técnica

Ryad Simon

Resumo

É apresentada a experiência de Melanie Klein com uma menina pouco expressiva, inspirando-a a introduzir brinquedos para estimular a comunicação. Essa inovação técnica abriu caminho para a análise de crianças muito pequenas, cujo repertório verbal é necessariamente limitado. Essa abordagem permitiu acesso a níveis profundos do inconsciente, incrementando a teoria da evolução dos processos mentais primitivos, abrindo caminho para o desenvolvimento do tratamento psicanalítico de psicóticos. São abordados aspectos técnicos do manejo dos brinquedos e do brincar em psicoterapia psicanalítica que não são muitas vezes observados por desconhecimento do sentido do manejo lúdico.

Palavras-chave

ludoterapia psicanalítica; aspectos da técnica lúdica; manejo dos brinquedos em psicoterapia psicanalítica

Artigo

O BRINCAR E A PSICANÁLISE Subsídios à Técnica Ryad Simon. Nos primórdios da psicanálise de crianças, em 1923, Melanie Klein atendia uma menina de 7 anos, inibida e com mau aproveitamento escolar. A criança não gostava da escola, faltava às aulas e começava a afastar-se da mãe, apesar de ter anteriormente um bom relacionamento com ela. A criança não desenhava, falava muito pouco. O progresso do atendimento era quase nulo. Klein sentiu que aquela forma de atendimento não levaria muito longe o trabalho. Numa sessão em que a criança ficou silenciosa e retraída a angústia de Melanie Klein deve tê-la mobilizado a criar algum recurso. Avisou que ia sair da sala e voltaria num instante. Como o atendimento era feito na residência, esta pegou alguns brinquedos: algumas bonequinhas, carrinhos, cubos, e um trenzinho. Colocou-os numa caixa e trouxe para a pacientezinha inibida. A criança interessou-se pelos objetos e começou a brincar. Pelo modo de brincar Klein inferiu que os dois bonecos que a menina utilizou para realizar uma brincadeira poderiam representar a própria paciente e um menino da escola que havia sido mencionado numa sessão anterior. Parecia haver algum segredo na conduta dos dois bonecos e que os outros bonecos eram vistos como intrusos e afastados. As atividades dos dois bonecos acabavam em catástrofes, como cair e serem atropelados. Esse brincar era repetido e à medida que os reproduzia iam aparecendo crescentes sinais de angústia. Até que a analista começou a intuir, pelos detalhes daquela brincadeira, que a paciente representava alguma atividade sexual entre ela e seu colega da escola. Isso levaria a criança a ter medo de ser descoberta e então ficava desconfiando dos outros. Klein interpretou esse significado para a paciente, e mostrou-lhe que, enquanto brincava, angustiava-se tanto a ponto de largar o brinquedo. E mais, que não estava mais querendo ir para a escola porque talvez a professora pudesse descobrir tudo e castigá-la. Estava sentindo esse medo principalmente com a mãe. E nesse momento podia estar sentindo o mesmo medo de punição com relação a Klein. O efeito dessa interpretação foi nítido: a angústia e a desconfiança da paciente inicialmente aumentaram, mas logo foi seguida de evidente alívio. A expressão facial mudou, e, embora não admitisse, nem negasse o que foi interpretado, posteriormente mostrou concordância ao produzir mais material corroborando o que fora interpretado. Liberou-se mais no brincar e na verbalização. A relação com a analista tornou-se menos desconfiada e mais amistosa. Na seqüência do atendimento era esperado que a transferência se alterasse entre positiva e negativa. Mas, a partir dessa sessão a análise evoluiu bem. Concomitantemente foi melhorando o relacionamento com a mãe e com a escola. É notável o quanto a mudança de método favorece novos descobrimentos. Quando Freud abandonou a hipnose e passou a usar o método da associação livre com seus pacientes teve acesso à descoberta das resistências, dos conflitos inconscientes que permanecem reprimidos, das soluções de compromisso que geram os sintomas, os sonhos, e toda a trama que se passa em áreas da mente inacessíveis à abordagem direta. Do mesmo modo, quando Melanie Klein, percebendo a

inibição insuperável de sua pacientezinha, teve a intuição genial de introduzir os brinquedos para favorecer a comunicação, abriu caminho para a descoberta de áreas da mente ainda mais profundas que as obtidas pelo método de associação livre dos adultos. Na criança pequena o mecanismo de repressão é menos rígido, facilitando o acesso aos conteúdos inconscientes. Mas era necessário dispor de recursos para alcançar esse universo que estava mais além da palavra. A psicoterapia psicanalítica do adulto é feita principalmente pelos relatos verbais dos pacientes. Porém, como a verbalização da criança pequena é geralmente escassa, foi necessária uma inovação técnica para favorecer uma comunicação mais significativa. Muito se tem dito acerca do brincar como forma de psicoterapia infantil. Mas gostaria de aproveitar este momento para me deter sobre as diferentes formas e usos do brincar em psicoterapia. Quando eu era recém formado em psicologia clínica tive oportunidade de conhecer e talvez trabalhar junto com um conhecido psiquiatra infantil, Dr Haim Grünspum. Seu consultório ficava num grande sobrado, e várias salas eram usadas para ludoterapia, geralmente em grupo. Os brinquedos ficavam em prateleiras, alguns espalhados pelo chão e eram usados coletivamente. Não havia brinquedo particular, o material era usado à vontade pelas crianças de várias idades, geralmente na latência e pré-adolescência. Havia um ringue onde as crianças podiam brigar entre si, recipientes com água para introduzir brinquedos ou se molhar, como quisessem. Não havia privacidade. Realizei a visita acompanhada pelo Dr. Haim. Lembro-me que quando um garoto se dirigiu a ele desafiando-o para uma luta, o terapeuta agarrou o garoto e lhe deu uma gravata, brincando e sorrindo, dando-me a idéia que realizava psicoterapia suportiva. Eu estava aprendendo a fazer psicoterapia psicanalítica de crianças com Virgínia Bicudo, Lygia Amaral e Judith Andreuci. Virgínia, principalmente, voltando de um período de aprimoramento em Londres, junto ao grupo kleiniano, em 1962, fornecia as diretrizes da técnica lúdica em psicanálise infantil. Eu seguia mais ou menos automaticamente as instruções, sem muita clareza do porque de certos procedimentos técnicos. Por exemplo: a) os brinquedos devem ser de um determinado tamanho, formato e variedade. Por exemplo, em sua monumental “Psicanálise de Crianças” (1932, p 16), Klein, ao início do Capítulo II dá uma relação de brinquedos para crianças pequenas: “Sobre uma pequena mesa baixa estão colocados brinquedos pequenos e simples – homenzinhos e mulheres de madeira, cartas de baralho, carruagens (hoje seriam outros veículos), automóveis, trens (hoje se acrescentam aviõezinhos), animais, peças de construção e casas, bem como papel, tesoura e lápis”. b) os brinquedos devem ficar guardados numa caixa de madeira, com cadeado, e a cada sessão a criança acompanha o terapeuta até o armário onde ficam guardadas as caixas lúdicas, cada uma específica para cada criança. Ao final da sessão, os brinquedos são guardados novamente na caixa, trancada, e a criança acompanha o terapeuta até o armário, verificando sua guarda, sempre no mesmo lugar; c) a sala de ludoterapia deve ser de chão e parede laváveis, móveis simples, ter uma torneira e uma pia (ou então uma bacia com água); d) a sessão começava e terminava sempre no horário combinado. Se o paciente se atrasasse, perderia o tempo de atraso; e) durante a sessão a porta da sala de ludo fica trancada, como na sessão de adulto; f) o contato com os pais é reduzido ao mínimo necessário. Para que serve tudo isso? Klein responde de uma maneira sintética e completa sobre a essência do sentido do brincar (Klein, 1932 p 7/8): “A criança expressa suas fantasias, seus desejos e experiências reais numa forma simbólica através do brincar e dos jogos. Ao assim fazê-lo, usa dos mesmos modos de expressão arcaicos e filogeneticamente adquiridos, a mesma linguagem que temos familiaridade através dos sonhos, por assim dizer; e só podemos entender completamente essa linguagem se nos aproximamos dela como Freud nos ensinou na abordagem da linguagem dos sonhos. O simbolismo é apenas uma parte dela. Se desejamos entender o brinquedo da criança corretamente em relação à totalidade de seu comportamento durante a sessão analítica não devemos nos contentar pinçando separadamente o significado dos símbolos no brincar, por mais impressionantes como geralmente são, mas devemos fazê-lo considerando todos os mecanismos e métodos de representação empregados no trabalho onírico, nunca perdendo de vista a relação de cada fator com a situação como um todo.” Voltando aos itens indicados acima. Sobre a): tamanho dos brinquedos: se forem muito grandes não caberão na caixa; se forem muito complicados não serão facilmente manipuláveis para expressar uma brincadeira. A variedade de brinquedos é restrita – pela mesma questão de espaço, mas também porque a imaginação da criança pode dar muitos usos a poucos brinquedos. Quanto a b): os brinquedos devem ficar guardados numa caixa de madeira, com cadeado. Guardam-se os brin-

quedos numa caixa de madeira para permanecerem do mesmo modo que foram deixados na sessão anterior. O cadeado existe para garantir que ninguém abriu a caixa entre uma sessão e outra. A cada sessão a criança acompanha o terapeuta até o armário onde ficam guardadas as caixas lúdicas, cada uma específica para cada criança. Isso mostra à criança que seu material é inviolável e tem a garantia da guarda do terapeuta. Ao final da sessão os brinquedos são guardados novamente na caixa, trancada, e a criança acompanha o terapeuta até o armário, verificando sua guarda, sempre no mesmo lugar. Esse procedimento garante que a caixa só é aberta e fechada na presença de criança, tendo acesso a esta somente ela e o terapeuta. Suponhamos que os brinquedos que a criança “A” usa para a ludoterapia fossem manipulados por outra criança “B”, e ainda por outra criança “C”, como no exemplo do Dr. Haim. Suponhamos que a criança “B”, usando o mesmo brinquedo, quebrasse uma parte, ou mesmo o destruísse tão completamente que ficasse inservível. – Qual seria a importância disso? Admitamos que os brinquedos representem os objetos do mundo interno da criança. Suponhamos que um determinado boneco representa o “pai mau” para a criança “A”, que tem muito medo desse brinquedo; e que a criança “B”, numa sessão posterior, manuseando esse mesmo boneco, corte sua cabeça. – Qual seria o efeito para a criança “A”, quando na sessão seguinte se deparasse com esse “pai mau” de cabeça cortada? Provavelmente ficaria aterrorizada. Mas, se não foi a criança “A” que cortou a cabeça do boneco, que uso faria disso o psicoterapeuta para compreensão dos processos inconscientes da criança “A”? A cabeça do boneco foi cortada pela criança “B”. O que a teria levado a tal ataque? Suponhamos agora que numa outra sessão, a criança “C”, usando os mesmos brinquedos, observando o homem de cabeça cortada resolvesse colar de volta a cabeça do boneco. Qual o efeito disso para a criança “B”? E para a criança “A”? É fácil perceber que a manipulação do brinquedo por crianças diferentes em ocasiões diferentes, criaria tal confusão que terapeuta algum conseguiria desfazer. O brinquedo manipulado por várias crianças não traria problema de interpretação numa psicoterapia suportiva, porque nesta não há a preocupação de compreender os processos inconscientes do pequeno paciente. Mas, numa psicoterapia psicanalítica, em que as interpretações principais se apóiam na transferência, a confusão resultante da manipulação do mesmo brinquedo, por crianças diferentes, tornaria o processo um equivalente do “samba do crioulo doido”. Assim, a caixa individualizada, e trancada, sendo manipulada somente pelo mesmo paciente, garantiria a segurança de que os brinquedos – que representam os objetos internos da criança – não seriam tocados por outro, evitando interferências causadoras de confusão indecifrável. Nesse ambiente preservado e privativo será possível acompanhar detalhadamente cada movimento do paciente, favorecendo a compreensão da transferência e das “cotransferências” (Simon, R. 2004) com mais nitidez e segurança. Continuando o esclarecimento dos itens citados. Quanto ao item c): A sala de ludoterapia deve ser de chão e parede laváveis, móveis simples, conter torneira (ou bacia), justifica-se para permitir o brincar com água, tinta, plastilina, etc. facilitando a expressão de formas de agressão ou de gratificação regredidas, que a criança não conseguiria representar com palavras e são necessárias para entendimento dos impulsos, angústias, defesas, bem como das fantasias concomitantes. Quanto ao item d): a fixação do tempo ajuda a desenvolver o sentido do tempo, responsabilidade e consideração pelo trabalho psicoterápico. Do mesmo modo, e) porta trancada, garante a privacidade da relação dentro da sessão. E f) contato com os pais reduzido ao mínimo necessário evita interferências na relação entre a criança e o terapeuta. Se não puder ser evitado, preferível conversar na presença da criança. Se os pais forem muito angustiados, solicitando contato freqüente, marcar hora separada, para esclarecer as questões. É fácil de ver que todas essas providências técnicas têm o objetivo precípuo de permitir o desenvolvimento da situação analítica. Ou seja, criar uma atmosfera que permita inferir cada movimento dentro da sessão tendo significado no aqui e agora com o terapeuta. É essa condição que favorece a visão clara dos movimentos no brincar como expressão da comunicação das fantasias inconscientes, suas associações e significados. Quando há interferências no material do brinquedo, na sala de ludoterapia, na intromissão de outros, o ambiente fica poluído e confuso, obscurecendo a possibilidade de compressão do interjogo entre fantasias, impulsos, angústias e defesas. Haverá momentos em que a criança pode estar tão atemorizada que não consegue ficar só com o terapeuta. Nesse caso a presença temporária de um adulto garante a entrada e permanência da criança na sala de ludoterapia. E, tão logo as angústias persecutórias transferências sejam esclarecidas, o adulto pode retirar-se para a sala de espe-

ra. Essa sucinta informação sobre a técnica tem o intuito de mostrar a diferença entre ludoterapia psicanalítica e a ludoterapia suportiva. Não há intuito de depreciar a ludoterapia suportiva. Brincar com uma criança despreocupadamente, dar-lhe atenção, tratá-la com carinho e respeito, têm um potencial terapêutico inegável. Permite a catarse, a gratificação da necessidade de calor humano, e, com a redução da angústia, alguma elaboração espontânea em estratos inconscientes da personalidade. Todavia, esse alcance é limitado. Para alcançar estratos mais profundos, modificar conflitos inconscientes que tenham potencial para causar (ou já estejam causando) distúrbios neuróticos ou psicóticos, a via mais apropriada é a ludoterapia psicanalítica. O desenvolvimento da técnica ludoterápica por Melanie Klein proporcionou a ampliação da percepção e compreensão dos conflitos e mecanismos mais profundos da personalidade, abrindo caminho para o tratamento de pacientes psicóticos cuja acessibilidade era muito limitada por via da psicoterapia psicanalítica. Freud (1914) afirmava, em seu artigo sobre introdução ao narcisismo, que os pacientes que padeciam de “neuroses narcísicas” (psicóticos), eram inacessíveis ao tratamento psicanalítico porque sua libido ficava centrada no ego, não permitindo a “transferência”, que era o principal meio de influência psicoterápica. Melanie Klein, com sua aguda intuição para compreensão dos processos inconscientes – obtidos através do método da ludoterapia – teve um vislumbre mais amplo e profundo dos primórdios do funcionamento e desenvolvimento mental, lançando as bases para uma abordagem compreensiva dos distúrbios mentais graves (1935, 1932, 1946). Seus discípulos mais brilhantes, começando por Rosenfeld (1947), Hanna Segal (1950) e W.R. Bion (1953, 1957) aplicaram suas contribuições ao tratamento psicanalítico de psicóticos, utilizando a abordagem clássica: verbalização por associação livre, uso do divã, várias sessões semanais, abstenção de medicação, conseguindo alguma melhora na condição de pacientes esquizofrênicos. Isso confirma o entusiasmo de Karl Abraham, que no 8º Congresso Internacional de Salzburg, em 1924, afirma que o futuro da pesquisa psicanalítica se assenta na psicanálise de crianças.

Referências Bibliográficas

BION, W. R. (1953) Notes psicanálise de crianças. on the theory of schizophrenia. In Second Thoughts – Selected Papers on Ps-Analysis. N. York: J.Aronson, 1967. _____ (1957) Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In Second Thoughts. FREUD, S. (1914) On narcissism: an introduction. In vol. XIV The Standard Edition, etc. London: Hogarth, 1973. KLEIN, M. (1932) The Psycho-Analysis of Children. In The Writings of Melanie Klein. Vol. II – London: Hogarth, 1986. _____ (1935) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In The Writings, vol. I – 1992. _____ (1946) Notes on some schizoid mechanisms. In The Writings, vol. III – 1975. ROSENFELD, H. (1947) Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. In Psychotic States – London: Hogarth, 1965. SEGAL, H. (1950) Some aspects of the analysis of a schizophrenic. In International Journal of Psycho-Analysis, 31 SIMON, R. (2004) Cotransferência e transferência em psicoterapia psicanalítica de “quadros medianos”. In Simon, R. e Yamamoto, K. orgs. – 8º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica. — Variedades de Transferência na Clínica Psicanalítica . S. Paulo: Inst. Psicol. Univ. S. Paulo, 2004.

Instituição

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - Departamento de Psicologia Clínica.

Síntese Curricular

Ryad Simon é Professor Titular do IP-USP. Orientador Acadêmico do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do IP-USP. Coordenador do Curso de Pós-Graduação lato sensu Especialização em Psicoterapia Breve Operacionalizada da UNP. Membro Efetivo da Soc. Bras. Psicanálise de S. Paulo.

Psicodiagnóstico-intervenção: o lúdico como processo integrativo

Aidyl Macedo de Queiroz Pérez Ramos

Resumo

É com base nos estudos atuais e nas experiências profissionais na área da saúde, tomada esta na acepção mais ampla do seu conceito, que pudemos constatar os progressos na integração do psicodiagnóstico com a intervenção, utilizando-se do brincar como mediador. No início, o diagnóstico era pré-requisito da intervenção nas suas diferentes formas. Esta, subsequente ao diagnóstico facilita o aparecimento ou a intensidade dos distúrbios já existentes no paciente, devido à demora da aplicação das ações interventivas. Além disso, o diagnóstico configurava-se como um exame estritamente clínico, cujo processo terminava em rótulos estigmatizantes que marcavam a criança como seres doentes, incapazes ou até anormais. Como reação a essa limitada abrangência, surgiu a avaliação-intervenção contextualizada, incluindo, além das técnicas clássicas de psicodiagnóstico e de intervenção, outras mais, como: visita domiciliar; análise do material escolar e de produções lúdicas. A mais efetiva tendência é a de que os processos de diagnóstico e de intervenção marchem inter-relacionados em toda a sua evolução. A fim de integrar as considerações atuais expostas, apresenta-se um modelo dentro de um contexto integrado de avaliação – intervenção, priorizando o lúdico neste processo.

Palavras-chave

Lúdico, avaliação-intervenção, psicodiagnóstico integrativo, atualidades.

Artigo

Este foi baseado na experiência clínica da autora durante vários anos junto às escolas, clínicas-escolas, consultório e também utilizando-se da família como principal agente mediador. Momentos lúdicos eram priorizados nessa larga experiência.

Instituição

Academia Paulista de Psicologia (São Paulo, SP, Brasil, academia@appsico.org.br) e Universidade de São Paulo (procedência).

Síntese Curricular

Aidyl Macedo de Queiroz Pérez Ramos é professora Titular em Psicologia Clínica. Larga experiência no campo da clínica psicológica e educacional, utilizando-se do lúdico como observação, diagnóstico, psicoterapia e orientação familiar e escolar. Muitas publicações na área, incluindo oito livros sobre o tema, escritos em português e espanhol. É Titular da Academia Paulista de Psicologia, ocupando a Cadeira 30, Secretária Geral e editora do periódico oficial da entidade.

O Ludodiagnóstico na Atualidade: Fundamentos e Aplicações

Rosa Maria Lopes Affonso

O *Ludodiagnóstico* é um instrumento de investigação clínica no qual, através da utilização de brinquedos estruturados ou não, o profissional procura estabelecer um vínculo terapêutico com a criança visando o diagnóstico de sua personalidade. Tendo como fundamento as Teorias do Desenvolvimento e da Psicopatologia Infantil o *Ludodiagnóstico* é muito utilizado como uma Técnica Projetiva Expressiva baseada nos princípios da associação livre psicanalítica aplicada em diagnósticos obtidos sem o depoimento verbal ou através da auto-expressão da criança facilitada pelo contexto clínico lúdico. A utilização dos instrumentos lúdicos ou a compreensão das manifestações lúdicas no ser humano nos seus diferentes contextos sociais podem extrapolar a preocupação clínica levando ao estudo das manifestações e aplicações da brincadeira simbólica dentro de um contexto de estimulação e intervenção preventiva da socialização na infância e é o que encontramos nos trabalhos voltados para a área da educação ou na comunidade.

O propósito neste colóquio é discutir como a técnica lúdica possibilita o diagnóstico da estrutura mental, enquanto expressão da brincadeira simbólica, e como a partir da estratégia clínica podemos utilizar o instrumento seja no diagnóstico e tratamentos psicoterapêuticos seja na orientação, prevenção ou intervenção educacional dos distúrbios de: aprendizagem; psicossomáticos e de socialização.

Para tal estudamos a importância de se considerar nas avaliações psicológicas infantis, a presença ou não, no comportamento da criança e em seu discurso as noções de espaço, tempo e causalidade, tal como entendidas por PIAGET (1936,1937) em sua teoria do conhecimento.

Nosso objetivo nestas três décadas foi estudar a possibilidade de desenvolver um instrumento a ser utilizado pelos profissionais para a avaliação do processo de representação infantil observando-se a consideração dessas mesmas noções, uma vez que partimos do pressuposto que estas noções são a expressão básica da constituição do sujeito e devem ser consideradas em qualquer avaliação psicológica.

Nosso método consistiu analisar os prontuários de avaliação psicológica de três Clínicas Psicológicas de crianças de 2 a 14 anos, atendidas nos últimos seis anos procurando identificar na análise das representações da criança na hora-lúdica diagnóstica, as noções de espaço, tempo e causalidade, tal como sugeridas por AFFONSO (1994). Foram analisados um total de 587 prontuários de crianças entre dois e quatorze anos, sendo 101 crianças de 2 a 14 anos supervisionadas pela autora desta pesquisa; 181 crianças de 4 a 14 anos supervisionadas por vários profissionais em clínicas- escolas em atendimento de avaliação psicológica infantil; 182 prontuários de testes projetivos, DAP e H T P, supervisionados por vários profissionais, incluindo a própria autora, de 6 a 12 anos e 123 prontuários de ludodiagnóstico atendidas em situação "natural" somente pela autora de 2 a doze anos.

Os resultados demonstraram a relevância da análise dos indicadores de espaço, tempo e causalidade, para a conclusão diagnóstica sobre o processo de socialização da criança, ressaltando o valor do ludodiagnóstico enquanto técnica expressiva para tais investigações cognitivas. Ainda neste contexto verificamos que a análise qualitativa de determinados testes indica o comprometimento ou não dessas noções, que associados ao ludodiagnóstico revelam o comprometimento no processo de socialização da criança. Ao mesmo tempo verificamos que alguns instrumentos de investigação não são passíveis da análise dessas noções e que quando não são consideradas comprometem a avaliação do processo de socialização da criança. Propomos instrumentos de análise, verificamos a sua relevância, mas a cada pesquisa nos deparamos com novas investigações, no caso os limites de alguns instrumentos diagnósticos para a investigação do processo de socialização da criança apontando para os limites de suas utilizações, logo o cuidado da utilização de seus resultados, ao mesmo tempo colaborando com o profissional para as suas instrumentalizações.

Seja em testes de avaliação intelectual, seja em testes projetivos, o que ele pode nos fornecer sobre a investigação do funcionamento mental? Essa resposta esta em parte nos resultados

dessa pesquisa. Há testes, como o WISC onde é na análise qualitativa de alguns dos subtestes que podemos identificar estas falhas da estrutura mental. Ao considerarmos os resultados globais não temos acesso à esta análise, principalmente quando o fator sócio-afetivo “parece” ser o mais comprometido.

Se, cada vez mais há uma tendência à investigação compreensiva sobre a criança que avaliamos, seja para diagnóstico, seja para intervir psicoterapeuticamente nos parece que, da mesma forma, devemos nos voltar para uma compreensão de nossos instrumentos. No caso dessa pesquisa, os resultados parecem apontar também da importância da utilização de métodos de investigação que propiciem essa compreensão, nas técnicas expressivas, tal como o ludodiagnóstico.

O grande perigo é que a partir disso passemos a prescindir os testes, mas novamente devemos recorrer à teoria do desenvolvimento da criança e contrapor nossos resultados em relação aos limites das informações cognitivas de uma técnica ludodiagnóstica.

A técnica expressiva ludodiagnóstica que temos estudado tem também seus limites enquanto informação sobre o funcionamento mental, logo, da mesma forma que questionamos os limites de alguns testes sobre as informações das noções espaço-temporais e causais, devemos saber que não é em um método de conversação ou de interação lúdica que obteremos todas as informações sobre as operações mentais, e dependendo do objetivo da avaliação diagnóstica ou demanda do caso, outras investigações deverão ser necessárias.

A teoria sobre o desenvolvimento cognitivo, proposta por Piaget, considera a gênese do conhecimento segundo um continuum que passa pelo pensamento sensório-motor, representativo, lógico-concreto e (até o momento) formal. A técnica lúdica é da ordem das investigações sobre o sensório-motor e das representações simbólicas, logo, apresenta limitações sobre o funcionamento mental.

Muitas vezes, a queixa numa avaliação psicológica pode já estar direcionada à investigações de falhas cognitivas, mas a nosso ver, nem sempre essas dificuldades estão explícitas. Uma criança que não consegue falar, fazer uma redação, não compreende as instruções de um problema, não consegue expressar suas dificuldades ou formular perguntas, e ao mesmo tempo é agressiva, hiperativa, não interage com o seus pares, é devido às intercorrências ou conflitos do meio ou por que, simplesmente, não tem as estruturas necessárias para tal?

Nosso propósito é que consideremos num diagnóstico este elemento cognitivo, mesmo que esteja encoberto de fatores ou estressores psicossociais ou afetivos-emocionais.

A compreensão ou inferências diagnósticas propõe a análise da estrutura mental, logo, nosso propósito foi oferecer ao profissional alguns desses elementos de análise e que nessa pesquisa podemos comprovar sua relevância para aquele profissional que realiza diagnósticos.

Temos verificado que as noções espaço-temporais e causais dizem respeito às estruturas infralógicas do funcionamento mental, mas necessárias para a elaboração da experiência vivida, bem como o que permite ao homem elaborar e construir os conteúdos de sua história vivida. Ao não detectarmos essas falhas cognitivas, não podemos avaliar e identificar o que irá permitir, a socialização da criança.

Se a psicoterapia vai ou não suprir essas falhas, necessitaríamos de outra pesquisa. Em nosso entender, os encaminhamentos, muitas vezes, não direcionam para tal fim. Os sujeitos que necessitam de uma estimulação e que têm as noções preservadas, muito provavelmente, se beneficiarão de psicoterapias que em si, pressupõe tais constructos, entretanto, os sujeitos com comprometimento nessas noções requerem um outro tipo de intervenção.

Essa mesma orientação serve para os responsáveis que interagem com a criança, seja na família, seja na escola ou no meio do qual faz parte.

Nossos resultados apontaram que independente do contexto clínico ou não, há um grupo de crianças comprometidas no seu processo de socialização, logo, os resultados contribuem, não só ao profissional especialista do diagnóstico, mas àquele interessado no processo de socialização da criança. Acreditamos que a análise dos indicadores de espaço tempo e causalidade contribui para os fundamentos necessários para o diagnóstico do processo de socialização da mesma. Os resultados também apontam que um processo isolado e limitado numa clínica-escola não colabora nem no diagnóstico, tão pouco, a nosso ver, num contexto psicoterápico isolado dessas crianças, uma vez que detectamos um número significativo de crianças “normais” comprometidas.

das nestas noções espaço-temporais e causais. Podemos afirmar, com os resultados da pesquisa, que esses indicadores contribuem para o diagnóstico e reabilitação psicossocial de crianças com problemas na representação da construção do real e constituem o diagnóstico das possibilidades da criança apropriar-se de sua existência, de sua história e do meio do qual faz parte.

Referências Bibliográficas

- ABERASTURY, A. (1962) Teoria y técnica Del psicoanálisis de niños. 6. ed. Buenos Aires, Paidós, 1978.
- AFFONSO, R.M. L. Da importância de se considerar, no ludodiagnóstico, as representações da criança no que concerne a espaço, tempo e causalidade a aceção de Jean Piaget. São Paulo, 1994, 202 p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- AFFONSO, R. M. L. A Importância da Teoria de Jean Piaget no Ludodiagnóstico: as noções de espaço, tempo e causalidade. Psikhê-R. Curso Psicol. Cent.Univ.FMU. São Paulo: , v.2, n.2, p.13 - 15, 1996.
- AFFONSO, R. M. L. Ludodiagnóstico: as noções espaço-temporais e os critérios para elaboração afetiva. In: V Simpósio Internacional de Epistemologia Genética. São Paulo: 1998. AFFONSO, R. M. L. Aspectos Cognitivos no Processo Ludoterápico: A importância do "não" e da representação. Psikhê - R. Curs. Psicologia UniFMU. São Paulo: , v.4, n.2, p. 9-14, 1999.
- AFFONSO, R. M. L. Teoria de Piaget e Ludodiagnóstico: As noções espaço-temporais e causais e a constituição eu/não eu. V Congresso Latino-americano de Psiquiatria. São Paulo: p.31 - 31, 1999. AFFONSO, R. M. L. A importância do Ludodiagnóstico em Laudos Psicológicos: As Noções Espaço-Temporais e Causais. In: III Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica. São Paulo: , p. 36, 1999. AFFONSO, R. M. L. As noções de espaço, tempo e causalidade no Ludodiagnóstico: O papel da epistemologia genética na clínica psicológica. Anais do XXVII Congresso Interamericano de Psicologia. Caracas: p.61 - 61, 1999.
- AFFONSO, R. M. L. Atendimento Psicológico a famílias vitimizadas: Relato de experiência no Centro de Referência e Apoio a vítima. In: III Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica. São Paulo: , p.15 - 16, 1999. AFFONSO, R. M. L., MOTA, E. M. T., PEREIRA, A. C. A Construção de um Modelo Clínico de Atendimento Psicológico a famílias vítimas de violência da Cidade de São Paulo. Psikhê R. Curs. Psicologia UniFMU. São Paulo: , v.5, n.2, p.26 - 40, 2000. AFFONSO, R. M. L. A importância do Ludodiagnóstico em Laudos Psicológicos: As Noções Espaço-Temporais e Causais. Anais do III Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica. São Paulo: p.323 - 325, 2000. AFFONSO, R. M. L. A Dinâmica da Relação Parental e a Psicose Infantil. Programa do 28º. Congresso Interamericano de Psicologia. Santiago: p.103 - 103, 2001.
- AFFONSO, R. M. L. As Condições Cognitivas para a Aplicação de Testes Psicológicos: Uma Contribuição da Teoria de Jean Piaget. Anais do XI Congresso Latinoamericano de Rorschach Y otras Técnicas Proyectivas. Argentina: , 2001.
- AFFONSO, R. M. L., El Dibujo como El Instrumento de Padres En El Proceso Psicodiagnóstico de Niños. In: Anais do XI Congresso Latinoamericano de Rorschach y Otras Técnicas Proyectivas, p.110, 2001.
- AFFONSO, R. M. L., WANDERLEY, K. Ludodiagnóstico e os critérios para a aplicação de testes psicológicos. Programa e Resumo: I Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão. São Paulo: p.100, 2002.
- AFFONSO, R. M. L.; WANDERLEY, K. A importância da epistemologia no ensino da avaliação Psikhê. R. Curs. Psicologia UniFMU. São Paulo: no prelo, 2004
- AFFONSO, R. M. L.; WANDERLEY, K. A evolução cognitiva do processo psicoterapêutico infantil Psikhê. R. Curs. Psicologia UniFMU. São Paulo: no prelo, 2005
- AJURIAGUERRA, J. et al. Organization psychologique et troubles du développement du langage: étude d'un groupe d'enfants dysphasiques. In : Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française. Problèmes de psycholinguistique. Paris, PUF, 1963, p. 109-142.
- AJURIAGUERRA, J.; TISSOT, R. Application clinique de la psychologie génétique. In : Psychologie et épistémologie génétiques : thème piagétien. Paris, Dunod, 1966, p. 333-338.
- ANGELINI et al – Manual Matrices Progressivas Coloridas de Raven (1947): escala especial. São Paulo, Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1999

- ANTHONY, E. J. Piaget et clinicien. In : *Psychologie et épistémologie génétiques : thèmes piagetiens*. Paris, Dunod, 1966, p. 338-352.
- ANZIEU, D. Os métodos projetivos. Trad. Maria Lucia E. Silva. Rio de Janeiro, Campus, 1978.
- BROUGÈRE, G. Brinquedo e Cultura. Trad. G. Wajskop. 3. ed. São Paulo, Cortez,
- BUCK, JOHN N. H-T-P: Casa- àrvore-Pessoa, Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação. Trad. De Renato Cury Tardivo; revisão de Irai Cristina Baccato Alves. 1. ed.- São Paulo: Vetor, 2003
- CUNHA, J. A. et al *Psicodiagnóstico- V 5. ed.. revisada e ampliada*. Porto Alegre, Artes médicas, 2000
- DELAHANTY, G; PERRÉS, J. Piaget y el Psicanálisis. México, Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco, 1994.
- DOLLE, J. M. De Freud a Piaget. Trad. De J. Correa Jesuíno, Lisboa, 1979.
- EFRON, A. M. et al. La hora de juego diagnóstica. In: OCAMPO, M. S. Et al. *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. 4 ed. Buenos Aires, Nueva Visión, 1976, vol I, p. 195-221.
- FERNANDES, M. I. A. Algumas hipóteses a respeito do papel do elemento racional no processo terapêutico. São Paulo, 1982, p. 96. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- FREUD, S. (1905) Tres ensaios para una teoria sexual. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Trad. De Luiz Lopez-Ballesteros y de Torres. 3 ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, v II, p. 1169-1237.
- FREUD, S. (1909) Analisis de la fobia de un niño de cinco años. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Trad. De Luiz Lopez-Ballesteros y de Torres. 3 ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, v II, p. 1365-1440.
- FREUD, S. (1920) Mas alla del principio del placer. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Trad. De Luiz Lopez-Ballesteros y de Torres. 3 ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, v III, p. 2057-2541.
- FREUD, S. (1925) La negación. In: FREUD, S. *Obras Completas*. Trad. De Luiz Lopez-Ballesteros y de Torres. 3 ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, v III, p. 2884-2886.
- FURTH, H. G. *Knowledge as Desire: an essay on Freud and Piaget*. New York, Columbia University, 1987.
- GLASSER, A.J. & ZIMMERMAN, I. L. *Interpretation Clinica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC)*. 2.ed. Trad. María Jesús Benedet. Madrid, TEA, 1977
- KLEIN, M. (1929) A personificação nos jogos das crianças. In: KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. Trad. de Miguel Maillat. São Paulo, Mestre Jou, 1970, p. 269-282.
- KLEIN, M. (1930) A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. Trad. de Miguel Maillat. São Paulo, Mestre Jou, 1970, p. 295-313.
- KLEIN, M. (1931) Uma contribuição à teoria da inibição intelectual. In: KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. Trad. de Miguel Maillat. São Paulo, Mestre Jou, 1970, p. 319-333.
- LEHMAN, Y. P. *A Patologia da Introjeção : splitting da identificação projetiva*. Trabalho apresentado ao título de psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. São Paulo, 19p. Mimeografado, 1999.
- MACEDO, L. *Inteligência e Afetividade: diferenciação e integração*. In: Curso “ A Convergência entre a Afetividade e a Inteligência: uma nova Psicologia”, coordenado por Jean-Marie Dolle (França). São Paulo, Faculdade de Saúde Pública-USP, 1987.
- MARCELLI, D. *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*. 5.ed. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre, Artmed, 1998
- MENICHETTI, D *A Observação Lúdica e o Psicodiagnóstico Compreensivo: aplicações do Referencial de Análise do Procedimento de Desenhos-Estórias*. . 208p. Dissertação. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003
- OLIVEIRA, V. M. B. *Um estudo das manifestações da função semiótica através da observação do comportamento da criança*. São Paulo, 1983. p. 164. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- PAÍN, S. *Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem*. Trad. de Ana Maria N. Machado, Porto Alegre, Artes Médicas, 1985. PAUNIER, A.; DOUDIN, A. P. *Fonctionnement mental et investigation psychologique*. *Psychiatrie de l'enfant*, 1985, XXVIII, p. 161-184. PIAGET, J. (1936) *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. 4 ed. Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1963.
- PIAGET, J. (1937) *La construction du réel chez l'enfant*. 2 ed. Neuchâtel et Paris, Delachaux et

Niestlé, 1950. PIAGET, J. (1937) A construção do real na criança. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar, 1973. PIAGET, J. (1946) La formation du symbole chez l'enfant. 6 ed. . Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1976. PIAGET, J. (1966) L' épistemologie du temps. Paris, Universitaires de France, 1966.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. Importância das noções espaço-temporais e causais na criança que não se socializa. In: Congresso "O Cérebro e a Aprendizagem. Lisboa, 1982.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. Em busca do sentido da obra de Jean Piaget. São Paulo, Ática, 1984. RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. Sistemas lógicos e sistemas de significação na obra de Jean Piaget. Psicologia-USP, 1991, 2, p. 21-23.

RAMOZZI-CHIAROTTINO, Z. Prisonniers du présent: le développement cognitif et la socialisation de l'enfant défavorisé. Psychoscope: Journal de la Fédération Suisse des Psychologues, v.18, n.7, 1994. SAFRA, G. O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva, M. E. L.et al. Investigação e psicanálise. Campinas, Papirus, 1993

SEIBERT, V. S. O Resgate da Funções Mentais Representadas pelos Agrupamentos Prático e Operatório do Modelo Hipotético-Dedutivo de Piaget nas Organizações Afetivas em Freud. 212p. Tese (Doutorado)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.

SOIFER, R. Estudio de la entrevista de juego diagnóstica con niños. São Paulo, 1974, 12 p. mimeografado.

SOIFER, R. Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatológica. Trad. de José Cláudio A. Abreu; Francisco Settineri. 3ª. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 23

SOUSSUMI, Y. A psicanálise de hoje é freudiana? A psicanálise e algumas idéias neurobiológicas e imunoendocrinológicas In: Junqueira Filho et al. Corpo-Mente: uma fronteira móvel. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1995

SOUSSUMI, Y. A Uma experiência prática de psicanálise fundamentada pela neuro-psicanálise. Ver. Brás. Psicanál., v. 37, n. 2/3, p. 573-596, 2003 TARDIVO, L. S. Análise e Interpretação In: Trinca, W et al, Formas de investigação clínica em psicologia: Procedimento de Desenhos- Estórias. São Paulo, Vetor, 1997 . TELLES, V. S. A Leitura Cognitiva da Psicanálise: problemas e transformações de conceitos. Psicologia USP, São Paulo, v. 8, n.1, p.157-182, 1997. TRINCA, W. O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Vozes, 1983 TRINCA, W. Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. 2. ed.. São Paulo, EPU, 1987, (Temas básicos de psicologia), v. 18.

TUSTIN, F. Estados Autísticos em crianças. Trad. Joseti Marques. Rio de Janeiro, Imago, 1984. TUSTIN, F. Therapeutic communication between psychotherapist and psychotic child. Int. J. of child Psychoth. 1973, v. 2. n°. 4, p. 440-450. VAITES, V. D. C.; FONTANARI, J. L. Tarefas piagetianas no exame neurológico do desenvolvimento. Neurobiol. 1987, v. 50, n°. 2, p. 107-134. VAN KOLK, O . L. Testes projetivos gráfico no diagnóstico psicológico, São Paulo, E. P. U., 1984. WECHSLER, D. (1991) WISC- III Test de Inteligência para niños- WISC-III: Manual 1. ed. Trad. Ofélia Castillo, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1994.

WECHSLER, D. (1991) WISC- III Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: Manual/ David Wechsler, 3. ed.; Adaptação e Padronização de uma amostra brasileira, 1. ed; Vera Lúcia Marques de Figueiredo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Síntese Curricular

Rosa Maria Lopes Affonso. Possui Pós-Doutorado em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP (2006). Doutora e Mestre pela IPUSP. Professora e Supervisora Clínica- FMU e UPM. E-mail: rosapsiaffonso@yahoo.com.br

Adoção e Falso Self: O Dilema do “bom adotado”

Gina Khafif Levinzon

Resumo

Partindo da descrição de "falso self" de Winnicott, este trabalho examina a configuração afetiva encontrada frequentemente em filhos adotivos, nos quais predomina uma necessidade extrema de corresponder ao que os outros esperam deles. Como resultado, pode se estabelecer um quadro de superficialidade e vazio na personalidade do adotado, com prejuízo de seu sentimento de consistência, autenticidade e vitalidade. A criança e seus pais adotivos necessitam de um esforço de adaptação inicial maior, o que pode estar na gênese do estabelecimento do falso self na criança. As angústias mal elaboradas dos pais adotivos contribuem para que esta organização psíquica defensiva se instale. A criança adotiva vive em fantasia um dilema: ser “um bom adotado”, ou correr o risco de ser abandonada novamente. É apresentado o caso clínico de uma menina adotiva que inicialmente se apresentava como uma pessoa “oca”, com um bloqueio considerável de sua parte mais instintiva. O processo analítico proporcionou mudanças clínicas significativas, que incluíam também um acesso maior à sua curiosidade e uma capacidade de investigação sobre a adoção.

Palavras-chave

Adoção; falso self; clínica psicanalítica; psicodiagnóstico infantil; ludoterapia

Artigo

Adoção e falso self: o dilema do “bom adotado” Gina Khafif Levinzon

No trabalho clínico com crianças adotivas e suas famílias, é frequente nos depararmos com crianças que apresentam algum sintoma que destoa de um comportamento geral aparentemente bem adaptado e tranquilo. Muito comumente nestes casos a criança tem dificuldades escolares que preocupam os pais, e algumas vezes dificuldades de relacionamento ou medos diversos, apesar de ser considerada uma criança “comportada” e que “não dá trabalho”. O contato com essas crianças mostra que elas se preocupam em demasia em agradar aos pais, e corresponder ao que lhes parece que esperam dela, com prejuízo de sua capacidade de espontaneidade e de um contato mais profundo com sua instintividade e impulsividade. Este tipo de configuração psíquica não se refere apenas a pessoas adotivas, mas pode ser encontrado na população de modo geral, conforme foi descrito por diversos autores (Winnicott, 1960; Deutsch, 1942; Joseph, 1975). Parece-me, no entanto, que nos casos de crianças adotivas há uma série de fatores relativos às condições inerentes ao processo de adoção que propiciam um risco maior de que este quadro se instale. Pretendo neste trabalho examinar a configuração afetiva presente nas crianças adotivas aparentemente bem adaptadas, mas que apresentam um estado de superficialidade e empobrecimento de sua personalidade, assim como os fatores específicos da situação de adoção que podem estar associados a este panorama psíquico. 1) O verdadeiro e o falso self Winnicott (1960a) usa a palavra self para se referir à pessoa na sua essência, como uma totalidade que se desenvolve dentro de um processo de maturação. Nos primórdios da vida da criança, o ambiente tem a função de proporcionar-lhe o cuidado necessário e suficiente para que seu desenvolvimento ocorra de forma satisfatória. Para Winnicott (1957) cada bebê é uma organização em marcha. O ímpeto para a vida e para o crescimento saudável está presente em cada pessoa ao nascer, e depende de um ambiente adequado para que possa se manifestar na sua dimensão única. Para isto, o bebê depende do cuidado suficientemente bom da mãe. Com o decorrer da gravidez, a mãe desenvolve um “estado especial” denominado por Winnicott (1956) de Preocupação Materna Primária. Sua sensibilidade em relação ao bebê vai gradativamente aumentando, e continua depois do nascimento. Verificamos que comumente as mães grávidas ocupam suas mentes cada vez mais com o seu bebê, num estado introspectivo que representa na verdade uma preparação para a chegada da criança. Nos primeiros meses de vida do filho esta dedicação ao bebê, com os cuidados físicos e psíquicos correspondentes se prolonga de forma intensa, e aos poucos vai diminuindo conforme sua necessidade vai decrescendo. Deste modo formam-se condições para

que as tendências de desenvolvimento da criança possam começar a se revelar, e o bebê pode experimentar o movimento espontâneo que lhe é peculiar. Para Winnicott, apesar de suas tendências inatas para o desenvolvimento, no início o bebê tem um ego incipiente e despreparado para lidar com as demandas do id. A sua fragilidade egóica inicial necessita de permanente apoio da mãe, atuando no sentido de reconstruir uma situação ambiental o mais próximo possível da condição intra-uterina. A mãe sustenta o filho segurando-o no colo, entendendo suas necessidades específicas, e atendendo-o de modo mais adequado. A capacidade de empatia, a intuição inconsciente e a comunicação silenciosa entre a mãe e o bebê fazem parte desse processo de holding que permite que a criança vá adquirindo a noção de um ser unitário e coeso. Winnicott (1960b) afirma que o self verdadeiro só se torna uma realidade viva como resultado do êxito repetido da mãe em responder ao gesto espontâneo ou alucinação sensorial do latente. O bebê tem a ilusão de que ele está no centro do mundo, e a mãe complementa as expressões de onipotência de seu filho. Com o processo de desenvolvimento em andamento, aos poucos a mãe vai promovendo um processo de desilusão, que permite que ele vá tomando contato com a realidade segundo suas possibilidades de assimilá-la. A espontaneidade é uma decorrência do self verdadeiro, que está intimamente ligado à criatividade ao sentimento de existência própria. Falhas muito grosseiras e constantes da função holding da mãe podem provocar intensos sentimentos comparáveis a vivências de desintegração, as angústias inimagináveis (Winnicott, 1963). Diante dessa situação, a criança pode lançar mão de um sistema de defesas que garanta a sua existência psíquica. Ela sobrevive, mas o faz de modo falso, por meio do desenvolvimento do que Winnicott denominou de falso self: "... o lactente é seduzido à submissão, e um falso self submisso reage às exigências do meio e o lactente parece aceitá-las. Através deste falso self o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até a uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário. O falso self tem uma função positiva muito importante: ocultar o self verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente." (Winnicott, 1960b, p. 134) O falso self pode ser descrito como o resultado de uma dissociação, que tem por objetivo proteger o verdadeiro self, ocultando-o, para evitar seu aniquilamento. O latente passa a viver através de reações a algo que não é legitimamente dele. Há vários graus de falso self, que vão da normalidade à patologia. Quanto mais grave este quadro, menos a pessoa consegue ser fundamentalmente ela mesma. Nestes casos, a imitação e a necessidade de agradar o outro tomam o primeiro plano em sua vida, com o resultante empobrecimento de sua personalidade.

2) O falso self e a criança adotiva A adoção representa uma forma de parentalidade que atende às necessidades essenciais da criança de ser criada dentro de um âmbito familiar, e às necessidades ou desejo de pais que se dispõem a exercer a função parental com uma criança que não pôde permanecer com seus genitores. Crianças e pais adotivos têm, desta forma, a oportunidade de vivenciarem as experiências preciosas que caracterizam o processo de filiação. Há, no entanto, algumas características que são inerentes ao processo de adoção, que exigem um esforço de adaptação maior do que nas famílias unidas pelo vínculo biológico (Levinzon 1997, 1999, 2004). A criança adotiva passou necessariamente por uma experiência de separação em relação à mãe com ligação genética, que na maioria das vezes se deu em um momento de vida bastante precoce. Podemos dizer que esta separação representa para a criança um trauma, que tem maiores ou menores proporções conforme as condições em que se deu tal evento. Situações de rejeição já durante a época da gestação ou desligamentos abruptos do contato com a mãe, maus tratos, internações em instituições ou a passagem por diversos intermediários até serem finalmente adotadas, várias são as possibilidades presentes no início da vida das crianças que se constituem em fatores potencialmente patogênicos para o seu desenvolvimento. A marca do abandono e do desamparo pode estar gravada no psiquismo da criança, em graus variados, desde uma cicatriz indelével, até uma ferida narcísica com dimensões dramáticas. A sua necessidade de sobrevivência pode levá-la a sobrepujar tais falhas ambientais desenvolvendo uma série de mecanismos defensivos que também apresentam graus diversos, relativos à normalidade ou à patologia. Isso vai depender do que Freud (1916-1917) denominou de Séries Complementares, ou seja da inter-relação entre a constituição genética da criança e da adequação do seu ambiente. Os pais adotivos também se defrontam com uma série de desafios a serem superados. Os motivos que os levam a adotar uma criança são diversos, mas representam o primeiro

ponto essencial a ser considerado no processo de adoção. Frequentemente encontra-se presente uma situação de esterilidade, que precisa ser elaborada pelos pais. Eles se vêem às voltas com o luto pela impossibilidade de gerar seus filhos, com tudo o que isso representa em termos da continuidade de si mesmos e de sua imagem narcísica. Para Diniz (1993) a pessoa estéril se vê privada de uma importante defesa na sua luta contra a morte, que a procriação de um filho simboliza. A esterilidade pode também se ligar a fantasias de culpa edipiana por parte dos pais, como se fosse um “castigo” por seus desejos e imaginações proibidos. Sentimentos de inferioridade e mágoas veladas entre os cônjuges pela impossibilidade de gerar o próprio filho também podem ser encontrados nestes casos. Outros motivos para a adoção como a morte de um filho, a identificação com a criança abandonada, a fantasia idealizada de “fazer o bem”, a necessidade de fazer reparações em relação a fantasias inconscientes são também pontos importantes a serem considerados. Nos casos de adoção podemos dizer que o estado de Preocupação Materna Primária descrito por Winnicott não pôde se dar de forma adequada, privando a mãe e a criança adotiva deste importante processo de aproximação. Muitas vezes a mãe não teve o tempo suficiente para se preparar para a chegada da criança, ou então ele foi longo demais, expondo-a a momentos de frustração e desesperança. Sua “gravidez simbólica” pode ter durado apenas dias, ou então longos anos. No início, a dupla mãe-bebê adotivos se vê às voltas com uma espécie de esforço de adaptação que pode ser bem sucedido, chegando inclusive em alguns casos a resultar em experiências reais de amamentação. Em outros casos, no entanto, a mãe experiencia um sentimento de estranheza por este filho que não saiu de dentro de si, e se vê às voltas com angústias conscientes ou inconscientes que dificultam este estágio inicial. A presença do pai e suas próprias dúvidas representam um ponto importante neste processo. Em alguns casos, a adaptação entre a mãe e a criança não alcança as condições necessárias para que esta última possa se desenvolver de modo pleno, em função do que foi descrito. A criança, para fugir do aniquilamento psíquico, pode recorrer a um sistema de defesas do tipo falso self que resulta numa grande perturbação de sua espontaneidade. Ela precisa precocemente se adaptar ao ambiente, se preocupar com o que se espera dela, pois este último não se mostra preparado suficientemente para lhe proporcionar a qualidade de cuidado que necessita. A experiência clínica mostra que, somando-se a essa desadaptação inicial mãe-bebê, o medo de ser novamente abandonada pode contribuir para que a criança adotiva desenvolva uma parte de si mesma excessivamente artificial, ou desvinculada de sua personalidade nuclear. Um ponto importante neste processo refere-se ao que se denominou “fantasias do mau-sangue”. Alguns pais adotivos interpretam expressões normais de agressividade ou impulsividade da criança como decorrentes de sua herança genética, e as associam com comportamentos marginais ou pejorativos. O sentimento de estranheza: “isso não veio de mim!” revela a má elaboração da condição de descontinuidade biológica em relação à criança. O fantasma dos pais biológicos, reduto de identificações projetivas desmerecedoras por parte dos pais adotivos, se instala nessas situações. Assim, nestes casos, manifestações de agressividade ou de impulsividade por parte da criança encontram sérias barreiras nos pais adotantes. A criança aprende a “ser boazinha”, para garantir sua adoção. Podemos dizer que os “bons adotados” se especializam na tentativa constante de corresponder às expectativas dos pais adotivos, com prejuízo de sua possibilidade de se sentirem reais. A liberdade de assumir e examinar a sua história de adoção pode estar relacionada a essa dissociação que ocorre no self do adotado. Lifton (1994) ressalta que as crianças adotivas frequentemente se calam em relação ao tema da adoção. Desta forma elas isolam uma parte de seu self do conjunto maior de sua personalidade, num processo que, em diversos graus, pode ser descrito como dissociação ou divisão. Elas não podem formar um sentimento consistente de si mesmas quando negam a realidade e ignoram maciçamente as questões relativas à sua origem e à sua identidade. Um pedaço de si mesmas fica soterrado, e é acompanhado por uma ansiedade difusa e sentimentos de futilidade, vazio e ansiedade difusa. A curiosidade, que se refere a um processo saudável de conhecimento do mundo e de si próprio, fica bloqueada e está associada muitas vezes aos sintomas de dificuldades escolares. Os pais adotivos, por seu lado, também podem propiciar esta dificuldade da criança de encarar a fundo sua identidade e condição de adoção, em função de seus medos, dúvidas e ambivalência. Tanto de parte da criança quanto de seus pais adotivos predomina o medo inconsciente a respeito da firmeza e legitimidade do vínculo de filiação. Não tendo um elo de sangue, muitas vezes há o sentimento de que a aliança familiar não é

indissolúvel. A angústia de separação permeia este panorama, com seus fantasmas de abandono e desamparo. (Levinzon, 1999, 2004). O “bom adotado”, aquela criança comportada que se ajusta em demasia ao que se espera dela, aparentemente tranquiliza os pais e a si mesmo com sua forma de organização psíquica. Ele também não se expõe a todos com questionamentos sobre sua origem biológica, sua história e suas dúvidas. No entanto este equilíbrio frágil tende a não se sustentar por muito tempo, e aparecem os sintomas na criança, que representam um pedido de ajuda para que se crie condições para uma existência mais real... 3)A história de Marina . Marina tinha 11 anos quando os pais me procuraram, por indicação da escola, com queixa de dificuldades na aprendizagem. Não tinha interesse pelos estudos, era distraída, não participava das aulas e só estudava quando era pressionada. Gostava de ficar brincando em casa. Os pais disseram que ela sempre foi assim, desde que entrou na escola, e que este era o único problema dela. Se não fosse isso, “não teriam nada para falar”, pois ela era uma menina alegre, expansiva, “que os encantava”. Para o pai, Marina não tinha problemas, e não precisava de tratamento psicológico. A mãe relatou que havia um outro detalhe que talvez pudesse ser indício de problemas: Marina tinha uma forte prisão de ventre, chegando a ficar semanas sem ir ao banheiro, apesar de não ter sido constatado nada fisicamente. O casal tentou engravidar por muitos anos, até que decidiram adotar uma criança. Disseram vagamente que os dois tinham problemas de esterilidade, o que me fez suspeitar que talvez fosse o pai quem apresentava problemas de fertilidade (a minha experiência clínica me mostrou ser comum os casais acobertarem a esterilidade do homem, acreditando que poderia ser considerada como indício de impotência). Marina foi adotada recém-nascida. O casal tinha como requisito para a adoção que a criança tivesse uma compleição física semelhante à deles, e por isso esperaram muito até que surgisse uma menina que correspondesse a estes parâmetros. Marina teve um desenvolvimento normal, sem nada que justificasse uma preocupação maior. Pelo contrário, era uma menina muito meiga e afetuosa. Contaram-lhe sobre a adoção quando era pequena, e disseram que “este era um tema muito tranquilo para eles”, e que inclusive falavam isso para qualquer pessoa. Marina, no entanto, nunca tocava neste assunto, e não conversavam a respeito disso com ela. Parecia-me que era muito mais fácil para os pais falar de adoção com os amigos do que com a filha, e que o mutismo dela sobre este assunto no fundo os tranquilizava. O contato com os pais de Marina me deixou a impressão de que havia um mecanismo de negação intensa presente, que fazia com que ficassem distantes das dificuldades de Marina, minimizando-as. Percebi de início que eles desejavam que eu a ajudasse a corresponder mais completamente a este quadro de “menina encantadora”, que as dificuldades escolares obscureciam. Durante todo o tempo de atendimento psicoterápico de Marina fiz entrevistas regulares de orientação aos pais, procurando ajudá-los a olhar para a filha de modo mais inteiro. 4)Um quadro na parede: a representação do Falso Self . No nosso primeiro contato, Marina chegou sorrindo. Era uma menina bonita e afável. Quando lhe perguntei por que estava ali, disse-me que não sabia. Após a minha insistência, acrescentou que não sabia quase nada sobre isso, só que a escola a tinha mandado. Parecia uma pessoa alienada de si mesma, apesar de estabelecer um bom contato comigo. Depois de conversarmos um pouco, aceitou fazer o psicodiagnóstico inicial. Ofereci-lhe o material que estava em cima de mesa, dizendo-lhe que poderia fazer o que quisesse. Marina olhou para mim sorrindo, e disse: “o que eu faço?”. Essa pergunta, que se repetiu várias vezes durante a sessão, mostrava que ela buscava em mim a referência para aquilo que sairia de dentro dela. Finalmente, Marina pegou a massa de modelar, e foi fazendo formas geométricas: um quadrado, uma bola, um losango, sempre criticando muito sua produção. Dizia: “Saiu feio, vai ser difícil...”. Sua produção estava centrada na perfeição das formas, e não havia intuito de alguma representação simbólica específica. Preocupava-se em produzir algo bonito, que supostamente me agradaria, mas sem maior conteúdo. Mais à frente na sessão, Marina pôde se arriscar a falar mais profundamente de si mesma. Começou a brincar com os bichinhos de plástico, e ao conversarmos sobre eles, contou-me que tinha muito medo de cachorros. Receava a violência deles, e sempre ficava longe quando avistava algum. Iniciou uma brincadeira em que os bichos se movimentavam, mas logo acrescentou: “Finge que era tudo estátua...”. Em seguida pegou os bonecos que formavam uma família, e me mostrando o bebê, perguntou: “Ele também faz parte da família?”. A seguir completou: “Esse nenê não existia. Daí se passaram vários anos, e ele cresceu. Era uma bonequinha...” O material clínico descrito acima mostrava de forma clara a existência de uma organização de tipo Falso Self. Marina procurava no ambiente uma referência

para aquilo que ela imaginava que deveria ser, muito bem exemplificada pela insistência em perguntar o que ela deveria fazer. Sua preocupação em fazer “coisas bonitas e perfeitas”, mas sem conteúdo, fazia parte desse quadro. A agressividade e impulsividade, projetadas nos cachorros e nos bichos, eram temidas e bloqueadas. Como garantia de proteção, Marina tinha “transformado em estátua” uma parte vital de si mesma. Podemos supor que este tipo de organização psíquica foi profundamente influenciado pelos primórdios de sua vida e pelas condições que estavam relacionadas a todo o processo de adoção. A pergunta dramática: “Este nenê também faz parte da família?” mostrava seus temores quanto à sua inclusão consistente e incondicional no seio familiar. Afinal, quando bebê, ela não foi criada por sua família biológica, e parecia que só poderia ser acolhida pela família adotiva sob certas condições. Desta forma, ela não podia existir de fato como pessoa autônoma, apenas como um brinquedo bonito, mas estático, uma “bonequinha”. Ao mesmo tempo, Marina tentava negar a sua história, vivência, dor e estranheza que a acompanharam nos primeiros tempos de vida, fingindo que o bebê que tinha sido “nunca havia existido”. Os desenhos e histórias que Marina fez a meu pedido também eram bastante sugestivos. Ao fazer o desenho livre mostrado na figura 1, Marina disse: “Ih, meuDeus... Já sei...É meio demorado este desenho... É a única coisa de decente que sei desenhar... Tá feio...”



Figura 1- Desenho livre

Quando lhe perguntei o que tinha desenhado, Marina me explicou que ele não significava nada. Era um desenho que costumava fazer porque era bonito. Pedi-lhe que me contasse uma história sobre o desenho, e ela então disse que “Era um quadro num museu. Estava pregado na parede. Aí vieram uns meninos jogando bola e quebraram o vidro da janela e o quadro rasgou. Aí o pintor desenhou o quadro de novo, o quadro rasgou, e o pintor fez outro...” O desenho de Marina parecia um auto-retrato: bonito, colorido, mas sem um significado mais profundo. A preocupação maior era estética. Fazia assim “por que era bonito”. De fato, Marina se utilizava de várias cores vibrantes, o que mostrava sua potencialidade viva, mas só podia aproveitar parte de si mesma, assim como o desenho ocupava apenas uma porção reduzida da folha. Representava um quadro estático, “peça de museu” pregada na parede, para todos admirarem. A sua história fazia menção a um movimento impulsivo, que era considerado danificador, pois “quebrava o vidro e rasgava o quadro”. Penso que Marina se referia às forças instintivas que havia dentro dela e que insistiam em procurar se manifestar, apesar do esforço constante de manter o estado defensivo (o pintor do quadro sempre desenhava novamente o mesmo quadro, que mais uma vez se quebrava, e assim por diante). Seu desenho me sugeria um quebra-cabeças, com as diversas pequenas partes encaixadas. Eu pensava que tínhamos um desafio pela frente: entrelaçar as diversas partes de si mesma de modo que resultasse um conjunto vivo e profundo, que lhe permitisse aproveitar de modo mais pleno seu potencial criativo. Na figura 2, que mostra o desenho de uma figura humana, podemos ver que a pessoa desenhada tem o topo da cabeça cortado, incompleto, e as pernas tortas. A história desse desenho era: “uma menina chamada Carolina. Ela era a mãe de um dos meninos que quebraram o quadro do museu. Ela deu uma bronca bem brava no filho dela, e deu quatro castigos porque ele quebrou o quadro”. O título da história era “A mãe brava”.



Figura 2- desenho da pessoa humana

Marina expressava desta forma a parte de si mesma que exercia um rígido controle sobre a sua parte espontânea e impulsiva, identificada com uma mãe severa e repressora. O quadro estático, a menina afável e que não dava trabalho, não poderia ser quebrado, pois enfureceria sua família e a colocaria em situação de extrema insegurança. O preço a pagar por isso era “a cabeça cortada”, sua impossibilidade de poder pensar e funcionar de modo mais pleno. Esse arranjo psíquico resultava na dificuldade escolar, pois não podia contar consigo de forma inteira. Disso resultava uma auto-imagem e auto-estima danificadas e por isso Marina sempre achava que tudo que fazia “era feio”. A prisão de ventre também parecia se referir ao extremo controle do que poderia sair de dentro dela, “coisas feias, agressivas, mal- cheirosas”... O desenho da família, na figura 3, mostrava novamente uma menina com a cabeça cortada, e uma família que não tinha corpo, apenas cabeça. A história do desenho era: “Uma família. Os pais nunca tinham brigado com a filha. Aí um dia ela caiu na piscina. Ela tinha tropeçado. Ficou doente. Os pais dela ficaram muito bravos com ela, porque pensavam que ela tinha mergulhado. E ela não podia mergulhar na piscina porque estava com catapora. Quando ela melhorou, perguntou para o pai se ela podia entrar na piscina, e ele disse que não”. Título: “A filha doente”.



Figura 3- Desenho da família

Nesta história Marina mostrava de modo claro que sentia uma impossibilidade por parte de seus pais de permitir com que pudesse mergulhar mais profundamente na sua especificidade. Sentia-se como uma menina com uma eterna doença, a da menina adotiva, que estava relegada a viver superficialmente para preservar a harmonia e o seu lugar dentro da família. A família sem corpo era a representação desse viver que só podia acontecer pela metade... 5) Marina em busca de si mesma... O trabalho psicoterápico com Marina foi intenso, envolvente, e durou anos. Foi necessário um bom tempo até que ela sentisse confiança para sair de seu estado “gentil e superficial”. Apenas quando sentiu mais confiança na nossa relação Marina começou a fazer experimentações na psicoterapia que incluíam poder ser mais agressiva, espontânea e não ir ao encontro do que achava que eram as minhas expectativas. Fui acompanhando-a com paciência, procurando respeitar o seu ritmo próprio, mas ao mesmo tempo procurei dar-lhe um modelo vivo de analista, não me engessando com um estilo por demais interpretativo. Como ressalta Winnicott (1955-6), no trabalho com pacientes que apresentam uma personalidade do tipo Falso Self, o setting se torna mais importante que a interpretação. O analista procura fornecer um cuidado suficientemente bom, que permite que o Self Verdadeiro possa ser capaz de se arriscar e se expressar. Nas sessões, por meio de jogos com bola, brincadeiras com uma massa “que melecava tudo”, jogos de cartas disputados, e tantos outros recursos, foram-se abrindo portas para uma menina mais ativa e agressiva. A sobrevivência da nossa relação era fundamental para que isso ocorresse. Foram necessárias várias entrevistas com os pais para que pudessem aceitar as mudanças que vinham ocorrendo na filha. Não lhes era fácil lidar com uma menina mais rebelde e dona de si mesma. Houve momentos bastante regressivos, nos quais ela me lembrava um bebê à procura de uma mãe na barriga da qual pudesse novamente se aninhar e crescer, como quando entrelaçava nossos nomes no papel, Marina e Gina, nas partes que coincidiam, uma dentro da outra. Durante um destes períodos regressivos, Marina chegava às suas sessões com horas de antecedência, e permanecia na sala de espera. Era como se quisesse experimentar estar comigo por muito mais tempo, fazer parte de minha vida, saber o que eu fazia quando eu não estava normalmente com ela. Vivemos também momentos muito difíceis, nos quais a angústia de separação tomava conta do cenário, especialmente quando estávamos próximas de férias ou feriados. Para Winnicott, o paciente começa a recordar os fracassos originais do ambiente, e para isso utiliza os fracassos e falhas do analista. Creio que os meus fracassos, do ponto de vista da paciente, eram representados pelos momentos em que estávamos separadas e ela sofria intensos temores de que nos perderíamos, reeditando a separação ocorrida em relação à mãe biológica. Marina reagia com defesas maníacas e dizia que queria interromper a análise. Felizmente pudemos ultrapassar de modo satisfatório esses momentos de tormenta, turbulentos mas necessários. A nossa “adoção terapêutica” não dependia de que ela fosse “boazinha”, e o fantasma do abandono pôde transitar entre nós sem destruir nossa relação. 6) A curiosidade reprimida Desde o início Marina respondeu às minhas indagações sobre a sua origem dizendo que não tinha interesse em saber a sua história. Nunca falava com os pais sobre o assunto, e só se referia explicitamente à adoção comigo quando eu tomava a iniciativa. Na transferência, no entanto, este tema era freqüente entre nós. Chamava-me a atenção a distância com que mantinha o desejo de investigação dentro dela. Parecia que fazia parte daquele pedaço de cabeça cortado representado nas figuras 2 e 3, descritas anteriormente. Com o tempo, pudemos conversar mais a este respeito. Certa vez, me propôs um jogo que tinha se tornado freqüente no qual procurava me deixar curiosa. Eu lhe disse que queria que eu soubesse o que era sentir curiosidade, que eu a compreendesse em relação às coisas que ela também queria saber. Perguntei-lhe: “o que te dá curiosidade?” Ela respondeu, titubeando: “Não sei...”. Continuei: “diga a primeira coisa que te vem à cabeça...”. Marina então disse: “por exemplo quem são meus pais verdadeiros...”. Passamos a conversar mais abertamente sobre esse assunto. Marina se deu conta de que tinha muito medo de que os pais adotivos ficassem bravos se lhes perguntasse algo sobre a adoção. Chamou-me a atenção a expressão por ela utilizada: “pais verdadeiros”. Isso mostrava que no fundo sentia que sua filiação adotiva não era inteiramente legítima. Havia um laço de sangue que parecia ter mais importância do que ela normalmente procurava demonstrar. Após um período em que conversamos muito a este respeito, Marina chegou em uma sessão com um walkman nos ouvidos. Tirou-o e me disse, animada: “tenho uma novidade para te contar! Falei com a minha mãe sobre eu ser adotiva!”. Ela

parecia muito contente por ter conseguido finalmente falar com a mãe sobre isso. Perguntei-lhe como foi, e ela contou: “Desliguei o rádio do carro, e disse para a minha mãe: quero conversar com você. Já que nenhuma de nós têm coragem de falar sobre isso, então eu vou falar: quero que você me conte tudo o que você sabe sobre mim. Aí a minha mãe falou.” Procurando encerrar esse assunto comigo, Marina me propôs então um jogo. Perguntei-lhe, curiosa com o desfecho da situação: “Mas o que sua mãe te falou?”. Ela contou laconicamente que a mãe lhe disse que não sabia nada sobre sua origem, e que quem poderia lhe dar informações era uma conhecida distante da família. Acrescentou: “é, como você disse, nós fazíamos de conta que eu não era adotiva...”. Perguntei-lhe o que iria fazer com estas informações, e ela respondeu que não tinha vontade de procurar a pessoa que poderia lhe contar algo sobre sua história. A seguir Marina colocou o walkman nos ouvidos, e me ofereceu um dos fones para que eu também ouvisse a música que estava tocando. Propunha que encerrássemos a conversa, e voltássemos a nossa atenção para o jogo e a melodia alienante que era irradiada pelo aparelho sonoro. Pude perceber o movimento que a paciente procurava fazer, ao se arriscar na pesquisa sobre sua origem com a mãe adotiva. Esta última, no entanto, fechou as portas com a sua resposta evasiva. Eu sabia, a partir das entrevistas realizadas anteriormente com os pais, que a mãe tinha algumas informações sobre a genitora de Marina, e sonogou-as à filha. Provavelmente sentiu-se muito angustiada com a curiosidade e a coragem de Marina, que trouxeram à baila fantasias de separação e ameaças de continuidade do vínculo. Além disso, o tema da esterilidade também se fazia presente. A mãe adotiva gostaria de continuar fazendo de conta de que entre ela e a filha não tinha havido um processo de adoção. A semelhança física entre as duas, requisito essencial para que Marina fosse adotada, contribuía para a negação deste fato. Por outro lado, os canais não estavam totalmente fechados. Ela conseguiu sinalizar uma forma para que Marina fizesse sua investigação. Penso que neste momento esse era o passo máximo que podia ser dado pela paciente. Talvez ela tenha sentido também a resistência da mãe e a sua expectativa de que continuasse sendo a “boa filha” e se calasse sobre esse assunto. Havia uma música “muito chata”, a da descontinuidade biológica e do mistério da origem, com todos os seus fantasmas, que a paciente gostaria de silenciar, e que ao mesmo tempo permanecia como um desafio a ser superado. Fazia parte da busca do Verdadeiro Self o enfrentamento da verdade sobre sua origem, a busca das raízes de sua identidade. Marina já estava caminhando para isso, mas não era um processo fácil, pois também trazia mudanças na sua relação com os pais adotivos. 7) O Falso Self e o “bom adotado”. O estabelecimento de um equilíbrio psíquico com uma organização defensiva maciça do tipo Falso Self depende de uma série de fatores, como foi mostrado anteriormente neste trabalho. A adoção não produz necessariamente este tipo de casos, e nem está inevitavelmente ligada à patologia. Por outro lado há características intrínsecas à dinâmica da família adotiva e às condições de separação da criança em relação aos genitores que funcionam como um fator de risco para que este quadro se estabeleça. Conhecer estas condições permite com que se possa ajudar a todos os que estão envolvidos neste processo a se desenvolver de forma mais equilibrada. O trabalho psicoterápico e principalmente preventivo com as famílias adotivas tem se mostrado extremamente importante no sentido de estabelecer condições para que a criança adotiva não precise soterrar uma parte vital de si mesma. A adoção pode então ocorrer sem que a criança tenha que desempenhar o triste papel do “bom adotado”. Afinal, a verdadeira filiação é incondicional, e se torna mais forte quando sobrevive à força das turbulências e à diversidade de movimentos que caracterizam o ser humano...

Síntese

Adoção e falso self: o dilema do “bom adotado” Partindo da descrição de falso self de Winnicott, este trabalho examina a configuração afetiva encontrada frequentemente em filhos adotivos, na qual predomina uma necessidade extrema de procurar corresponder ao que parece que os outros esperam deles. Como resultado, estabelece-se um quadro de superficialidade e vazio na personalidade do adotado, com prejuízo de seu sentimento de consistência, autenticidade e vitalidade. A criança e seus pais adotivos necessitam de um esforço de adaptação inicial maior, o que pode estar na gênese do estabelecimento do falso self na criança. As angústias dos pais adotivos, tais como a fantasia do “mau sangue”, a má elaboração da esterilidade do casal, ou a negação das peculiaridades da situação de adoção também contribuem para que esta organização psíqui-

ca defensiva se instale. Da mesma maneira, a criança adotiva vive em fantasia um dilema: ser “um bom adotado”, ou correr o risco de ser abandonada novamente. Estas questões são discutidas a partir do caso clínico de uma menina adotiva que inicialmente se apresentava como uma pessoa “oca”, com um bloqueio considerável de sua parte mais instintiva. Ao longo do processo analítico foram ocorrendo mudanças clínicas significativas, que incluíam também um acesso maior à sua curiosidade e capacidade de investigação sobre a adoção.

Referências Bibliográficas

- Deutsch, H. – Algunas formas de transtorno emocional y su relación con la esquizofrenia – Revista de Psicoanálisis, vol. 25, p.413-431, 1942.
- Diniz, J. S. -Este meu filho que eu não tive. Porto, Ed. Afrontamento, 1993. Freud, S - (1916-1917) Conferências introdutórias sobre Psicanálise. In: Obras Completas. v. 16. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1980.
- Joseph, B. – (1975) O paciente de difícil acesso In: Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e técnica, v.2 artigos predominantemente técnicos. Rio de Janeiro, Imago 1990.
- Levinzon, G. K.- A criança adotiva na clínica psicanalítica. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997. _____ -A criança adotiva na psicoterapia psicanalítica. São Paulo, ed. Escuta, 1999. _____ - Adoção. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.
- Lifton, B.J. – Journey of the adopted self: A quest for wholeness. New York, Basic Books, 1994.
- Winnicott, D.W. - (1955-6) Variedades clínicas da transferência. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves ed., 1988.
- _____-(1956) Preocupação materna primária. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves ed., 1988. _____ - (1957) A criança e seu mundo. Rio de Janeiro, Zahar ed., 1985. _____ - (1960a) Distorção do ego em termos do falso e verdadeiro self. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas ed., 1983. _____ - (1960b) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artes Médicas ed., 1983. _____ - (1971b) O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago ed., 1975. _____ - (1963) O Medo do colapso (breakdown) . In Winnicott, C. e col-Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott. Trad. José Octávio A. Abreu. Porto Alegre, Artes Médicas Sul Ed., 1994. p. 70-76.

Instituição

Professora do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do Instituto de Psicologia da USP.

Síntese Curricular

Gina Khafif Levinzon é Psicanalista; Doutora em Psicologia Clínica-USP; Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo; Professora do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica da USP. Autora dos livros: "A criança adotiva na psicoterapia psicanalítica" e "Adoção". Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Adoção na SBPSP.
E- mail: ginalevinzon@gmail.com

Ludodiagnóstico e Violência Doméstica

Ernesto René Sang

Ludodiagnóstico e abuso sexual: Bruna, 8 anos

Resumo

O brincar parece ser a atividade mais prazerosa que podemos propor a uma criança que não nos conhece. Conseguir um bom contato com a criança é o objetivo fundamental nessas primeiras entrevistas. Devemos lembrar que para os nossos pequenos pacientes, ser escutado num ambiente seguro e com respeito é, em si, muito terapêutico. O ludodiagnóstico como um primeiro contexto de aproximação à criança pode nos revelar através da expressividade do brincar seu mundo mental, permeado pelas relações vividas em seu ambiente familiar os quais modelam seus vínculos de apego e sentimento de segurança. Porém, quando o mau-trato e o abuso sexual da criança acontece dentro da família é sinal de que está doente e precisa ser cuidada. O ludodiagnóstico de uma criança que sofreu abuso sexual nos confronta com o dilema de distinguir, na criança abusada, entre a vítima e a cúmplice passiva; já que a criança abusada cinde a experiência entre o que sabe - que participou das atividades sexuais e, o que não sabe - que não entendeu a resposta sexual do adulto à sua necessidade de carinho. Porém, na ilustração clínica, o que aparece na expressão da criança como 'ter-se deixado namorar pelo tio' supõe um conhecimento desapaixonado que pode conter o assassinato do sentimento de amor e da relação de cuidado da criança. Prevalecendo sua relação de apego com seu cuidador negligente e rejeitador.

Palavras-chave

Ludodiagnóstico, abuso sexual de criança, trauma, transferência infantil.

Artigo

Ludodiagnóstico e violência doméstica - Congresso EPPA 2009 Ludodiagnóstico e abuso sexual: Bruna, 8 anos. Ernesto René Sang Psicanalista - Membro Efetivo da SBPSP Doutor em Psicologia pelo IPUSP O brincar parece ser a atividade mais prazerosa que podemos propor a uma criança que não nos conhece. Conseguir um bom contato com a criança é o objetivo fundamental nessas primeiras entrevistas. Devemos lembrar que para os nossos pequenos pacientes, ser escutado num ambiente seguro e com respeito é, em si, muito terapêutico. Como o tema da mesa é o ludodiagnóstico da criança que sofreu de maus-tratos e/ou abuso sexual, temos que pensar que a situação de hora de jogo nesta condição específica configura, de maneira especial, o contato da criança com o profissional. Dá oportunidade para que se atualizem os conflitos inconscientes resultantes da confusão de línguas entre adulto e criança conforme Ferenczi (1932) teorizou. Isto é, quando a criança movida pelo desejo de obter o amor do adulto, utilizando a linguagem da ternura, é levada a atuar a paixão sexualizada do adulto que, desta maneira, perverte a necessidade afetiva da criança. Sendo assim, é importante considerar que a transferência da criança será afetada na situação de ludodiagnóstico. Isto contribui para dificultar sua sistematização como método. Avaliar uma criança que se suspeita tenha sofrido ou que esteja sofrendo de uma situação de maus-tratos e/ou de abuso sexual, é uma tarefa que demanda do avaliador conhecimento e preparação específicos, não apenas de desenvolvimento infantil, mas também, de tudo que se relacione ao desvelamento de situações de violência em relação a crianças. Para uma criança desvelar uma situação de abuso ou maus-tratos, em especial, quando esses se dão no âmbito familiar, é algo sumamente perturbador e requer do avaliador uma boa dose de empatia e controle da situação. Difícil é criar uma situação na qual a criança se sinta contida e, ao mesmo tempo, se possa indagar com ela questões que sabemos ser delicadas e muito conflitivas. Por isso é importante lembrar que talvez seja necessário que se possa estar algumas vezes com a criança em situação lúdica. Sabemos que o trauma psíquico perturba a capacidade simbólica da criança, observamos isso nos jogos descontinuados, nos desenhos re-feitos que a criança modela na situação lúdica, mas, sobretudo, na observação sutil que a criança desenvolve sobre as

atitudes e condutas do profissional que está com ela. O brincar deixa de ser uma atividade em que os objetos utilizados representam objetos do mundo interno com toda a gama de afetos envolvidos e, por isso, propiciam o prazer do brincar e a elaboração da fantasia inconsciente. Em seu lugar, os objetos são equacionados com o próprio objeto interno, conforme Hanna Segal (1957/1982) mostrou como equivalência simbólica, distinta da representação simbólica, de maneira que o brincar passa a ser apenas uma descarga de ansiedade sem significação simbólica. Por outro lado, o impacto emocional que provocam tais relatos deve ser manejado com equilíbrio pelo avaliador de maneira a não obstaculizar ou viesar o processo de diagnóstico. Ter contato com a realidade psíquica da criança que sofreu de abuso e violência de adultos pode despertar emoções contraditórias que não operam pela lógica linear da vítima ou do transgressor, mas que nos confronta com o dano psíquico que maus-tratos e/ou abuso sexual produz em toda criança. A família é a célula do tecido social e é através de suas funções estruturantes que nos humanizamos e conseguimos construir relações sociais em que o respeito pelo outro e a noção de limites são construídas. No entanto, temos que lidar com a situação em que a família não cumpre essa função e ao contrário, é cenário de violência por maus-tratos e/ou abuso sexual de criança. Do ponto de vista da criança, o que acontece quando aquele adulto, longe de apoiá-la, a ataca, violando seus limites pessoais? Viver com uma família abusiva é como habitar uma jaula eletrificada, sempre em perigo de ser ferido abrupta e continuamente. No entanto, devemos lembrar que vínculos de apego estão em jogo e, portanto, sentimentos de segurança e confiança, mesmo assim, foram construídos com esses cuidadores que se tornam figuras de apego. Uma vida indefesa cronicamente, no geral, conduz a um empobrecimento geral, já que é no amor incondicional do outro que a criança pode reconhecer-se digno de ser amado e crescer. Por outro lado, como resultado do abuso/maus-tratos estas crianças têm uma convicção íntima de serem irremediavelmente más, tolos ou indignos de serem amados e cuidados pelos pais. Isto constitui a pior distorção cognitiva a que recorre a criança para dar certa coerência a esse mundo caótico onde quem deveria querê-la e protegê-la a maltrata; assim como a interiorização do sentimento de serem más por ter infringido as regras da relação criança-adulto, constitui uma auto-imagem negativa nessas crianças. Tudo isto é reforçado pela forte negação dos fatos abusivos por parte do ofensor acrescido do descrédito geral dos adultos cuidadores de que tais fatos de violência tenham acontecido. À criança não resta outra opção a não ser a de acreditar que é responsável absoluto pelo abuso/maus-tratos. O mundo dos adultos se torna para essas crianças uma fonte contínua de desconfiança e temor. Daí a relutância ao contato e, às vezes reações agressivas com quem delas se aproxima para ajudá-las. Suas demandas por carinho nem sempre são compreendidas, o que acrescenta o sentimento de serem rejeitadas pelos outros. Não é estranho que suas relações com seus colegas sejam seriamente afetadas, tanto pelo retraimento afetivo como por comportamentos agressivos. Comportamentos imaturos, dificuldades de adaptação social, fracasso escolar, são queixas freqüentes de quem se ocupa com estas crianças. Freud (1920) descobriu com a brincadeira do Fort-dá do carretel, que se uma criança brinca é porque precisa elaborar a dor insuportável da dependência e da perda através do domínio por símbolos, jogos e palavras. A dependência que a criança tem da presença e cuidados do adulto é a condição que a vulnerabiliza e a coloca sob risco de traumas. As atividades lúdicas da criança, seus desenhos e devaneios passam a ser tomados como a expressão natural da vida emocional da criança através dessa linguagem não-verbal. Equivalente à associação livre de idéias do paciente adulto. Este foi um passo inicial para encorajar os psicanalistas a aproximar-se da vida mental de crianças, considerando que a criança tem um modo próprio de constituir e organizar suas experiências emocionais que não se limitam à intermediação do adulto. Melanie Klein observou que as crianças também sofriam de ansiedade desde o início da vida como uma forma de sofrimento psíquico. Ela passou a observar como a ansiedade interferia nas atividades mais corriqueiras da criança. Seu toque de mestre em relação ao contato com a criança foi oferecer-lhe objetos, brinquedos, para representar sua vivência emocional. Criando assim a técnica do brincar na psicanálise de crianças (Klein, 1955) como uma forma de ajudar essas crianças a elaborar seus conflitos emocionais e favorecer seu desenvolvimento psíquico. Aberastury (1962), aplicando a técnica do brincar concluiu que, já desde a primeira sessão a criança é capaz de expressar a consciência que tem do seu sofrimento, ao que ela chama de 'fantasia de doença', assim como o que deve acontecer para que esse sofrimento cesse como 'fantasia de cura'. No entanto, ela explica que o

surgimento precoce na primeira sessão da criança dessas fantasias é devido à pressão do temor de que se repita a conduta negativa dos objetos originários que causaram a doença ou o conflito. Ao mesmo tempo em que, junto com o temor, a criança evidencia o desejo de que o terapeuta não seja como eles e assuma um novo papel que lhe proporcione o que precisa para melhorar. Isto é, Aberastury nos assinala que nessa primeira sessão, a relação da criança está impregnada tanto por uma transferência positiva quanto negativa em relação ao terapeuta. Ilustração clínica A seguir vou apresentar, de maneira resumida, o relato da primeira hora de jogo diagnóstica e a quarta entrevista diagnóstica realizada com Bruna, 8 anos de idade realizada por dois estagiários do 4º ano de Psicologia no Centro de Psicologia Aplicada da UNIP. O objetivo desta ilustração é explicitar como quando a criança está disponível para o atendimento psicológico em um Centro de estágio, a expressividade da sua produção nos dá acesso ao seu mundo psíquico; ainda mais quando pôde contar com a sensibilidade e empatia dos estagiários (uma das estagiárias interagiu diretamente com a criança enquanto eram observados por um outro estagiário que apenas anotava a entrevista). Márcia (mãe adotiva) chegou ao Centro de Psicologia Aplicada da UNIP, por iniciativa própria, após ler a placa de identificação da instituição. Márcia está preocupada com Bruna (8 anos e seis meses). Bruna está tendo dificuldades na escola, tanto em Língua Portuguesa como em Matemática, seu comportamento é disperso, tem conduta inapropriada para uma menina de sua idade, seus assuntos tem uma ênfase exageradamente erotizada. Márcia relaciona isso ao fato de Bruna ter sofrido abuso sexual por parte de seu tio paterno. Segundo Márcia, a menina fora abandonada pela mãe aos dois anos de idade, quando a adotou, levando-a para morar em sua casa. Dos dois aos seis anos de idade, Bruna visitava os pais biológicos nos finais de semana. Quando a menina completou seis anos de idade, a avó paterna pediu que Bruna viesse morar em sua casa, onde residia com o filho mais novo. Márcia acatou o pedido pensando ser o melhor para a menina, uma vez que entendia ser saudável a convivência de B. com a família biológica. Nessa época, o pai de B. já se encontrava preso por ter assaltado uma residência à mão armada, condenado a cumprir vinte e três anos de reclusão. A mãe biológica de B., segundo Márcia, consome drogas e álcool com frequência. Quando B. nasceu, sua mãe estava com 13 anos de idade e, segundo a mãe adotiva (que era sua amiga), já usava drogas. Depois de ter passado a guarda de B., a mãe biológica já teve mais três filhos: duas meninas e um menino, sendo que as duas meninas hoje residem em outros lares, pois, segundo Márcia, uma delas foi 'doada' pela mãe à uma amiga e a outra foi retirada de sua guarda pelo Conselho Tutelar. O menino ainda reside com a mãe biológica (está com 01 ano de idade). Enquanto morou com a avó, B. teria sofrido abuso sexual freqüente por parte de seu tio. Esta situação só veio à luz quando a polícia foi acionada pela mãe de um menino do bairro que confessou à mãe ter sofrido abusos do mesmo rapaz. A partir disso, o Conselho Tutelar retirou B. da casa de sua avó, encaminhando-a para os cuidados de Márcia, novamente. Tais fatos ocorreram durante um período de doze meses. 1º Atendimento com a criança: Hora de Jogo Diagnóstica. Bruna, ao entrar na sala de atendimento, sentou-se no colchonete que fora colocado junto à parede, tirou da cabeça sua tiara colorida, colocando-a ao lado, sorrindo, amavelmente. Bruna parecia tranqüila, sem sinais de ansiedade nesse primeiro momento. Logo após acomodar-se, a estagiária perguntou se B. sabia o porquê de ela estar naquele local. Ela respondeu que sim, que sua tia tinha dado explicações, inclusive sobre o motivo de sua vinda. A estagiária se apresentou como uma pessoa que quer compreender melhor algumas questões dela para poder ajudá-la. Bruna sorriu, balançou a cabeça afirmativamente, lançando olhares para os brinquedos que estavam à sua frente. A estagiária continuou explicando que ela poderia desenvolver qualquer brincadeira que desejasse, utilizando-se, para isso, dos materiais disponíveis. Disse ainda, que aquela brincadeira seria observada com o propósito de conhecê-la melhor, de buscar compreender suas dificuldades para poder ajudá-la posteriormente. A menina, sem perguntar nada, observava os brinquedos, sem, contudo, escolher nenhum deles. Também não buscou saber o que mais havia dentro da caixa. Parecia aguardar alguma indicação da estagiária. Ficou sentada, apenas olhando. Depois de alguns instantes, a estagiária comentou, novamente, que poderia escolher qualquer brinquedo. B. começou escolhendo alguns objetos, miniaturas de móveis. Vagarosamente montou um pequeno ambiente: a cama, o criado-mudo, uma poltrona e um botijão de gás que foi colocado ao lado da cama. Rapidamente, abandonou aquela brincadeira. Pegou uma boneca pequena com capuz e disse que achava ela bonita. Daí escolheu outros dois bonecos, colocando o menor no colo do maior. Tentou posicionar outro

boneco no banco, mas, como não conseguiu, ficou impaciente, desistindo também de brincar com estes objetos. Em seguida, a menina pegou cuidadosamente uma caixa de tinta guache, apenas passava os dedos pelos potes. A estagiária disse que se ela assim o desejasse, poderia pintar. B. então, pintou um sol, centralizado no alto da folha. Tratava-se de uma bola amarela, sem raios. Em seguida, pintou uma nuvem à esquerda da bola amarela. Faz uma careta, suspira alto e desiste daquela folha, dizendo que errou, pedindo permissão para a estagiária para reiniciar aquela atividade, desta vez com outra folha. Após o consentimento da estagiária, a menina amassou a folha, pegou uma nova, reiniciando a pintura, com o mesmo tema e a mesma posição na folha. Entretanto, desta vez começou pintando uma nuvem azul à esquerda, para depois fazer o sol (desta vez com raios) e, depois, outra nuvem, à direita deste. Faz uma árvore com a cor verde no centro da folha. (Não separa tronco de copa, tampouco faz raízes). Com o vermelho, fez dois frutos maiores na parte central da copa da árvore, parecendo dois grandes olhos, e uma menor na parte esquerda superior desta copa. Com a tinta azul passou a desenhar duas faixas relativamente grossas na parte inferior da folha, nas laterais da árvore, cuja base fica mantida abaixo destas faixas. Em alguns momentos não conseguiu conter o pincel enquanto desenhava tais faixas borrando o colchonete. Com a mesma tinta passa a pintar pequenas faixas abertas no meio, abaixo das nuvens e do sol, nomeando-as “gotas de chuva”, no final da atividade. Limpa o pincel, escolhe novamente a tinta vermelha e, à direita da copa da árvore, na parte inferior da folha, tenta desenhar um coração. Preenche a forma, que deixa de se parecer com um coração, para tomar uma forma mais arredondada. Neste momento B. parece mais tensa. Molha novamente o pincel na tinta vermelha e faz outra bola grande, desta vez do lado esquerdo da copa da árvore, um pouco mais acima. Pegou o pote de tinta preta e, no centro da folha desenhou seu apelido, num tom desbotado. Entregou a folha para a estagiária e ficou em silêncio. A estagiária perguntou se ela havia terminado e B. diz que sim. A estagiária olha atentamente a folha que lhe foi entregue e pede à B. que explique o desenho. A criança diz que no centro, na parte superior da folha, estava o sol. Ao seu lado estavam duas nuvens e abaixo dos três eram gotas de chuva. Fala que no centro inferior ela desenhou a árvore e que as faixas laterais eram água do mar. Sem compreender as bolas vermelhas ao lado da árvore, a estagiária pergunta do que se tratava e B. responde que eram duas bolas de fogo. 1º desenho – pintura à guache Em alguns momentos durante esta atividade de pintura B. parou por instantes para olhar na direção dos dois estagiários. (Deve-se salientar que durante esses atendimentos havia um outro estagiário na sala, que anotava sem intervir). B. buscava ambos estagiários com o olhar, movimentando a cabeça nas duas direções. Em seguida, perguntou à estagiária se ela queria brincar com o jogo de ‘damas’. A estagiária se coloca à disposição para a brincadeira. Durante esta atividade B. parece mais solta, alegre. Dá várias risadas e ensina as regras à estagiária. B. muda algumas regras conforme seu interesse e ri quando a estagiária aponta que aquela jogada não havia sido explicada anteriormente. A criança diz que aprendeu a jogar damas com a mãe, que tinha um tabuleiro em sua casa. Contou que jogavam juntas. O jogo terminou com uma suposta vitória de B. que fez jogadas fora das regras combinadas. A estagiária comentou com ela o fato, tendo como resposta apenas outra risada. Animada, B. rapidamente pede para que a estagiária jogue outro jogo de tabuleiro. A menina para por instantes para pensar e diz conhecer o jogo. Passa a criar uma regra claramente adaptada, visando facilitar sua vitória, como fez com o anterior. Termina rapidamente aquela partida, dando-se por vitoriosa. Pede, então, para que ambas joguem dominó. Parece dominar melhor as regras daquele jogo, entretanto, tenta burlar uma ou outra regra na intenção de levar alguma vantagem. Novamente a estagiária comenta que ela precisa respeitar as regras, mas B. não lhe dá ouvidos. Novamente ela ganha a partida, ficando muito contente com isso. Dentro de poucos instantes a estagiária avisa B. que estava chegando ao final daquela sessão e que deveriam, em poucos instantes, parar com as brincadeiras, guardando os objetos. B. reclamou chorosa, dizendo querer ficar mais. A estagiária explicou que tinha outras atividades a realizar e que sua tia a aguardava na recepção, precisando seguir ao trabalho, ao que B. responde, desdenhosa, que Márcia poderia se atrasar, uma vez que a sua patroa não era brava e ainda dormia muito. “Ela que espere...” disse. Novamente finaliza a frase rindo. A estagiária combinou, então, mais cinco minutos de brincadeiras. B. escolhe massas de modelar e passa a modelar um objeto, com certa facilidade. Quando terminou, disse que era uma ‘coxinha’. Daí modelou, usando massinha verde, uma cobrinha pequena, enrolando-a parcialmente. Segurando a cobrinha parcialmente enrolada, na posição verti-

cal, afirma, com rosto maroto, não saber o nome daquele objeto. Olhou para o estagiário, desta vez com um olhar acanhado e algo provocativo enquanto este se manteve silencioso. A estagiária pergunta se aquele objeto seria a representação de um caracol, ao que ela confirmou com outro sorriso. Em seguida, M. pega, rapidamente, outra folha de papel, alguns lápis de cor e passa a fazer outro desenho, com a mesma temática anterior. Novamente inicia a atividade desenhando um sol amarelo, com raios e duas nuvens azuis nas laterais. Continua com o lápis azul em suas mãos e decide fazer a base do desenho. Faz o tronco da árvore, que não toca na linha azul de base, embora esteja próximo a ela, ficando como que flutuando na folha. Com o lápis verde desenha a copa. Com o vermelho, desenha algumas frutas no meio da copa da árvore. Usando lápis azul faz um grande coração acima da árvore. Depois com lápis preto, rabisca “V” na folha toda, inclusive em cima e no meio da árvore e do coração. Escreve seu apelido dentro do coração, a série em que está estudando na escola, a sala e o período através das letras ‘A’ ‘P’ ‘I’ e ‘C’. Neste momento, parou de desenhar e olhou para a estagiária quem comentou achar bonito o nome Bruna. Em seguida a este comentário, risca seu nome com muita força, usando, para isso, um lápis cor-de-rosa choque, cobrindo totalmente o que estava escrito, tornando o próprio nome quase que ilegível. Faz um pequeno coração dentro do coração maior, com lápis preto, dois pequenos traços nas laterais da árvore e entrega o desenho. Quando questionada pela estagiária sobre aquele último desenho, explica que aqueles “V”s da folha eram pássaros e que o azul da base era água. Explicou, ainda, que o numeral (3ª) tratava-se da série que estava cursando na escola e as letras APIC, o período da manhã. 2º Desenho A estagiária anuncia o final da atividade e pede que guarde o material na caixa. B. reclamando, passa a juntar os brinquedos e, ajudada pela estagiária, consegue acomodar todos os objetos na caixa lúdica. Passa a observar os nomes escritos na tampa da caixa (lista com seu conteúdo) e diz não saber ler aquilo. A estagiária explica tratar-se de uma lista com o nome dos objetos que ela encontrou na caixa. B. comenta ter gostado muito da atividade, lamentando a falta de tempo, pois ainda queria brincar do ‘jogo de mico’. Sorridente, levanta-se do chão e segue para a porta. Quando próxima do estagiário, fica indecisa sobre que atitude tomar, apenas dando “tchau”, sem tocá-lo, saindo em seguida da sala, junto à estagiária, em direção à recepção. B., após descer as escadas, aproximou-se da mãe adotiva, abraçando-a. Márcia reclamou, dizendo que o tempo parecia não passar naquela recepção. Comentários De fato, Bruna entra na sala de atendimento relativamente tranqüila, porém, cautelosa. Diz saber o motivo pelo qual está na clínica, sua ‘tia’ (mãe adotiva) já lhe explicou. Este seria um momento adequado para saber que versão a própria menina teria para sua vinda ao atendimento. Mas, possivelmente, a estagiária não estava instruída a questionar isso e sim a convidar a criança a brincar. No entanto, esta atitude da estagiária pode ter sido a fonte para a cautela que a criança demonstra ao longo da observação. Cautela que pode expressar a sondagem da menina sobre o que a estagiária estaria interessada em saber dela. Penso que isso reforça a idéia de que a observação de ludodiagnóstico depende da relação transferencial que a criança estabelece com o psicólogo. À luz disto, acredito que se pode entender a conduta de Bruna desde o início. Mesmo sem analisar sua primeira produção gráfica, vemos a hesitação e insatisfação da menina em relação ao desenho final que oferece à estagiária. Há sinais na produção gráfica de sentimentos contraditórios em relação a si própria: o sol, embora radiante, é ladeado de nuvens carregadas; a árvore está fincada no mar, não em terra firme; os frutos têm um tamanho exagerado; há bolas de fogo ladeando a árvore que poderíamos entender como sendo uma representação de um self vigoroso, forte, com frutos, porém sem lugar de pertencimento adequado. Uma alusão a uma história de negligência de parte dos adultos responsáveis por ela, da mãe adolescente que abandona desde muito cedo, do pai condenado à prisão e dos outros adultos que dispuseram dela de acordo com sua vontade. A seguir podemos examinar como a criança propõe jogos nos quais ela tem o prazer evidente em poder ganhar a seu modo, ainda que não correspondendo às regras formais do jogo. Seria expressão de tornar a situação de ludodiagnóstico, na qual está sendo observada, numa situação em que, com essas manobras, passa a ter uma participação mais ativa comandando a situação? No sentido de que através do brincar a criança representa ativamente o que sofreu passivamente. Parece-me, também, uma tentativa de procurar conhecer os limites de aceitação que a estagiária lhe oferece para além das palavras e dos gestos. E como ensinou a psicanálise desde Freud, o conflito inconsciente busca por uma via de acesso à consciência. Bruna volta a desenhar basicamente o mesmo tema, já

mais confiante na relação com a estagiária, parece poder se apresentar mais diretamente. Escreve seu apelido, mas em seguida o apaga. Estaria pontuando que, de fato, há que se observar e ajudar a menina Bruna perdida nesse contexto. Após a primeira entrevista, de observação lúdica, foram realizadas mais duas entrevistas. Uma dedicada a fazer duas colagens. Uma colagem com figuras que “tem a ver com ela” e outra com figuras que “não tem a ver com ela”. Para a primeira colagem a menina escolheu figuras com macacos e animais sendo cuidados. Na segunda colagem, figuram objetos diversos: esqueleto, etc... A terceira entrevista foi desenvolvida em torno de “Desenhos-estórias”. Passo a relatar a quarta entrevista na qual Bruna fala abertamente do que a deixa aflita. - Relato da 4a. entrevista Bruna estava sorridente e animada aguardando na sala de espera. Márcia, ao despedir-se dela, chamou-a, dizendo “Olha lá, hein, Bruna!”, o que deixou a menina um tanto desconcertada. Chegando na sala de atendimento, B. sentou-se na cadeira, de frente para a cadeira na qual a estagiária se sentaria. A estagiária perguntou à B. como tinha passado durante aquela semana, B. respondeu que bem. Ficou silenciosa e respondia às perguntas da estagiária com falas curtas e diretas. Então, a estagiária perguntou se ela gostaria de desenhar. A menina animou-se, mas pediu que a estagiária também participasse da atividade, fazendo também um desenho próprio. B. desenhou no canto superior esquerdo da folha um sol pequenino e uma nova nuvem à direita deste. O sol tem um sorriso largo e alguns raios. Depois, na base da folha, tenta desenhar uma árvore, mas não termina, dizendo que gostaria de recomeçar, em outra folha. A estagiária consente e entrega à menina uma nova folha, na qual ela passou a desenhar uma nuvem também pequena, com o sol ao centro e outra nuvem à sua direita. Faz nova árvore na base desta folha, com tronco fino e copa lisa. Depois começa a desenhar o telhado de uma casa que sai inclinado para cima. Reclama que não consegue fazer o desenho direito, suspira alto e pede nova folha à estagiária, dizendo que não quer mais aquele desenho. A estagiária entrega nova folha à criança e mostra sua produção, dizendo à menina que desenhou uma casa em um sítio no qual gostaria de morar. B. olha o desenho e sorri. B. reinicia seu desenho com mais ânimo, fazendo um sol grande no canto direito superior da folha, que estava na posição horizontal. Desenha uma árvore com tronco e copa ondulada, usando a base da folha como linha de solo. Depois passa a desenhar um arco-íris, solto no meio da página. Depois risca o contorno de um coração e escreve seu apelido no meio dele. Pinta o sol, depois o tronco da árvore. Quando começou a pintar a copa da árvore com a cor verde, diz para a estagiária (sem levantar os olhos do desenho) que na escola gosta de fazer desenhos, mas, sua professora é uma chata, pois, além de não permitir que eles desenhassem bastante, ainda dava bronca quando ela se distraía. Terminou de pintar a copa, finalizando a árvore com quatro frutos vermelhos. Pinta o coração pelas bordas com a cor pink, sem cobrir seu apelido, escrito no centro deste. Diz para a estagiária que o lugar que desenhou era uma praia, que morava aí com a mãe e com os irmãos em um apartamento. Neste momento, a estagiária perguntou à B. se ela gostava de brincar com os irmãos. A menina respondeu que sim, que gostava bastante de brincar com eles, apesar de serem menores que ela. Continuando a pintar o coração, sem erguer os olhos, diz que sentia tristeza porque nunca mais poderia morar com eles, nem com a mãe. A estagiária perguntou porque ela tinha tanta certeza disso e a menina, com os olhos lacrimejantes, explica que ela fez uma coisa muito errada, da qual se arrependia muito. Sem que a estagiária perguntasse nada, continuou dizendo que seu tio não estava errado no que tinha feito, forçando ela a namorar, mas ela sim, pois ele é homem e ela, sendo menina, deveria saber que aquilo era errado de se fazer. Neste momento passa a apertar o lápis pink com muita força, quebrando a ponta, tendo que apontá-lo. Chora, mas não pára de pintar. Continuou dizendo que ela magoou demais a mãe, que a mãe não mais a queria como filha. A estagiária perguntou por que. A menina explicou que quando contou o que aconteceu entre ela e o tio, juntamente com outros meninos (outras crianças que supostamente o tio abusava, na mesma época), sua mãe ficou bastante triste, chorando pela casa. Só não bateu nela usando um “fio” porque uma amiga da mãe a impediu. Aos prantos, comentou que buscou abraçar a mãe, mas que ela a empurrou para longe. B. contou isto chorando muito, entre soluços. Falando mais alto: “Estou sendo castigada, agora... eu mereço este castigo! E sabe... eu gosto do meu tio... ele sempre foi bom para mim, me dava coisas, me comprava presentes...”. Limpa o nariz e continua dizendo que quando o juiz chamou a mãe, ela e Márcia para conversarem, ele teria dito que B. não poderia mais morar com a mãe e com os irmãos, a não ser que a mãe biológica passasse por um tratamento, conseguisse um bom traba-

lho e mudasse de casa, para outro bairro, distante daquele no qual residem hoje. A estagiária perguntou então, se B. achava que isso poderia acontecer ao que a menina respondeu que não, que a mãe não se mudaria de casa. “Mas, e quanto ao tratamento? Ela faria?”, perguntou a estagiária. A menina disse que a mãe não faria tratamento porque não precisa. Disse que ela é uma ótima pessoa, que trabalha bastante e que não usa mais drogas, portanto não faz sentido ela fazer tratamento. Diz que a única culpada por toda aquela confusão era ela. Repete que, por ser menina, não deveria ter feito o que fez. Entre lágrimas ainda, conta que, para ela, no dia em que a mãe a empurrou para longe, o mundo acabou, que a vida acabou. A estagiária emocionada com a franqueza e dor da menina não conteve o choro. B. continuou riscando o papel, cobrindo todo o coração desenhado com a cor pink, deixando o próprio apelido ilegível. Pegou um lápis cinza e passou a cobrir o arco-íris, tirando as cores, deixando-o totalmente acinzentado. Retomando a fala, disse que se pudesse, voltaria no tempo, só para mudar tudo isso. A estagiária, então, disse que ela – Bruna, era e ainda é uma criança e que crianças não têm obrigação de saber exatamente o que fazer, ou seja, que não existe erro passível de culpa, uma vez que ela não sabia ainda o que era certo e errado; mas do tio sim, dele se espera que saiba o que é certo e errado, ele deveria ter protegido B. e não ela a ele. Ele deveria saber que aquilo que fez é errado. Disse à menina que ela deveria se acalmar e entender que era uma menina, que estava aprendendo as coisas do mundo, que os adultos por vezes são muito complicados; dizem, fazem, coisas bastante complicadas. Falou para B. que por vezes os adultos têm reações confusas e erradas e que era preciso ir aprendendo a discernir o certo do errado, mas sem sentir-se culpada. B. continuava riscando o papel, muda, chorando. A estagiária continuou dizendo que percebera em B. muitos pontos positivos, que ela é uma menina doce, inteligente e bastante meiga, e que todos estes acontecimentos estavam fazendo com que ela descreditasse destas qualidades nela. Falou que o fato de ela estar morando em outra casa, distante de sua família, não era um castigo por algo que ela teria feito, mas, era para protegê-la e, que esta fase iria passar logo. Então, B., repentinamente respondeu: “Meu pai está preso. Sempre digo para as pessoas que ele está trabalhando em uma fazenda, porque tenho vergonha. Mas sei que ele só sai de lá quando eu estiver com trinta anos. Estou sendo castigada. Nem ele ficará comigo...”. Durante esta conversa, B. continuou apertando o lápis cinza contra o papel, fazendo quase que desaparecer o arco-íris. Mais calma, limpando novamente o nariz e os olhos entregou o desenho à estagiária que, pegando-o nas mãos, colocou-o ao lado, sem fazer comentários. Após um momento de silêncio, a estagiária retomou a fala de B., que a mãe não queria mais ela como filha, disse: “Por vezes, B., os adultos dizem coisas difíceis, que deixam as outras pessoas tristes. Você gostaria de perguntar à sua mãe se ela não te quer mais, realmente?” B. respondeu que não quer mais tocar nesse assunto com a mãe, pois isso fazia com que ela sofresse e isso não seria justo com a mãe. “Prefiro sofrer sozinha” afirmou a menina, falando com um jeito de menina mais velha. Após ficar em silêncio, mudando de assunto, B. perguntou se poderia voltar à clínica na próxima semana. A estagiária disse que sim e que estaria aguardando por ela, dali a sete dias. A estagiária perguntou à menina como ela estava se sentindo e B. disse estar bem, agora sem lágrimas no rosto. B. pede, então, para que ela traga novamente a caixa de brinquedos na outra semana. Em seguida, a estagiária diz que era preciso retornar à recepção, para encontrar a Márcia. B. consente, levantando-se da cadeira, mais animada. Comentários Após três entrevistas, neste quarto encontro, Bruna parece sentir que pode começar a falar com a estagiária o que está sentindo, o que se passou com ela que motivou que a trouxessem à clínica. Há de se notar que a estagiária relata ter disposto as cadeiras de maneira a sugerir que ela iria conversar com a menina, isto é, desta forma a estagiária se mostrou disponível para conversar e não só para sugerir tarefas. (Não havia uma tarefa antecipadamente planejada a realizar com ela). Penso que o que acontece a seguir ilustra fortemente como a situação de ludodiagnóstico com a criança é resultado da relação transferencial da criança com o psicólogo. O relato mostra com rica evidência como a criança está após os acontecimentos de abuso. Nem tanto em relação ao agressor, mas, principalmente, em relação à mãe. Na fala de Bruna não há sinal de sentir-se incompreendida pela mãe quanto a ter sido abusada pelo tio. Em sua fala, o que prevalece é a reação da mãe. Bruna disse que sua mãe ficou muito magoada com ela pelas conseqüências do fato: o juiz destituiu a mãe da guarda dos filhos, a condicionou a um tratamento, o que para Bruna significou ter causado a dissolução de sua família. Para Bruna, tudo isso a tornou responsável por esta situação, ela é culpada e, portanto, está sendo devidamente punida,

merece estar afastada do convívio com a mãe e com os irmãos. No entanto, a meu ver, fica evidente que Bruna não entende por que sua mãe a rejeita, apenas quer recuperá-la. Diante da impossibilidade de sentir a compreensão e acolhimento da mãe a quem confiou o abuso, a criança, como dizia Ferenczi, se identifica com o agressor. Num outro plano, pode-se inferir que a reação da mãe ao abuso de Bruna expôs novamente sua incapacidade de ser cuidadora como mãe, o que repete a sua desistência inicial de ser mãe quando Bruna nasceu. Isso não é compreensível, nem para Bruna, e talvez, nem para sua mãe. Para Bruna, sua mãe a está castigando por ter aprontado com o tio, e por isso, ela é má e não merece ser amada. Diante disso, o abuso, o mau-trato, passa para um segundo plano, pois a causa real do trauma está na rejeição reiterada da mãe. Ferenczi (1931, 1932, 1934) já dizia que o trauma real não reside apenas no abuso acontecido, mas corresponde às conseqüências do descrédito do relato de abuso feito pela criança ao adulto em quem ela confia. Quando isso acontece, a criança sente-se anulada, desacreditada e, portanto, não podendo confiar em suas próprias percepções, se a mãe não acreditou ela também não tem motivos para acreditar, apesar de seu sofrimento. Há como que uma negação da alma da criança. As conseqüências do trauma são os mais dolorosos e difíceis de curar. A criança abusada por um lado sofre pelo abuso, mas, principalmente pela rejeição de parte do adulto cuidador. Por outro lado, ativamente assume responsabilidade pelo que sofreu passivamente. Agora Bruna sabe 'coisas', 'sabe' dos assuntos erotizados com os quais procura exhibir-se com as colegas e que a mãe adotiva notou estar presente, de modo excitado, nas conversas de Bruna. Ao mesmo tempo, sua capacidade de aprender sofre prejuízo, está com dificuldades nas matérias da escola. Do ponto de vista psíquico, está procurando digerir, elaborar algo que não tem recursos de compreender com sua vivência e recursos infantis. Daí a importância do lugar e função do psicólogo. O ludodiagnóstico de uma criança que sofreu abuso sexual nos confronta com o dilema de distinguir, na criança abusada, entre a vítima e a cúmplice passiva; já que a criança abusada cinde a experiência entre o que sabe, que participou das atividades sexuais e, o que não sabe, que não entendeu como a resposta sexual do adulto à sua necessidade de carinho. Porém, o que aparece na expressão da criança como 'ter-se deixado namorar pelo tio' supõe um conhecimento desapaixonado que pode conter o assassinato do sentimento de amor e da relação de cuidado da criança. Prevalece sua relação de apego com seu cuidador negligente e rejeitador. Considerações finais O ludodiagnóstico é um instrumento para o psicólogo, mas antes de tudo, é sua atitude e disponibilidade de permitir que a criança brinque e com ela expresse seu mundo mental o que mais importa. Assim como Freud soube entender na brincadeira do seu pequeno neto com o carretel que dessa maneira, ele recuperava a mãe ao lançar para longe o carretel e trazê-lo de volta para si. Hoje temos que saber que a criança sabe perscrutar em nós a nossa disponibilidade para poder saber da sua vida de fantasia, da sua vida emocional. Foi isso que procurei ilustrar com a análise do ludodiagnóstico de Bruna. Se no auge da vigência da situação edipiana a criança experimenta intensa e concretamente com seus pais os sentimentos de amor, posse, rivalidade e ciúmes, é graças à atitude e resposta deles que a criança pode sair da situação edipiana descobrindo que os pais queridos correspondem a seu amor e ternura, tratam-na como pessoa que merece ser amada e cuidam para que ela possa ter com eles a segurança de poder se desenvolver como filha deles. Esta experiência reforça, sobretudo, sua crença em seu sentimento de amor que, mesmo que irrealizável, pode e é correspondido. O ludodiagnóstico como um primeiro contexto de aproximação à criança pode nos revelar através da expressividade do brincar seu mundo mental, permeado pelas relações vividas em seu ambiente familiar os quais modelam seus vínculos de apego e sentimento de segurança. Porém, quando o mau-trato e o abuso sexual da criança acontece dentro da família é sinal de que está doente e precisa ser cuidada.

Referências Bibliográficas

Aberastury, A. (1969). La primera hora de juego, su significado. Em: Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós, 108-130. Barilari, Z., Agosta, C. B. e Colombo, R. I. (2000). Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica "Persona bajo la lluvia". Buenos Aires: Sainte Claire. Colombo, R. I. e Agosta, C. B. (2003). Abuso y maltrato infantil. Hora de juego diagnóstica. Buenos Aires: Sainte Claire. Ferenczi, S. (1931). Análises de crianças com adultos. Em: Obras completas de Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1992, vol.IV, p.69-

83. _____. (1932). Confusão de língua entre os adultos e a criança. Em: Obras completas de Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1992, vol.IV, p.97-106. _____. (1934). Reflexões sobre o trauma. Em: Obras completas de Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1992, vol.IV, p.109-117. Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. Em: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1980, vol.18, p.17-90. Klein, M. (1955). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. Em: Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, p. 149-168. Segal, H. (1957). Notas a respeito da formação de símbolos. Em: A obra de Hanna Segal. Uma abordagem kleiniana à prática clínica (1982). Rio de Janeiro: Imago, p. 77-100. Palavras-chave: Ludodiagnóstico, abuso sexual de criança, trauma, transferência infantil.

Instituição

Instituto de Psicologia USP - Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica - Supervisor.
Universidade Paulista - Supervisor de Atendimento Infantil

Síntese Curricular

Ernesto René Sang é Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Doutor em Psicologia pelo IPUSP. Supervisor do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica da USP. Supervisor de Atendimento Infantil da Universidade Paulista.

E-mail: ernestosang@gmail.com

Trabalho com Grupo de Crianças em Instituições de Saúde: Clínica Escola e Atendimento às Crianças Vítimas de Violência

Christiane Sanches

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os equipamentos de saúde como: ambulatórios, hospitais, prontos-socorros, entre outros têm uma importante missão com o cuidado à saúde da sua população. Eles buscam instrumentos eficazes para atingirem o seu maior objetivo – o cuidado à saúde. O diagnóstico preciso será fundamental para o melhor tratamento e possível cura de uma doença. Atualmente, para o melhor comprometimento com o cuidado à saúde, inclui-se a inserção das equipes interdisciplinares nos atendimentos. Os cuidados não se limitam apenas a ausência de doença, mas, o indivíduo em sua totalidade. O conhecimento é integrativo: social, orgânico, emocional, cultural, histórico e religioso; e o paciente deve ser um agente ativo em seu tratamento. O trabalho de grupo multidisciplinar e terapêutico tem sido uma prática comum nos equipamentos de saúde. As clínicas escolas das Faculdades de Psicologia têm um papel fundamental no preparo dos alunos. O trabalho psicológico não é mais exclusividade dos consultórios. Neste sentido, pode-se questionar como preparar o aluno de graduação do curso de Psicologia para a prática do atendimento em grupo. Zimerman, 1997 aponta sobre a importância da experiência do coordenador de grupo, para que haja êxito nesta modalidade. Trata-se de um desafio proporcionar instrumentos para a aplicação da técnica de atendimento em grupo e oferecer segurança para a primeira experiência prática do aluno. O aluno terá que lidar com diversas variáveis: a insegurança da primeira experiência, o temor da avaliação na Clínica Escola, articulação de diversos conhecimentos como a técnica de grupo, teoria da personalidade e desenvolvimento, psicopatologia, psicanálise, entre outros. O aluno deve estar atento ao significado do sintoma que se manifesta na dinâmica do grupo. O sintoma se manifesta e inicia-se a busca do melhor diagnóstico para o percurso do tratamento. No entanto, este sintoma pode revelar, muitas vezes, uma história que nem sempre se trata de, apenas, um colapso orgânico. O sintoma aparente pode ser a cortina de um cenário de violência, um esconderijo de uma história que não pode ser revelada. Os casos de violência, nos equipamentos de saúde, são identificados, em geral, quando os danos já surgiram e até com danos irreversíveis. O fenômeno violência contra crianças e adolescentes tem sido um tema recorrente na preocupação dos profissionais de saúde. Os profissionais demonstram sensibilidade em sua atuação buscando medidas tanto no tratamento quanto na prevenção. Enfrentar o fenômeno violência e seus desdobramentos é um desafio por sua própria especificidade. (SANCHES, 2006) Santos (2002) define a violência contra a criança como um complexo fenômeno resultante da combinação de fatores individuais, familiares e sociais. Tendo como denominador comum um comportamento violento interferindo de forma destrutiva no processo normal de desenvolvimento e bem-estar da criança. Nesta mesma linha de entendimento sobre o fenômeno, Day et al (2003) define “como atos violentos que acontecem dentro dos lares, onde a taxa de homicídio é menor, mas o prejuízo individual, familiar e social é catastrófico.

A revelação de um possível abuso nem sempre é realizado de maneira direta pela criança. A comunicação, muitas vezes, surge com o brincar. O mundo é descoberto pela criança com o brincar. Os medos do escuro, do desconhecido são enfrentados nas brincadeiras. A brincadeira é considerada um momento muito sério, pelas crianças. Muitas vezes, o brincar é a única forma de comunicação e revelação dos sentimentos de momentos difíceis, como: a perda de pessoas queridas, problemas familiares, medos de tratamentos de saúde, agressões e conhecimentos precoces sexuais, provavelmente por exposição a situações de violência e abuso. A hora da brincadeira pode ser um dos possíveis instrumento para a identificação de sinais de violência. (WINNICOTT, 1975).

Pinheiro (2005, p.67) afirma que um indicador isolado não deve ser considerado um sinal do fenômeno violência doméstica contra a criança, mas o conjunto destes indicadores associados a

evidências orgânicas é um importante instrumento para a compreensão do quadro de violência doméstica contra a criança.

A criança ou o adolescente desconfia dos contatos dos adultos.

Apresenta-se sempre alerta, esperando que algo ruim aconteça.

Mostra-se apreensiva quando outra criança chora.

Ocorrem mudanças súbitas no desempenho escolar ou no comportamento. Demonstra comportamentos que poderiam ser considerados como extremos. As dificuldades de aprendizagem não estão relacionadas a problemas físicos específicos ou ao próprio ambiente escolar.

Ferrari(2002) aponta que as conseqüências para a vítima podem se manifestar de diversas formas dependendo da idade da vítima e do agressor, o tipo de relação estabelecida, a personalidade de base da vítima, a duração e freqüência da agressão, o tipo de gravidade e a reação do ambiente.

A EXPERIÊNCIA DE GRUPO NA CLÍNICA ESCOLA

A partir do 4(quarto) ano de Psicologia o aluno experimenta a prática na Clínica Escola.

Observa-se que este é um momento envolvido por muitas expectativas e também ansiedade, pois, o aluno terá que utilizar os diversos conhecimentos teóricos adquiridos no decorrer da graduação.

Na primeira semana de aula, os professores apresentam suas propostas de estágio e os alunos realizam suas escolhas a partir do referencial teórico apresentado pelos docentes.

A experiência que será apresentada trata-se de uma Supervisão Clínica de 9 semestre do curso de Psicologia. Ressalta-se que o aluno neste semestre tem acesso ao conteúdo sobre Intervenções Grupais em Instituições de Saúde em disciplina específica.

O grupo de supervisão era composto de 8 alunos: dois alunos atendiam crianças entre 4 à 5 anos; outra dupla atendia adolescentes e duas alunas atendiam crianças individualmente, em virtude da especificidade da queixa. A técnica não pode sobrepor à necessidade do paciente. Este era um ponto ressaltado para os alunos, pois nem todos os pacientes poderiam ter indicação para a grupoterapia.

A primeira sessão individual: cada estagiário ou dupla realizava uma entrevista com os pais/cuidadores da criança. Se necessário poderiam ser realizadas mais entrevistas.

Nas demais sessões o trabalho era realizado com o grupo. Todas as crianças eram atendidas no mesmo horário para que os pais pudessem participar do grupo de pais. Os atendimentos eram realizados aos sábados para que todos os pais, inclusive, aqueles que trabalhassem durante a semana pudessem participar. Não se tratava de orientação de pais, mas, um grupo de acolhimento. O local de atendimento era a sala de grupo da Clínica Escola. As estagiárias no grupo de pais buscavam “dinamizar os debates, clarificar pontos obscuros e conflitantes, estimular as comunicações interpessoais, oferecendo continência as angústias apresentadas” Muniz et AL, 1992. Nota-se que uma das grandes dificuldades observadas na coordenação do grupo era o ponto dinamizar os debates. Nas primeiras sessões as alunas apresentam dificuldade de mudar a atenção entre integrantes-coordenador. O coordenador transformava-se no centro do grupo. Esta situação refletia na insegurança das coordenadoras em acreditar que deveriam responder as angústias de maneira individual. Observa-se que este ponto, após as discussões na supervisão, foi revisto e transformado a partir da terceira sessão. Embora, não seja obrigatória na Graduação a terapia durante os atendimentos, as alunas deste grupo participavam de psicoterapia pessoal, o que provavelmente refletiu de forma positiva na coordenação do grupo.

O ATENDIMENTO EM GRUPO ÀS CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

O atendimento em grupo pode ser considerado um importante instrumento na intervenção terapêutica com crianças vítimas de violência. Os grupos são realizados uma vez por semana, com duração de 1h30 minutos, são organizados a partir da faixa etária. Trata-se de um tema que se apresenta com características singulares que exigem uma formação técnica do profissional. Também é fundamental que haja acompanhamento em grupo paralelo com os cuidadores das crianças pois, a dinâmica da violência, em geral, não atinge somente a vítima mas, toda a família. Nota-se que as crianças apresentam-se agitadas, sentimento de culpa, desconfiança e dificuldade

para brincar e concentrar-se. As atividades gráficas, em geral, apresentam-se de forma empobrecida. Os reflexos da violência são anunciados de maneiras diferentes, de acordo com a faixa etária, o tempo que a criança foi submetida e recursos de enfrentamentos individuais. (FERRARI, 2002). Observa-se que as crianças sentem no grupo um espaço de identificação e acolhimento. O grupo pode ser um local de re-significação das relações, pois, há uma possibilidade de mudança do padrão das relações estabelecidas pelas famílias com dinâmica de violência. Neste sentido, pode-se citar o *Complô do Silêncio*, trata-se de um comportamento que não permite que se fale sobre determinados assuntos, entre eles, situação de violência. (SCODELARIO, 2002) O grupo é uma possibilidade de entrar em contato com a violência, suas sensações, percepções e sentimentos vividos como por exemplo o sentimento de culpa pelo abuso. Os sentimentos em relação ao agressor, muitas vezes, mostram-se ambivalentes pois, aquele que deveria ser o protetor é o agente da insegurança e medo da criança. Nos grupos com meninas que sofreram abuso pelo pai, observa-se uma mudança na relação, após a situação de abuso, deixam de nomeá-lo como pai e o chamam pelo nome próprio. Talvez, seja uma forma de lidar com a ambivalência dos sentimentos causados pelo abuso. Crianças que se sentem apoiadas pela rede social como as mães demonstram melhores condições de enfrentamento. As crianças que tem mães que Apóiam os agressores, em geral, demonstram insegurança e maiores dificuldades de enfrentamento. Outro ponto que apresenta um impacto na elaboração deste trauma são as visitas no "Visitário". Trata-se de um local que as crianças têm contato com aquele que é suspeito de ser o agressor, mas, ainda, não houve uma definição sobre a culpa do suspeito. As crianças, em geral, apresentam-se irritadas com as obrigações das visitas. Nota-se que a situação do abuso traz diversos desdobramentos na dinâmica psíquica das crianças vítimas, desta forma, necessitando de um atendimento especializado que elas possam re-significar dinâmicas disfuncionais, propiciando uma possível elaboração deste trauma.

Referências Bibliográficas

DAY, V. et AL Violência Doméstica e suas diferentes manifestações. Revista psiquiatria. Rio Grande do Sul, vol 25, supl 1, p9-21, abril 2003 FERRARI, D. C.A. Visão Histórica da Infância e a questão da Violência. IN: Ferrari, D. C. A e Vecina, T. C. C. O fim do silêncio na violência familiar. Ágora: São Paulo, 2002. MUNIZ, J. R. et AL . Trabalho grupal com pacientes internados no Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. Informação Psiquiátrica, v11, 1992. PINHEIROS, S.M.A Crianças e adolescentes vitimizados: rotina dos atendimentos. IN: Shine, Sidney. Avaliação Psicológica e Lei: Adoção, Vitimização, Separação Conjugal, Dano Psíquico e outros temas. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2005. SANCHES, C. Violência Doméstica e Desenvolvimento Infantil: Estudo Exploratório sobre atitudes de profissionais de saúde em um hospital pediátrico, 2006. Dissertação (Mestrado em Distúrbios de Desenvolvimento) Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006. SCODELARIO, A. S. A família abusiva. IN: Ferrari, D. C. A e Vecina, T. C. C. O fim do silêncio na violência familiar. Ágora: São Paulo, 2002. ZIMERMAN, D.E. Fundamentos Técnicos. IN: Zimerman, D. E., Osório, L.C.Como Trabalhamos com Grupos. Artmed: Porto Alegre, 1997.

Instituição

Universidade Nove de Julho e Sedes Sapientiae, São Paulo.

Síntese Curricular

Christiane Sanches é Professora do curso de Psicologia da Universidade Nove de Julho, Psicóloga do CNRVV Sedes Sapientiae; Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie e Especialista em Psicologia Hospitalar, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. E-mail: christianesanches@uninove.br

Intervenção Clínica em uma Criança com Problemas de Aprendizagem

– A história de Amélia

Rosa Maria Carvalho da Silveira

O objetivo deste trabalho é discutir a intervenção clínica em uma menina com problemas de aprendizagem. A intervenção clínica foi norteada por um olhar psicanalítico, utilizando-se recursos psicopedagógicos numa visão construtivista. O caso retrata uma criança com defasagem cognitiva importante que sofreu hipóxia ao nascer. Os resultados do trabalho são animadores. A relação entre terapeuta e criança tem sido positiva e bastante construtiva, e a intervenção clínica tem evoluído favoravelmente.

Palavras-chave

Intervenção clínica; defasagem cognitiva; problemas de aprendizagem; psicopedagogia

Clinic intervention of a girl with problem in learning

This paper discussing the work of clinic intervention of a girl with problem in learning. The clinic intervention has been focus by point view psychoanalytic, utilizing recourse psycho pedagogical by point view constructivism method. The case related a child with defecated cognitive that she had puerperal problems since she was born. The work results are very favorable. The relationship between therapist and child are positive improve and the clinic intervention has showing that she was suitable.

Key words: Clinic intervention; cognitive defecated, problems in learning; Psycho pedagogy.

Amélia tem oito anos e oito meses. Na primeira entrevista, a mãe relatou que a menina é agressiva, agitada, tem pouca concentração nas atividades escolares, e que a professora se queixa de ela “não aprender” como as outras crianças. Em relação à saúde se referiu que o neurologista indicou uma tomografia do cérebro cujo relatório sugeriu atraso no desenvolvimento da linguagem, microcefalia e estrabismo. Foi recomendada medicação durante três anos. Nesta época, a filha mordida e puxava os cabelos de sua mãe frente ao “não”, principalmente quando se via repreendida. A mãe veio procurar tratamento psicológico para dificuldade escolar da filha que atualmente cursa o 1º ano em uma escola particular de São Paulo. Nas demais entrevistas, a mãe relatou aspectos importantes de sua vida familiar e do desenvolvimento de sua filha.

A família é de origem sul-americana. A gravidez de Amélia não foi planejada. A sua mãe ficou grávida do namorado aos 19 anos; esperava um menino mas “aceitou” a menina. O pai não acompanhou a gravidez., o que levou o rompimento do casal. Os avós maternos deram apoio durante a gravidez. Amélia foi um bebê diferente comparado aos outros de sua idade. Em seu país de origem, a mãe procurou uma Instituição especializada em problemas de desenvolvimento infantil, e foi informada que sua filha tinha seqüelas de parto. Ficou muito triste com a notícia, mas resolveu “assumir” inteiramente o seu bebê, uma vez que esta notícia levou o pai a se afastar definitivamente. O pai mantém ajuda financeira, tem outra mulher e um filho.

Ocorreram pequenos atrasos no padrão de desenvolvimento de Amélia: sentou com um ano, começou a falar aos três apresentando dificuldades que ainda permanecem, obteve controle dos esfíncteres por volta dos quatro anos. Ingressou no maternal com dois anos a conselho do médico, que considerou importante a menina conviver com outras crianças para o seu desenvolvimento e para a socialização. Não houve dificuldades na adaptação escolar.

Há alguns anos atrás, mãe e filha vieram para o Brasil para morar na casa do irmão dela. A cunhada fica com a menina enquanto a mãe trabalha. Amélia toma banho, veste-se e come sozinha, mas não consegue atar os cordões do sapato. Na escola se adaptou bem. Deseja aprender. A mãe se sente culpada e muito angustiada em relação a filha. Em vista disso, matriculou-a em escola particular, na expectativa de oferecer condições que despertem na menina o desejo e a motivação para ser independente e prepará-la para tomar as suas próprias decisões no futuro. Tenta fazer os deveres de casa junto com a filha e percebe as suas dificuldades em aprender.

Mesmo assim repreende a menina, e a submete a castigos inadequados, privando-a de sobremesa, banho frio, não permitindo o uso do cabelo solto.

A intervenção clínica priorizou uma abordagem mais abrangente do processo de aprendizagem. Neste sentido, a troca de informações com profissionais que se dedicam a tratar as dificuldades de aprendizagem é fundamental para o entendimento do que ocorre com o aprendiz.

A terapeuta visitou a escola de Amélia, pois um contato com a professora da criança é muito útil para todas as partes envolvidas. Embora a escola funcione em uma casa adaptada e é freqüentada por crianças de uma camada menos favorecida, o ambiente escolar é acolhedor, possui estimulação adequada e tem poucos alunos na sala. Na escola a menina é bem sociável, brinca com as outras crianças principalmente com as mais novas. Todos gostam dela. Em sala, tem comportamentos bizarros, come compulsivamente de tudo: desde variados alimentos que lhe são oferecidos, a lápis, canetinha, borracha. Não se concentra nas atividades propostas. A professora relatou que a menina, às vezes, vem com marcas no corpo, supostamente provenientes de maus tratos, o que foi observado, posteriormente, durante a intervenção.

A Intervenção Clínica

No início, Amélia mostrou-se muito resistente ao tratamento; fazia manha para vir à clínica chegando sempre atrasada às sessões. Aparentava insegurança e desinteresse. Nas primeiras sessões da avaliação psicopedagógica, a menina se recusou a entrar e permanecer sozinha com a terapeuta. Por este motivo a sua mãe teve que acompanhá-la à sala de atendimento, ou deixar a sua bolsa com a filha, garantindo que não ia abandoná-la. Depois de algumas sessões, no entanto, permaneceu sozinha na sala.

Na sala de ludoterapia Amélia não dirigia o olhar para terapeuta, permanecia o tempo todo de cabeça baixa, evitando qualquer tipo de contato, talvez tentando evitar a inclusão de uma terceira pessoa na relação com sua mãe, rompendo o vínculo. As suas respostas às indagações da terapeuta eram monossilábicas. Explorou a caixa lúdica, mas não se deteve em nenhum brinquedo. Pegava os objetos na caixa, cheirava-os e os colocava de lado num jogo muito primitivo. Repetiu este movimento muitas vezes, possivelmente como defesa para evitar o novo que se apresentava como ameaçador. Por outro lado, revelava uma desarticulação entre as modalidades de assimilação e acomodação, funcionando de forma hipoassimilativa e hipoacomodativa, ou seja, mexia em muitos objetos sem se envolver com coisa alguma, não desenvolvendo esquemas de ação e nem a capacidade de coordená-los (Parente,2000). Os objetos que ofereciam alguma dificuldade de manuseio, como por exemplo, abrir uma caixa, eram deixados de lado logo na primeira tentativa, demonstrando, mais uma vez, perceber o novo e desconhecido como ameaçador, não aceitando enfrentar desafios. Não solicitou ajuda e não interagiu com a terapeuta. Desenhou espontaneamente, não nomeando o que fez. Seu desenho é primitivo, com predomínio da garatuja. Ao pintar com guache numa folha sulfite apresentou pobre controle motor, pintando a mesa, a si própria e toda a sua vestimenta. Mostrou sinais de muita ansiedade ao se perceber suja de tinta pediu para lavar as mãos. Usou sabonete e água em abundância, molhando-se e esparramando água por todo lavabo.

Foi observado que Amélia não reconhecia os numerais, as cores, as formas geométricas e as letras, com exceção da letra N. No entanto, reconhecia as figuras de animais. Não conseguia contar até 5. Sua linguagem era pouco inteligível mesclando português e espanhol. Apresentou certa dificuldade para andar, seu equilíbrio era instável, não conseguia segurar a bola arremessada para ela no jogo, confundia direita e esquerda. Em relação à motricidade fina, não conseguia fazer encaixes, não respeitava os limites da folha, porém segurava o lápis corretamente. Apresentou muita dificuldade no recorte de figuras. Tentou e não conseguiu cortar um barbante com a tesoura, deixando-o de lado.

Foi aplicado o teste Colúmbia, porém a criança não deu respostas compatíveis com o solicitado. Em todas as provas aplicadas do Diagnóstico Operatório de Piaget apresentou condutas não conservativas (conservação de quantidade de matéria, inclusão de classes, conservação das quantidades de líquidos, conservação de pequenos conjuntos discretos de elementos). A argumentação e contra argumentação entre a terapeuta e criança permitiu apreender a estrutura de raciocínio de Amélia e situá-la no início do período pré-operatório. Vale ressaltar que na teoria

piagetiana, o importante é observar as estratégias que a criança utiliza para alcançar determinado desempenho e não apenas o resultado final.

Considerando a proposta de Barone (1990), as sessões de intervenção clínica envolvem os momentos: trabalho com o corpo, momentos centrados na aprendizagem e na construção do conhecimento e hora livre ou do jogo, na qual a criança escolhe o que fazer. Além disso, a autora sugere que a terapeuta acompanhe as diferentes reações da criança frente às atividades propostas, nas quais eram transferidos os sentimentos e angústias diante do novo e desconhecido.

Trabalho com o corpo

Em algumas sessões foi utilizada técnica de relaxamento para os vários segmentos do corpo; em outras, o relaxamento foi induzido por imagens mentais ao som de música. Foi desenhado o esquema corporal da menina para que ela reconhecesse as partes do seu próprio corpo e identificasse as suas funções. Neste episódio, Amélia ficou visivelmente constrangida ao apontar os seus genitais, aparentemente mostrando o funcionamento de sua crítica e da moral internalizada. Para estimulação psicomotora geral foram realizadas as seguintes atividades: jogo de boliche, arremesso de bola para o ar, na parede e para o terapeuta, imitação de gestos, andar encima de um riscado com os dois pés ou com um só pé.

Atividades psicopedagógicas

As atividades psicopedagógicas realizadas foram de estimulação na tentativa de desenvolver o potencial da criança. Foi oferecido alguns jogos simples como o “Jogo da Memória”, porém a menina teve dificuldade em compreender as instruções. De forma lúdica, utilizando bolinhas e outros elementos, família de animais, Lego, desenho, recorte, foi introduzido alguns conceitos: igual e diferente, duro e mole, dentro e fora, antes e depois, encima e embaixo, ontem e amanhã. Após algumas sessões, Amélia começou a classificar os objetos pelo tamanho, cor, forma, objetos animados e inanimados. Começou a pronunciar as palavras de maneira clara e mais adequada utilizando apenas o português, tentou montar uma história observando a seqüência das figuras.

Hora livre

Por algumas sessões, a menina continuou a explorar a caixa lúdica, usando preferencialmente o tato para o reconhecimento dos objetos, aproximando-os muito perto de seus olhos, possivelmente este movimento está ligada a sua deficiência visual (estrabismo). Prestava muita atenção nos olhos dos animais de brinquedo, parecendo ter percepção de sua dificuldade visual. Estabelecido o ambiente de confiança, Amélia começou a passar a mão na terapeuta como uma forma de reconhecimento, por exemplo, rosto, braços, e algumas vezes com significado afetivo. Solicitava a companhia da terapeuta para brincarem de casinha __ “Do que vamos brincar?”(sic). Na brincadeira, a menina imitava a sua mãe nas tarefas do dia-a-dia: fazia comidinha, dava a mamadeira para boneca imitando os sons do mamar, fazia café e servia a terapeuta. As brincadeiras de casinha representavam o cotidiano de seu lar, permitindo observar a reação da criança frente a essas situações domésticas. Fazia de conta que tomava banho, transformando os lápis em água de banho, lavando todas as partes do seu corpo ao mesmo tempo em que as nomeava. Passou a perceber o movimento nos objetos __ “o trem anda” (sic). Nessas brincadeiras mostrou seu simbolismo, representação do mundo real e criatividade. Através do brincar simbólico a menina expressava a sua ansiedade, seus sentimentos e conflitos, e assim puderam ser compreendidos pela terapeuta.

Considerações importantes sobre a brincadeira simbólica são feitas por Oliveira (2002). A seu ver “a criança revive situações que lhe foram significativas, como ela as viu ou como gostaria que tivessem acontecido. Brincando, aprende a experienciar e a diferenciar a realidade da fantasia, o eu do outro e a ressignificar a realidade conforme sua capacidade de assimilá-la. Em toda representação há um nível de simbolismo consciente para quem o cria e um inconsciente” (Oliveira, 2002, p.31).

A menina parece bastante entusiasmada com seus avanços, pergunta à mãe sobre o dia da

terapia. Em uma ocasião Amélia quis ir ao toalete antes do início da terapia. Foi sozinha e depois não conseguiu abrir a porta. Um dos colegas da clínica deu todas as instruções como ela deveria fazer para destravar a porta. Embora muito nervosa, a menina conseguiu abrir a fechadura, o que exigia atenção, concentração e habilidade motora, pois a fechadura estava enfiada.

Algumas considerações importantes a respeito da intervenção clínica

Embora a mãe aparentemente estivesse preocupada com o problema de aprendizagem da filha, não foi o que se constatou durante a intervenção. A pseudo-aceitação da mãe transparece em sua impaciência e nos castigos físicos infringidos à filha.

A procura de uma escola da rede particular inserida ao processo de inclusão, parece ser uma tentativa de reparação que alivia o sentimento de culpa da mãe. Sente-se responsável pelo problema da filha, seu fruto proibido traz em sua constituição biológica a marca de uma falha, ferindo o seu narcisismo.

Mesmo considerando as limitações da criança, somente a problemática orgânica não seria responsável pela não aprendizagem. Marcelli (1998) pontua que todos os danos do sistema nervoso central, que ocasionem ou não distúrbios instrumentais, são suscetíveis de provocar uma diminuição das capacidades intelectuais. Entretanto, o autor considera que o equilíbrio afetivo, a qualidade das relações da criança com o seu meio, o peso dos fatores sócio-econômicos e culturais parecem representar um papel fundamental no desempenho intelectual. Nesta mesma linha de pensar, Mannoni (1985) acrescenta que no caso de um fator orgânico estar em jogo, a criança tem de enfrentar, além da dificuldade inata, a maneira que a mãe usa esse defeito, em um mundo fantasmático que acaba por ser comum as duas.

Neste sentido, a gravidez desviou o rumo da vida desta mãe. Foi esperada como menino, na fantasia de unir pai e mãe. Veio uma menina “diferente” dos outros bebês, o que levou o afastamento definitivo do pai. A vinda de Amélia frustrou duplamente as expectativas de sua mãe: ficou só e com o peso de criar uma filha “diferente”.

Fernandez (1991) lembra que mesmo antes de nascer, a criança instala-se em uma constelação de significações. Vem preencher desejos, carências dos pais, e é cercada de expectativas. Os pais escolhem um nome e o que a criança será no futuro. A criança vem preencher um lugar preparado. Se pela própria condição, a criança não conseguir atender as expectativas parentais, haverá uma distância entre a filha que os pais supõem amar e o objeto do amor, sua própria filha. Os pais poderão resignificar ou resignar-se à situação, dando-se conta que entre o imaginário e o real, deverão encontrar um novo significado. Neste caso, ainda que Amélia não possa ser um gênio, sem dúvida, poderá aprender e trazer muitas alegrias a sua mãe.

Insegura diante do novo e desconhecido, manifestou o seu medo de ser abandonada, recusando-se a entrar na sala de terapia sem a companhia da mãe. Parece ser uma criança dependente da mãe, imatura do ponto de vista psicológico, afetivo e cognitivo. Como ressalta Chamat (1997) a dependência tem início nos comportamentos compensatórios da mãe pelo sentimento de culpa quer seja por rejeição ou por enfermidade da criança.

Allessandrini (1999) entende que “quando a mãe recebe um bebê diferente daquele idealizado, ela perde toda a sua segurança e não sabe como vai se relacionar com aquele bebê que não era esperado” (Allessandrini, 1999, p.135). No presente caso, parece que essas condições estavam presentes bloqueando uma maternagem eficiente que efetivamente acolhesse um bebê e promovesse o seu desenvolvimento. Amélia veio ao mundo em meio a uma relação conturbada vivida por seus pais, não permitindo a mãe elaborar suas angústias frente à maternidade e se disponibilizar para as necessidades de sua filha.

Um aspecto que tem sido bastante enfatizado pelos psicanalistas é a importância da qualidade da relação mãe-filho no desenvolvimento psíquico sadio da criança. A privação dos cuidados maternos pode ser responsável pela fragilidade do desenvolvimento do ego e impedir o acesso ao conhecimento. As primeiras relações mãe-filho tendem a se reproduzir, nos relacionamentos que estão por vir e determinar o modo pelo qual o indivíduo irá lidar com o novo e desconhecido.

Considerando a relevância da questão, Winnicott (1975, 1978) ressalta a importância do bebê poder vivenciar através da mãe um estado psíquico de ilusão da onipotência. Este estado é proporcionado pela mãe, disponível ante a necessidade de seu bebê, compreendendo os seus apelos através de uma comunicação sutil e inefável. A mãe suficientemente boa ajuda o seu bebê a

suportar e a aprender a lidar com a desilusão. Outro aspecto considerado por Winnicott (1975) diz respeito ao espaço virtual entre o subjetivo do bebê e o que é objetivamente percebido. Este espaço transicional gradualmente evolui para a área do brincar simbólico. Deve-se destacar ainda que em um ambiente seguro e confiável, criado pela autenticidade dos cuidados maternos, o bebê vai se desenvolver, amadurecer e constituir o seu self. Além disso, através do contato afetivo e da relação de confiança com a mãe, aos poucos, vai se estabelecendo a realidade compartilhada. Em relação a figura paterna, Levisky (2002) acentua que o pai também contribui de maneira muito importante dando a mãe à sustentação necessária, e que mais tarde desempenhará a função paterna, ou seja, a de ser representante da lei.

Tendo em vista o caso relatado, parece que o ambiente não foi facilitador para o desenvolvimento de uma menina que já trazia consigo uma fragilidade inata.

Em seu trabalho, Freud já reconhecia que a transferência é um fenômeno típico das relações humanas e, em particular da relação do terapeuta com o seu cliente. Alguns autores (Barone, 1990, 1994, 2001; Silveira, 2002; Weinberg, 1999) consideram a dimensão transferencial na relação psicopedagógica, como um cenário propício para criança reviver os sentimentos primitivos experienciados com os pais, no qual são atualizados conflitos edípicos. Neste sentido, os relacionamentos afetivos na primeira infância influenciam posteriormente a vida da criança, uma vez que ela reedita a história de seus relacionamentos passados.

No início da intervenção clínica, a terapeuta ficou bastante decepcionada com as realizações de Amélia. Sentia-se frustrada e não sabia o que fazer para ajudá-la, diante da resistência frente ao conhecimento. A criança ora mostrava sua afetividade e colaboração, ora caía em choro compulsivo, sem motivo aparente.

A experiência aliada à condição pessoal do terapeuta, a levaram compreender as suas próprias emoções, desencadeadas pela menina, e que resultaram em um sentimento de impotência e paralisação.

A partir do momento que a terapeuta aceitou Amélia como ela é e não como deveria ser, proporcionando um ambiente de confiança, a menina passou a utilizar diversas estratégias para enfrentar as suas próprias dificuldades. O seu brincar passou a representar situações carregadas de afeto, trazendo percepções, lembranças, comunicações verbais e não verbais de outro contexto vivido no âmbito familiar, dando condições para a terapeuta compreender as suas dificuldades e a sua dor. É importante ressaltar que o acolhimento da terapeuta suficientemente boa tem criado um ambiente seguro para Amélia suprir suas necessidades no setting terapêutico, e assim poder desenvolver todas as suas potencialidades.

Considerações Finais

Questionada sobre as manchas arroxeadas no rosto e pernas da filha, a mãe nada confirmou sobre maus tratos. É importante salientar que foi considerado oportuno encaminhar a mãe para um atendimento psicológico, no qual ela tenha um espaço para expressar seus sentimentos e suas angústias em relação ao ser mãe. Supõe-se que com ajuda terapêutica, paulatinamente, a mãe poderá recriar um ambiente favorável ao crescimento e amadurecimento de sua filha.

A história de Amélia mostra como uma menina com uma defasagem cognitiva importante, pode desenvolver o seu potencial em busca do conhecimento, desde que seja aceita, acolhida e consiga uma base sólida para desenvolver uma comunicação significativa com a terapeuta.

Referências Bibliográficas

- ALLESSANDRINI, Cristina – Roberta: uma grande garota in RUBINSTEIN, E.- Psicopedagogia uma prática, diferentes estilos. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- BARONE, Leda M. – De ler o desejo ao desejo de ler. Tese de doutorado, São Paulo, IPUSP, 1990
- BARONE, Leda M. Desejo e Aprendizagem: a transferência na relação psicopedagógica in SARGO, J (org) A praxis psicopedagógica brasileira. São Paulo, Flores, ABPp, 1994
- BARONE, Leda M. Algumas contribuições da psicanálise para avaliação psicopedagógica in OLIVEIRA, V. e BOSSA, N. (org) - Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos. Petropolis, Vozes, 2002
- CHAMAT, Leila – Relações Vinculares e Aprendizagem – um enfoque psicopedagógico. São Paulo, Vetor, 1997
- FERNANDEZ, Alicia – A Inteligência Aprisionada. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991

- LEVISKY, L – Mal-estar na educação in MACEDO , L. e ASSIS B.A – Psicanálise e Pedagogia. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002
- MANNONI, Mauad – A criança retardada e a mãe. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- MARCELLI, D. – Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra (5.ª ed.). Porto Alegre, Artmed, 1998.
- OLIVEIRA, Vera. – A brincadeira e o desenho da criança de 0 a 6 anos: uma avaliação psicopedagógica in OLIVEIRA, Ve BOSSA, N. (org) – Avaliação Psicopedagógica da Criança de Zero a Seis Anos. Petrópolis, Vozes, 2002
- PARENTE, Sonia M. A. – Pelos caminhos da ignorância e do conhecimento – fundamentação teórica da prática clínica dos problemas de aprendizagem. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000
- SILVEIRA, Rosa Maria C. – Discussão sobre a atuação interdisciplinar no atendimento psicopedagógico de uma criança com distúrbios de aprendizagem. Integração ensino, pesquisa, extensão. Ano VIII, n.º28, fev.2002.
- WEINBERG, Cybelle – A transferência no atendimento psicopedagógico in RUBINSTEIN, Edith (org.) – Psicopedagogia uma prática, diferentes estilos. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999
- WINNICOTT, Donald – O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago, 1975
- WINNICOTT, Donald - Desenvolvimento emocional primitivo (1945) in Da Pediatria à Psicanálise – textos selecionados. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.

Síntese Curricular

Rosa Maria Carvalho da Silveira é doutora em Psicologia Clínica pelo IPUSP. Professora de pós-graduação do Curso de Psicopedagogia da Universidade São Judas Tadeu e da UNICID.

Compreendendo o Uso de Testes no Ludodiagnóstico

Helena Rinaldi Rosa*

*Trabalho apresentado na Mesa Redonda:

A Brincadeira Simbólica: Formação e Fundamentos na Organização de Espaços Lúdicos

1º. Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico - 2009

Resumo:

O trabalho aborda a avaliação psicológica de crianças e a importância do uso dos testes psicológicos nesta avaliação – ilustrando com casos clínicos e discutindo questões que se colocam a respeito do uso dos testes psicológicos. O Ludodiagnóstico seria um procedimento técnico que poderia ser chamado de teste psicológico? O brincar serve para avaliar as crianças? Somente um teste permite a realização de um psicodiagnóstico bem feito? Para que avaliar? A quem serve nossa avaliação, à criança, aos pais, para tranquilizar-nos enquanto psicólogos, aqueles que sabem sobre o outro aquilo que ele não sabe?

Palavras-chave

ludodiagnóstico; avaliação psicológica; testes psicológicos; psicologia infantil

Trabalho

Penso que em qualquer contexto em que estejamos atuando, clínico ou não, sempre partimos de uma avaliação, um diagnóstico do que está ocorrendo para então atuarmos segundo a proposta que, no nosso entendimento, deve ser adequada para aquela situação em que vamos intervir.

Entendo também que o nosso fazer, o nosso trabalho se dá e deve se dar inserido no mundo, na realidade, nas demandas feitas pela sociedade para a psicologia. Para atender estas demandas é necessária uma crítica em relação à situação e considerar a finalidade da demanda, mas ao fazê-lo deve-se ter comprometimento ético e científico exigidos em cada situação.

Grande parte da demanda para o psicólogo hoje na saúde, seja privada ou pública, também no judiciário, na escola, em instituições e até em empresas, tem a ver com resolver problemas que envolvem aspectos psicológicos. Sobre estes podemos – e devemos – falar.

O que significa entender – e, portanto, avaliar – o que se passa e sugerir formas de solução. Para se resolver um problema psicológico, é preciso saber qual é ele, o que o afeta, ou seja, é necessário fazer um diagnóstico, uma avaliação, para depois sugerir encaminhamentos.

A maioria dos casos que chegam aos psicólogos refere-se a crianças, a maioria com problemas de aprendizagem – com ou sem queixas de problemas de comportamento. E aí fazemos o psicodiagnóstico. Podemos pensar no Ludodiagnóstico como o define Affonso (1998):

“O Ludodiagnóstico é o resultado da interpretação da hora lúdica, levando em conta a presença das noções espaço-temporais e causais... [investigar a presença de] ... problema cognitivo no sentido da não-construção adequada do espaço, do tempo e da causalidade (conceitos de Piaget) determinando o comportamento...”

Trinca (1984) propõe o que ele chamou de diagnóstico compreensivo que seria um *“processo que se caracteriza por uma síntese harmônica e descritiva do conjunto de dados”* (p. XIV). Certamente esta compreensão é indispensável para *“- a orientação psicológica ao paciente, aos pais e responsáveis, à escola, etc.; - o fornecimento de subsídios a demais profissionais; - indicações e encaminhamentos terapêuticos..”* (p. 23).

Ancona-Lopez (1998) fala de Psicodiagnóstico Interventivo, na abordagem fenomenológico-existencial, em que a compreensão diagnóstica vai sendo construída junto com os pais e na medida em que estes podem entender o que se fala, sendo, portanto, um processo de intervenção em si mesmo. Outros autores como Barbieri (2004) também trabalham com o psicodiagnóstico como processo interventivo, na abordagem psicanalítica.

De qualquer forma, o psicodiagnóstico de uma criança começa quando os pais agendam o atendimento com o psicólogo. Neste momento, a família pode estar tentando compreender as atitudes do filho, que acredita não serem corretas; ou estar sendo encaminhada por outros, como a escola, o mais comum, ou ainda o pediatra, por exemplo, que trouxeram à tona possíveis inadequações da criança, por diferentes motivos: queda do rendimento escolar, apatia, agressividade, indisciplina, etc. Quase sempre a família vem procurar auxílio num momento de desespero, percebendo a necessidade de uma ajuda externa, pois já não sabe mais o que fazer. Frequentemente não imagina que acontecerá a avaliação psicológica nem seu significado, o que deve ser explicado já na primeira entrevista.

Este é, certamente, o momento mais importante do psicodiagnóstico. É o instrumento básico e insubstituível. No momento em que a entrevista inicial é marcada, em geral os pais são orientados a não trazerem o filho, mas avisá-lo da consulta e do motivo pelo qual estão procurando o profissional. A criança será apresentada pelos pais, portanto. Estes passarão a visão que têm do filho, não necessariamente como o filho é. É essencial, nesta hora, não esquecer que todas as informações que os pais trazem virão, sempre, envolvidas de certo grau de subjetividade, o que dará indícios da forma como lidam com a situação apresentada. (Ocampo, 1976). É possível, inclusive, concluir que há grandes discordâncias entre os pais e se deve, então, esclarecer o porquê da dificuldade de ver o filho tal como ele é. Há casos em que o pai, a mãe, ou mesmo ambos (caso de encaminhamento feito por terceiro) não percebem qualquer inadequação, afirmando: *“ele é como eu fui quando criança”*... ou: *“ele é igual a todas as crianças de sua idade”*.

Muitas vezes, a própria dinâmica familiar age como impeditivo de um bom aproveitamento na escola – como também no trabalho clínico – mas a criança apresenta potencial adequado e até acima da média das crianças de sua idade, ainda que com dificuldades na escola. Ou seu desempenho pode estar prejudicado por fatores emocionais. Isso nos compete investigar. É quando muitas vezes utilizamos os testes.

Devemos avaliar assim o que traz o caso para o psicólogo (queixa – manifesta e latente); a história – dados de anamnese, do desenvolvimento da criança desde inclusive quando os pais planejaram, ou não, sua vinda; como se dá a relação entre os pais e a criança, os pais entre si, os pais conosco, a criança conosco. São dados objetivos e dados subjetivos que, somados, vão nos permitir, a nós e a eles, uma compreensão, ainda que sempre parcial, mas que indica possibilidades de lidar com aquela situação.

É aí que entra a importância de testes padronizados na avaliação – não somente para dar mais segurança ao psicólogo quanto ao que observa, mas para permitir uma comparação do desempenho da criança em relação ao que é esperado para crianças de sua idade e com características semelhantes – informação que é difícil que os psicólogos tenham internalizado para todos os aspectos possíveis e imprescindível para uma avaliação e encaminhamento adequados! (Ancona-Lopez, 1987).

No caso de Pedrinho, de nove anos, a queixa trazida pela mãe era de que a diretora da escola o considerava hiperativo, com muitos comportamentos “difíceis”, que atrapalhava toda a classe e também seu desempenho escolar e queria que ele fosse encaminhado ao neurologista. No primeiro contato com a estagiária, foi solicitado a ele que desenhasse “o que pensa da escola”; fez um desenho bastante elaborado e cheio de detalhes (não condizente com uma criança hiperativa) que levou 25 minutos para realizar.

Era uma cena de recreio (Desenho 1):



Desenho 1



Desenho 2

No desenho 1, em cima (esquerda) são as crianças na hora do recreio comendo a merenda que a tia fez para eles, estão sentados os amigos juntos. Embaixo os meninos estão jogando futebol, está na hora da educação física. Eles jogam muito bem – ele é o goleiro do lado esquerdo. Em cima (direita) é a diretora com a menina que havia jogado um pedaço de papel no chão. A diretora está brigando com a menina porque ela jogou o papel no chão, ela briga com todo mundo. Disse que a escola é muito legal, que gosta muito de ir lá.

Fez então o desenho 2, respondendo ao pedido: desenhe sua família.



Figura 1



Figura 2

Em uma sessão posterior, quando oferecidos materiais lúdicos, Pedrinho construiu uma família de passarinhos. Na família estavam representados a mamãe, o papai e o “filinho”; posteriormente surgiu a namorada do “filinho” e seus filhotinhos. Na história relatava o quanto a mãe cuidava do seu filho, não o deixava sozinho, mas que mesmo assim ele não se sentia bem cuidado; já o pai

permanecia sempre distante. Um dia o “filho” encontrou uma namorada e logo tiveram seus filhotinhos, mas mesmo assim continuou morando com a mãe e fazia tudo o que a mãe pedia, isto porque ele não podia sair do lado dela.

Estes desenhos, juntamente com o que falou sobre eles e o contato com a estagiária, sugerem que Pedrinho não é uma criança hiperativa, mas sim com problemas quanto à dinâmica familiar.

Sendo um processo transpassado pela subjetividade – do psicólogo e dos clientes – nossa principal ferramenta para compreendermos o que se passa somos nós mesmos e a nossa percepção e condição de estar junto com eles todos, a criança, a família, o meio, para que eles próprios possam esclarecer o que acontece e, assim, tomar providências.

Mas outras ferramentas se fazem necessárias – até porque em muitas situações tem sido necessário mostrar de forma objetiva como chegamos naquele entendimento; não podemos nos furtar a isso! Muitas vezes precisamos de instrumentos objetivos para discriminar de forma adequada o que estamos investigando, sob pena de cometermos graves erros que podem trazer muitos prejuízos não só para a criança, para a família ou para as pessoas envolvidas, mas para a sociedade como um todo.

Aqui entram os testes psicológicos – para compreender, elucidar e ajudar e não para rotular, discriminar e excluir – levando assim a um encaminhamento que parte de uma síntese compreensiva que engloba todos os dados. Por isso que tanto se fala que o resultado num teste não tem sentido em si mesmo, isolado, mas sim dentro do contexto da avaliação, junto com os demais dados tanto de outros testes como da dinâmica familiar, do contexto econômico e social em que o caso está inserido, da história de vida, do nosso contato com as pessoas envolvidas – subjetivo, sim, mas que deve alcançar uma compreensão objetiva.

Então, após a entrevista com os pais, que pode levar tantas sessões quanto for necessário para esclarecer qual é a queixa, vamos conhecer a criança. Em geral usam-se brinquedos, para conhecer a criança observando como ela brinca – como lida com uma situação não estruturada, mas padronizada, em que vai nos contar o que acontece com ela pela sua maneira de brincar. Aqui entra o Ludodiagnóstico, tal como definido por Affonso (1998), investigando a “*presença das noções espaço-temporais e causais*”.

Da mesma maneira vamos usar os testes psicológicos, sempre tendo clareza que estes não são um fim em si mesmos, mas um meio para se compreender o que ocorre. Os testes e o ludodiagnóstico ou a brincadeira da criança são instrumentos e como tal, devem ser entendidos. O que requer do profissional conhecimento profundo de desenvolvimento infantil.

Verificamos a existência ou não de fatores orgânicos que se relacionem à queixa (anamnese; testes como o Bender; avaliação neuropsicológica, etc.) bem como de déficit intelectual. O WISC é bastante utilizado; visa descobrir o que a criança é capaz de fazer com as informações e experiências obtidas ao longo de seu desenvolvimento e a sua capacidade de adaptação à realidade. Enquanto este avalia mais a capacidade adaptativa do sujeito, testes como o Raven, o R-2 e outros de fator g da inteligência avaliam mais o potencial da criança, estão menos relacionados a tarefas nitidamente acadêmicas. (Safra, in Ancona-Lopez, 1987).

É comum observarmos que resultados elevados nestes testes apontam para uma capacidade intelectual na média ou acima da média e boa adaptação à realidade, mas nem sempre os resultados baixos significam uma deficiência intelectual – podem ser resultantes de um contato pobre com o real em função de problemáticas emocionais mais ou menos intensas, de fatores da dinâmica familiar que geram a inibição intelectual (Souza, 1995) – que pode ser uma forma de impedir o conhecimento e a compreensão daquilo que pode provocar uma angústia insuportável.

Lílian e Liliane são irmãs gêmeas de 9 anos e 7 meses cursando o 4º ano do Ensino Fundamental, sendo que Lílian estava considerada reprovada na escola já em outubro daquele ano letivo, frequentando a escola apenas para não ficar em casa. Liliane porém é tida como boa aluna, deve ser aprovada ao final do ano, segundo a professora. Não têm irmãos, o pai deixou a família há “muito tempo” e a mãe trabalha como doméstica em casa de família. Ambas foram submetidas aos testes Raven, WISC III e Bender e ambas obtiveram praticamente a mesma classificação, sendo que Lílian estava no Percentil 80 – 90, classificando-se definitivamente acima da média, assim como a irmã, com Percentil 80 no Raven. Ambas apresentaram desenvolvimento visomotor acima do esperado para sua idade e na faixa médio superior no WISC III.

No caso de Caio, de 15 anos, com dificuldades de aprendizagem, foi aplicado o teste WISC III e seu desempenho esteve sempre abaixo do limite mínimo de normalidade (média 5), sendo ainda pior nos subtestes de execução (média < 3). Este foi um dado objetivo importante para pensarmos no prejuízo que ele apresenta e na necessidade de trabalhar com os pais para que estes diminuam as expectativas quanto à formação universitária do filho, aceitando-o com suas limitações e inserindo-o no mundo da forma possível. Em sessões de caráter mais lúdico, quando lhe eram oferecidos jogos e demais materiais, Caio demonstrava preferência por aqueles destinados a crianças de 10 anos de idade. Diante destes jogos, relativamente simples para sua idade, Caio conseguia ter um bom desempenho, demonstrando prazer na realização de tais atividades, em detrimento ao sentimento de angústia que ficavam evidentes em seus relatos do dia a dia escolar, que não conseguia acompanhar. As dificuldades de Caio puderam ser percebidas tanto nos testes objetivos, quanto na observação lúdica.

Diz Souza (1995, p.57):

“... ao entrar para a escola, a criança já passou por um longo processo de exploração do mundo, que vai da curiosidade ao desejo de aprender, do princípio do prazer ao princípio da realidade, da onipotência da fantasia ao pensamento e da relação exclusiva e primordial com a mãe em direção ao pai e ao mundo externo.”

Compreender como este processo se deu ou está se dando com a criança e seus pais é a tarefa da avaliação psicológica, incluindo o brincar, pois é brincando que a criança se expressa e se relaciona com o mundo – a dificuldade no brincar nos mostra os entraves pelos quais a criança passa, assim como os testes. Usamos tanto os testes projetivos, como os desenhos, o procedimento de desenho-estória, o Teste das Fábulas, CAT, desenhos, etc., como a brincadeira – ou qualquer recurso que permita nos aproximarmos da criança e compreender seu funcionamento psíquico. Estes, no entanto, são mais facilmente aceitos pela comunidade dos psicólogos e estudantes – embora as críticas quanto à objetividade e previsibilidade dos resultados ainda sejam muito freqüentes.

Um exemplo em que o Teste das Fábulas permitiu compreender o que a criança estava vivendo foi o de Juliana, de 11 anos e 2 meses, frequentando a 5ª série; a queixa trazida pelo pai foi de crises de choro na escola e medos (que o irmão morra – tratava-se de dependente químico com histórico policial). Os pais são separados, a mãe esteve presa, a nova esposa do pai bem como sua irmã mais velha, de 16 anos, estão grávidas – todas moram com o pai.

Fábula do passarinho: Um papai e uma mamãe pássaros e seu filhote passarinho estão dormindo num ninho, no galho. De repente, começa a soprar um vento muito forte que sacode a árvore e o ninho cai no chão. Os três passarinhos acordam num instante e o passarinho papai voa rapidamente para uma árvore, enquanto a mamãe passarinho voa para outra árvore. O que vai o filhote passarinho? ele já sabe voar um pouco.....

(R) Ele vai pegar vai fazer um ninho, vai encontrar com os amigos, vai construir um ninho. Vai achar um ratinho que é a mãe dele.

(P) E o pai e a mãe dele?

(R) Eles ficaram muito tristes.

(P) Por quê?

- (R) Porque perderam o filhinho deles.
- (P) Por que ele quis ficar sozinho?
- (R) Porque os bichos queriam comer ele.
- (P) Como ele se sentiu?
- (R) Triste, sente falta do pai e da mãe.
- (P) E o papai e mamãe?
- (R) Felizes.

Fábula do sonho mau: Uma criança acorda de manhã, muito cansada e diz: Ai, que sonho mau que eu tive! Com o que ela sonhou?

- (R) Ela sonhou que o pai dela tinha morrido.
- (P) Como foi o sonho?
- (R) Tinha levado um monte de tiro.
- (P) Por que mataram ele?
- (R) Porque ele era maloqueiro.
- (P) Como ela se sentiu?
- (R) Está muito feliz, porque ela esqueceu tudo e foi pro orfanato e foi adotada.
- (P) Como era a família que adotou ela?
- (R) Muito feliz.
- (P) O que ela pensa do pai dela?
- (R) Sente muita falta dele.
- (P) A família dela tinha outras pessoas além do pai?
- (R) Sim, mas ela nunca conheceu.

Com as respostas fornecidas pela criança pôde-se perceber o sentimento de rejeição que ela sentia, pensando que não havia lugar para ela naquela família; além do medo que o irmão tivesse o mesmo destino da mãe.

Daí a **importância da formação adequada nos testes**, da importância de conhecer os instrumentos para poder utilizá-los adequadamente, porque não são os testes que causam prejuízos, mas os profissionais mal formados e incompetentes. É preciso se apropriar das técnicas para usá-las adequadamente, a favor do sujeito, e assim impedir que crianças sejam avaliadas e rotuladas como deficientes, a partir de instrumentos criados em outros países e cujas normas foram estabelecidas para populações de diferentes culturas e experiências, portanto que não servem como instrumento de avaliação das crianças brasileiras. Assim, faz-se necessária a criação de outras possibilidades de instrumentos de avaliação, visando beneficiar a população e a sociedade, instrumentos construídos e padronizados de acordo com o rigor científico e tabelas de normas específicas para a nossa população. O que tem sido melhorado a partir da Resolução do CFP a esse respeito.

Respondendo às questões colocadas para esta mesa, podemos dizer que o brincar serve para avaliar as crianças, pois a possibilidade de brincar é um dos indicadores mais seguros da saúde emocional da criança; mas seria o Ludodiagnóstico um procedimento técnico que poderia ser chamado de teste psicológico? Penso que não o chamaria de teste, e não é somente um teste o que permite a realização de um psicodiagnóstico bem feito, mas acima de tudo a nossa observação do comportamento da criança.

Um pergunta com a qual costumamos nos deparar é para que serve avaliar? A quem serve essa nossa avaliação, à criança, aos pais, para tranquilizar-nos enquanto psicólogos, aqueles que sabem sobre o outro aquilo que ele não sabe? Há que se saber usar o teste, o brincar, a observação, o desenho, como um instrumento e não com algo com fim em si mesmo.

O termômetro não é culpado pela febre do paciente, ele apenas mede a temperatura e o médico deve usar a informação da temperatura medida pelo termômetro com outras informações obtidas

pelo exame e observação do paciente, das informações dadas pelo paciente sobre os seus sintomas para investigar a causa do problema e fazer um diagnóstico. O teste é como um termômetro que vai ajudar a determinar o problema e levar a conclusões diagnósticas, a partir de todo o histórico do caso e das informações dadas por outros exames. O psicólogo vai fazer a mesma coisa.

Conforme afirmam Sundberg e Tyler (*apud* Matarazzo, 1976, p. 5/6):

*“A solução não seria a proibição de todos os testes. Não usar um teste quando existe um bom à disposição é tão anti-ético quanto empregar mal um outro. A verdade nessa questão é que **os testes são instrumentos**. Nas mãos de uma pessoa capaz e criativa, podem ser empregados com resultados notáveis. Nas mãos de uma pessoa inábil ou inescrupulosa, tornam-se um perversão pseudocientífica.”*
(grifos da autora)

O que temos observado é que, por um lado, na prática na profissão os psicólogos não têm se atentado para uma formação qualificada para então empregarem os instrumentos psicológicos com competência técnica e ética. Partimos do ponto de vista de que ética e técnica não são aspectos separados. A falta da formação adequada leva ao uso incorreto tanto técnica quanto política e eticamente.

Referências Bibliográficas

- AFFONSO, R. M. L. Ludodiagnóstico: a teoria de J. Piaget no estudo do jogo e do diagnóstico infantil - 2a. Ed.. 2. ed. Taubaté: Cabral, 1998. v. 1. 167 p.
- ANCONA-LOPEZ, M. (org.) Avaliação da inteligência. São Paulo: EPU, 1987.
- ANCONA-LOPEZ, M. (org.) Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo: Cortez, 1998.
- BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A. e ALVES, Z.M.M.B. Alcances e limites do Psicodiagnóstico Interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2004, vol.14, n.28 [cited 2009-09-20], pp. 153-167 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200005&lng=en&nrm=iso>.
- ISSN 0103-863X. doi: 10.1590/S0103-863X2004000200005.
- CUNHA, J.A. e colab. Psicodiagnóstico - R. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MATARAZZO, J.D. Wechsler - medida e avaliação da inteligência do adulto. São Paulo: Manole, 1976.
- OCAMPO, M.L.S. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- SOUZA, A. S. L. Pensando a inibição intelectual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- TRINCA, W. e col. Diagnóstico Psicológico a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.

Instituição

Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Departamento de Psicologia Clínica, Campus de Assis, São Paulo, Brasil.

Síntese Curricular

Helena Rinaldi Rosa é professora assistente doutora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Assis, em Avaliação Psicológica. Graduação, mestrado e doutorado pela Universidade de São Paulo. E.mail para contato: helenarr@assis.unesp.br

Como e Para Que Montar uma Brinquedoteca

Edda Bomtempo

Resumo

A brinquedoteca é um espaço organizado de brinquedos, que permite a observação da criança de uma forma mais completa. A ampla variedade de brinquedos que é colocada na mão de uma criança, neste espaço, estimula não só as atividades lúdicas e coletivas como também permite rica e ampla variedade de jogos e brincadeiras. Em uma brinquedoteca podemos observar desde o simples tocar em um objeto até um comportamento mais complexo, como é o caso da brincadeira em grupo. A brinquedoteca apresenta, também, a vantagem de dar oportunidade às crianças de experimentar o brinquedo, antes de escolhê-lo. O consumo passa a ser mais consciente e a criança tem condições de testar os brinquedos e verificar se a imagem que tinha deles, por meio da propaganda, era verdadeira. Podemos, também, obter informações importantes em relação aos brinquedos que as crianças escolhem e com as quais brincam. Características em relação aos brinquedos, como: qualidades do brinquedo, preferência por tipo de brinquedo, tempo de permanência com o brinquedo, número de brinquedos com os quais a criança brinca ao mesmo tempo e tipo do material com o qual o brinquedo é construído, vão nos dar uma leitura da criança que vai além do que o adulto muitas vezes possa perceber, o que se torna de extrema importância para pais, professores e fabricantes. Podemos dizer que a brinquedoteca enriquece as experiências lúdicas das crianças, permitindo maior conhecimento do mundo e maior integração à vida social.

Palavras-chave

Brinquedoteca, brinquedos, brincadeiras, jogos.

Artigo

O Estatuto da Criança e do Adolescente coloca o brincar no mesmo patamar da saúde e da educação. Porém, atualmente, os espaços de brincadeiras se tornam cada vez menores, principalmente em áreas urbanas. As crianças vivem a maior parte do tempo confinadas em apartamentos, vendo TV ou na frente do computador. A violência é outro fator que contribui para a diminuição dos espaços de brincadeira nas grandes cidades. Brinquedos e jogos são de grande importância na socialização da criança, pois é brincando que o ser humano se torna apto a viver numa ordem social e num mundo culturalmente simbólico. Ainda, é por meio da atividade lúdica que a criança interioriza os valores éticos da sociedade a que pertence. O crescente número de brinquedotecas no Brasil aponta a importância desse espaço como um lugar privilegiado de encontro com a criança, onde ela tem acesso a um grande número de brinquedos variados que lhe permitem verificar se a imagem que ela tem do mesmo pela propaganda é verdadeira. A brinquedoteca, ainda, permite a experimentação da criança, ao observar a preferência de várias faixas etárias por este ou aquele brinquedo; informa importantes características dos brinquedos com os quais as crianças brincam. Alguns aspectos a destacar: - qualidades do brinquedo - preferência por tipo de brinquedo - tempo de permanência com o brinquedo – número de brinquedos com os quais a criança brinca ao mesmo tempo - tipo de material com o qual o brinquedo é construído Por outro lado, condições de uso e segurança dos brinquedos; modalidades de brincadeiras que são induzidas por esse ou aquele brinquedo; vantagens e desvantagens trazidas pela utilização de determinado brinquedo, e até melhoria na confecção e acabamento das peças de determinados brinquedos devem ser levadas em conta. A exemplo das bibliotecas que possuem salas de leitura coletiva, toda brinquedoteca bem instalada deve possuir um local amplo onde as crianças possam brincar com os brinquedos. Um espaço onde a criança possa se expressar livremente (sala de dramatização, contos de fada...) também seria desejável. Outro espaço importante na brinquedoteca é o espaço dos cantinhos, que representam vários interesses como: construção; faz-de-conta; casa; leitura; etc. A brinquedoteca também contribui para a educação da criança na família, pois os pais, brincando com os seus filhos, estarão mais próximos do seu mundo e poderão compreendê-los melhor. O trabalho em uma brinquedoteca requer formação

profissional específica. Suas exigências são múltiplas e cada vez maiores. Ao brinquedista ou responsável pela brinquedoteca cabe não só o atendimento ao público como, também, a aquisição, manutenção e classificação dos brinquedos. Além disso, ele pode figurar como organizador e animador de brincadeiras, tendo, porém, sempre presente que o mais importante é o interesse espontâneo da criança. Provavelmente, se uma criança se acostuma a frequentar a brinquedoteca, com certeza mais tarde chegará a frequentar as bibliotecas, os teatros e as salas de concertos.

Referências Bibliográficas

Bomtempo, E. Brinquedoteca: o espaço da criança. *Idéias*, vol.7, pp.68-72, 1990. Bomtempo, E. Brinquedoteca: espaço de observação da criança e do brinquedo. In: Friedmann, A. (et alii), *O Direito de Brincar: A brinquedoteca*. São Paulo, Scritta: Abrinq, pp.77-82, 1992. Bomtempo, E. *Brincando se aprende: uma trajetória de produção científica*. Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo, São Paulo, pp.117-146, 1997.

Instituição

Universidade de São Paulo

Síntese Curricular

Edda Bomtempo é Professora Doutora pelo Instituto de Psicologia da USP. Docente do programa de pós-graduação em psicologia escolar e do desenvolvimento humano do IPUSP. Pesquisadora na área de jogos, brinquedos e brincadeiras e autora de vários livros e artigos científicos sobre o brincar.

A IMPORTÂNCIA DO SIMBÓLICO NO PROCESSO DE INCLUSÃO

Vera Lúcia Bonato

Resumo

A importância do simbólico no processo de inclusão Os símbolos são a fonte, constituem o cerne de nossa vida imaginativa, revelando segredos, conduzindo-nos aos recônditos do espírito humano. A expressão simbólica manifesta-se, seja de dia ou de noite, através da linguagem verbal, corporal, onírica, dando forma aos nossos anseios, desejos, temores e empreendimentos. Na concepção de Jung, através da perspectiva simbólica, o ser humano assume uma postura existencial em que o real, descrito apenas como o que pode contatar via consciência, não esgota a vida. Estamos considerando que toda apresentação nos remete ao significado que está além da aparência externa, que consideremos um fato, uma circunstância, quer o próprio ser humano ou o mundo. Ao remetermo-nos à consideração simbólica não estamos apenas nos referindo a uma linguagem, mas estamos propondo uma maneira de encarar a vida e de situarmo-nos frente ao mundo. Constituindo-se na forma externa e visível das realidades internas presentes, ela nos apresenta a uma nova leitura do mundo e do ser humano. Aprendemos ver os próprios fatos e acontecimentos como símbolos: um sinal visível de uma realidade invisível, ideal. Podemos penetrar no sentido íntimo de nós mesmos e dos fatos, alcançando a idéia que está sendo expressa em toda e qualquer manifestação, funciona como um elemento intermediador de passagem de uma atitude para outra. Investir esforços na qualidade das relações interpessoais é, com certeza, vislumbrar caminhos, esperança na intencionalidade do desenvolvimento das esferas do simbólico no processo de inclusão. O fato de o homem ter criado (e criar) ferramentas psicológicas, signos, significa forma especificamente humana de ser, que faz nascer novas estruturas. Pensar a significação é pensar o fazer-se homem – hominizá-lo.

Palavras-chave

SÍMBOLO; BRINCADEIRA SIMBOLICA; ATIVIDADES LUDICAS SIMBOLICAS

Artigo

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DO SIMBOLICO PARA O PROCESSO DE INCLUSÃO. Autor: Vera Lúcia Bonato Introdução: Os símbolos são a fonte, constituem o cerne de nossa vida imaginativa, revelando segredos, conduzindo-nos aos recônditos do espírito humano. A expressão simbólica manifesta-se, seja de dia ou de noite, através da linguagem verbal, corporal, onírica, dando forma aos nossos anseios, desejos, temores e empreendimentos. Winnicott (1975, p. 61) considera que a origem do simbolismo pode estar no caminho que passa do subjetivo para o objetivo, traduzido pelo objeto transicional, o primeiro brinquedo. A brincadeira simbólica enriquece o desenvolvimento da criança, porque ela experimenta outra forma de pensar dando início a sua vida imaginativa. Além disso, a criança amplia suas concepções sobre os objetos, eventos e as pessoas uma vez que desempenha vários papéis sociais ao representar diferentes personagens durante a brincadeira. Isto só se desenvolve quando a criança se conectou afetivamente com um adulto que foi modelo, referência e parceiro sócia. Para Piaget (1978) o modo de brincar simbólico vem a ser uma manifestação de estruturação mental representativa da criança. Na brincadeira simbólica, a imaginação que deforma a realidade vem a ser a forma de brincar, enquanto o conteúdo se constitui de situações da vida afetiva. O elemento simbólico está vinculado ao ingresso na cultura, sob a égide da normativa social. É o lugar que o sujeito ocupa no campo subjetivo e que também decorre das relações construídas. Algumas esferas do simbólico foram privilegiadas: O desenho – historicamente, o homem utilizou-se dos desenhos para registrar seus sentimentos e ações muito antes de empregar símbolo que registrassem especificamente a fala. A narrativa – organização no tempo e no espaço, os relatos de fatos da vida, os segredos, os desejos, as histórias ouvidas, vividas ou imaginadas. A dramatização – colocar-se no lugar do outro e de si mesmo, interpretando-se como personagem ou interpretando outro personagem, realizando ações que

não realizaria de outra forma. O jogo - Axline (1975) afirma que o jogo constitui para a criança um meio natural de auto expressão e proporciona a possibilidade de exercitar seus sentimentos e problemas. Narrações míticas – Franz (1981), em uma abordagem junguiana, mostra que os mitos e conto de fadas são historias arquetípicas que tem origem nas experiências individuais em estado de vigília. No brincar a criança vai sentindo o caminho, provando-se a si mesma, desenvolvendo sua personalidade, tomando responsabilidade. A criança adquire valor de seguir adiante, de converter-se em um individuo mais maduro e independente. .Objetivo: a presente artigo apresenta conceito de símbolo, desenvolvimento simbólico e recursos simbólicos que auxiliam no processo de inclusão. Considerações finais: A brincadeira fornece, pois, ampla estrutura para mudanças da necessidade e da consciência, criando um novo tipo de atitude em relação ao real. Nela aparece a ação na esfera imaginativa numa situação de faz-de-conta, a criação das intenções voluntárias e a formação dos planos da vida real e das motivações, constituindo-se, assim, a habilidade que tem a criança para ser um individuo pensante, independente e construtivo.

Referências Bibliográficas

AXLINE, V.M. (1975) Terapia de juego. México: Diana BATES, E. (1976). Language and context: the acquisition of pragmatics. New York: Academic Press. BESSA, M. (1970) Artes plásticas entre as crianças. Rio de Janeiro: José Olympo. CANEVARO, A. (1993) Fondamenti di Pedagogia e di didattica. Roma-Bari. Ed. Laterza. CRACUSHANSKY, S.R. (1988). Vínculos e mitos: uma introdução à mitanalise. São Paulo. Ágora DE LEMOS, C.. (1992). Prefácio. In: PERRONI, M. C. Desenvolvimento do discurso narrativo. São Paulo: Martins Fontes. HOBSON, P. (1993) The emotional origins of social understanding. Philosophical Psychology, 6, 227-249. JUNG, Carl G.; FRANZ M. L. V.; HENDERSON, Joseph et al. (1964.) O Homem e Seus Símbolos. 15. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, KLEIN, M. (1978) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê (1952). In; Klein, M. ET alii. Os progressos da psicanálise., 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar. LEBOVICI, S. e Soulé, M. (1980) O conhecimento do avanço pela psicanálise. Rio de Janeiro. Zahar. MORIN, E. (2000) A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, MULLAHY, P. (1978) Édipo, mito e complexo: uma critica da teoria psicanalítica. / TRD. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar. OLIVEIRA, V.B. de; BOSSA, N. (2009) Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos . Org. 8ed. São Paulo: Vozes PIAGET, J. (1961) Les mecanismes perceptifs. Paris: PUF PIAGET, J. (1978) A formação do símbolo na criança. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar SEGAL, H. (1975) Introdução à obra de Melaine Klein. Rio de Janeiro. Imago WINNICOTT, D. W. 1975 O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, STERN, D. (1992). O mundo interpessoal do bebê: uma visão psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas. A importância do simbólico para o processo de inclusão Os símbolos são a fonte, constituem o cerne de nossa vida imaginativa, revelando segredos, conduzindo-nos aos recônditos do espírito humano. A expressão simbólica manifesta-se, seja de dia ou de noite, através da linguagem verbal, corporal, onírica, dando forma aos nossos anseios, desejos, temores e empreendimentos. Na concepção de Jung, através da perspectiva simbólica, o ser humano assume uma postura existencial em que o real, descrito apenas como o que pode contatar via consciência, não esgota a vida. Estamos considerando que toda apresentação nos remete ao significado que está além da aparência externa, que consideremos um fato, uma circunstancia, quer o próprio ser humano ou o mundo. Ao remetermo-nos à consideração simbólica não estamos apenas nos referindo a uma linguagem, mas estamos propondo uma maneira de encarar a vida e de situarmo-nos frente ao mundo. Constituindo-se na forma externa e visível das realidades internos presentes, ela nos apresenta a uma nova leitura do mundo e do ser humano. Aprendemos ver os próprios fatos e acontecimentos como símbolos: um sinal visível de uma realidade invisível, ideal. Podemos penetrar no sentido intimo de nós mesmos e dos fatos, alcançando a idéia que está sendo expressa em toda e qualquer manifestação, funciona como um elemento intermediador de passagem de uma atitude para outra. Para Klein : “A criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica, através de jogos e brinquedos. Ao fazê-lo utiliza os mesmos modos arcaicos e filogenéticos de expressão, a mesma linguagem com que já nos familiarizamos nos sonhos...” (1978 p 216-255). A saída progressiva da posição depressiva, a aquisição da função de simbolizar, o uso da linguagem são bases para a diferenciação entre o vital e o intelectual. Assim como a formação de símbolos constitui uma forma de lidar com a ansiedade persecutória, já que desde a terna infância

as crianças vivenciam impulsos sexuais, angústias, fantasias e ansiedades, e constata que uma maneira de “descarregá-las” é a brincadeira. Conforme Segal (1957 p86-88) o símbolo é uma criação do ego e pode ser reprojeto no meio externo, guardando apenas um significado simbólico; “a formação simbólica é o produto de uma perda, é o trabalho criativo que envolve o sofrimento e todo o trabalho de luto” Winnicott (1975, p. 61) considera que a origem do simbolismo pode estar no caminho que passa do subjetivo para o objetivo, traduzido pelo objeto transicional, o primeiro brinquedo. A utilização do objeto transicional é ao mesmo tempo a utilização do primeiro símbolo e da primeira brincadeira. O brincar é, além de uma busca de prazer, uma forma de lidar com a angústia. É uma necessidade para o desenvolvimento de uma personalidade sadia, crê que a atividade lúdica, originalmente, desponta como meio de elaborar o luto pela perda dos cuidados maternos, quando o bebê começa a perceber que está separado da figura materna e se cria um espaço potencial entre ambos. De acordo com Bates (1976), a capacidade simbólica se inicia quando as ações comunicativas espontâneas, os gestos e os sinais convencionais se transformam em palavras com valor referencial. Isto é, ocorre um processo gradual da passagem das ações do bebê como sinais naturais, aos gestos como sinais convencionais ou ações intencionais, à transformação desses últimos em fala referencial ou símbolo. A emergência das capacidades de compartilhar a atenção e de usar o símbolo permite que as crianças se tornem parceiros ativos na “dança” da comunicação intencional. O desenvolvimento das competências simbólicas do ser humano assume estreita relação com as trocas sócio-afetivas que permeiam as relações recíprocas entre mãe e bebê e a partir das sintonias afetivas que se constituem desde o nascimento é que ocorre todo o desenvolvimento humano, inclusive o aprendizado e crescimento da cultura. Segundo Stern (1992), A sintonia afetiva é a forma mais importante da intersubjetividade para que haja um contexto adequado para o desenvolvimento da capacidade simbólica, pois capacita a criança a captar a qualidade do estado emocional da mãe permitindo que ela perceba que a mãe compartilha a sua experiência, especialmente a parte afetiva dela. A experiência se torna tanto para a mãe quanto para a criança um “nós” experimentamos e não um “eu” experimentei. Hobson (1993) postula que, por volta do primeiro ano de vida, a criança apresenta capacidade de referenciação social ou seja é capaz de significar a expressão emocional da mãe, correlacionando-a com a situação ou evento e, então a criança reage expressando seu próprio sentimento e ação em relação ao dado evento e reflete sinais de que a criança pequena compreende que os objetos e eventos podem ter diferentes significados afetivos para diferentes pessoas. Um exemplo disto é a brincadeira de faz-de-conta na qual a criança, por exemplo, usa um pedacinho de madeira para fazer de conta que é um carrinho ou uma vassoura para fingir ser um cavalinho. A brincadeira simbólica enriquece o desenvolvimento da criança, porque ela experimenta outra forma de pensar dando início a sua vida imaginativa. Além disso, a criança amplia suas concepções sobre os objetos, eventos e as pessoas uma vez que desempenha vários papéis sociais ao representar diferentes personagens durante a brincadeira. Isto só se desenvolve quando a criança se conectou afetivamente com um adulto que foi modelo, referência e parceiro social. Para Piaget (1978) o modo de brincar simbólico vem a ser uma manifestação de estruturação mental representativa da criança. Na brincadeira simbólica, a imaginação que deforma a realidade vem a ser a forma de brincar, enquanto o conteúdo se constitui de situações da vida afetiva. O símbolo fornece à criança os meios de assimilar a realidade aos seus desejos e interesses, lhe dá condições de lidar com a realidade efetiva e afetivamente e de estruturá-la cognitivamente a nível interno, imagético. O símbolo se alicerça na construção do real e o processo de formação do símbolo nos mostra uma diferenciação e uma internalização progressivas do significante. O processo de diferenciação gradativa do significante ao significado se manifesta como a criança brinca ou imita havendo vários níveis de brincadeira simbólica e de imitação. (Piaget, 1961, p.357) Conquistada essa diferenciação significativa significado, através da ação a criança pouco a pouco aprende a lidar com os significantes: individuais – imagens mentais- e coletivos – signos verbais-. A brincadeira simbólica dá à criança a possibilidade de ir até o outro, experimentar ser como se fosse o outro e voltar até si mesma, dá também a maravilhosa possibilidade de ir até a fantasia, vivê-la intensamente e poder voltar à realidade, sem se perder pelo caminho ou se fixar na situação imaginária. É esse ir até a situação vivida pelo outro, projetando-se nele, ou introjetando-o em si acompanhado da volta a si mesmo, assim como ir até a fantasia e voltar a realidade que dão vida e flexibilidade cada vez maiores ao pensamento infantil. O sistema, à medida que se abre às perspectivas

alheias, delimita e circunscreve as próprias. O ir e vir incessante até o outro, até a fantasia, pouco a pouco constrói a noção de si mesmo como um todo e acontece o meio também um todo, do qual ela faz parte ativa. A Brincadeira simbólica, por ser zona fronteira entre a realidade e a fantasia, entre o eu e o outro, entre o consciente e o inconsciente, muito próxima do sonho, dá realmente condições à criança de representar situações carregadas de afeto e emoção, e de se aproximar de forma mais criativa de conteúdos angustiantes. Há possibilidades também de viver os medos e as tensões do outro, de inverter papéis e, portanto, de compreender melhor as relações vividas. (OLIVEIRA;BOSSA) A inclusão vista atualmente é baseada ou analisada pelas suas construções relacionais. a noção de símbolo, num contexto sócio-cultural está na apropriação de elementos da cultura e na significação única que cada sujeito faz. Essa apropriação é que permite a sua inserção no ambiente cultural e a expansão das cognições que o colocam em contato com os demais indivíduos. (CANEVARO, 1993). Assim, numa metáfora, podemos dizer que o símbolo seria o representante do cognitivo e o significante o elemento cultural-social. O elemento simbólico está vinculado ao ingresso na cultura, sob a égide da normativa social. É o lugar que o sujeito ocupa no campo subjetivo e que também decorre das relações construídas. Às vezes a criança não pode renunciar a sua primeira e mais forte relação objetual e os símbolos não podem, então; substituir os objetos; outras pelo contrario, encontram aí uma ocasião gratificante para desviar-se da pungência dos conflitos e para controlar a angustia e o objetivo. É preciso que a manipulação dos símbolos desligue-se da relação objetual, pois “ é sobre o simbolismo que se edifica a relação do sujeito com o mundo exterior e com a realidade em geral” Jones, apud Lebovici e Soulé (1980). Klein (1970) afirma que quando a repressão é muito intensa, a criança não consegue passar da identificação à simbolização e seu desenvolvimento fica inibido. Consiste um desafio buscar um caminho no qual se reconheça como humano, com desejos, não alienado no outro, mas um caminho possibilite sua realização enquanto ser humano e que permita delinear o processo de transformação da consciência. Investir esforços na qualidade das relações interpessoais é, com certeza, vislumbrar caminhos, esperança na intencionalidade do desenvolvimento das esferas do simbólico no processo de inclusão. Para VIGOTSKI (1996), o fato de o homem ter criado (e criar) ferramentas psicológicas, signos, significa forma especificamente humana de ser, que faz nascer novas estruturas. Pensar a significação é pensar o fazer-se homem – hominizar-se. Algumas esferas do O desenho – historicamente , o homem?simbólico foram privilegiados por mim : utilizou-se dos desenhos para registrar seus sentimentos e ações muito antes de empregar símbolo que registrassem especificamente a fala. Considerada dessa forma a comunicação pelo desenho é uma linguagem elementar. Com Winnicott (1975) o desenho ganha um novo significado sobre os fenômenos transicionais que são definidos como área intermediária da experiência. O desenho pode ser visto como possuindo a mesma naturalidade e como meio de expressão e comunicação na intermediaria entre a realidade interna e externa. Bessa (1970) sugere que é através da expressão livre, o desenho, que ocorre a síntese entre a expressão do EU e a submissão ao real. “ A criança não reconhece barreiras entre o possível e o impossível, mesmo nos desenhos representativos, com intenção realista, ela não A narrativa – organização no?define os limites entre a realidade e a fantasia” tempo e no espaço, os relatos de fatos da vida, os segredos, os desejos, as histórias ouvidas, vividas ou imaginadas... “A aquisição da narrativa é um indício importante de uma nova relação [do sujeito] com a linguagem. É o momento em que [o sujeito] não depende mais da interpretação/enunciado imediato do outro/interlocutor; em que a progressão do seu discurso já repousa sobre sua própria possibilidade, interpretando o já dito, lançar o que está por dizer” (DE A dramatização – colocar-se no lugar do outro e de si mesmo,?LEAMOS, 1992). interpretando-se como personagem ou interpretando outro personagem, realizando ações que não realizaria de outra forma. “O que ocorre é uma reprodução da situação real (...). E sendo um aspecto do brincar, “é a criação de uma nova relação entre o campo do significado e o campo da percepção visual – ou seja, O jogo -?entre situações no pensamento e situações reais” (VIGOTSKY, 1988) Axline (1975) afirma que o jogo constitui para a criança um meio natural de auto expressão e proporciona a possibilidade de exercitar seus sentimentos e problemas. Nessa situação, permite-se a criança ensaiar suas sensações acumuladas de tensão, desgosto, frustrações, inseguranças, agressividade, medo, irritação e confusão. Ao ensaiá-las, exteriorizá-las, as vê e aprende dominá-las ou reprimi-las. Graças ao brincar alcança a estabilidade emocional, a maturidade psicológica. No jogo, operar com o significado dos objetos, do tempo, do espaço, das

regras, é um modo semiótico de lidar com o real e o imaginário. Com o jogo, unido ao prazer, ao gosto, ao lúdico, “aprende-se a seguir os caminhos mais difíceis, subordinando-se a regras e, por conseguinte, renunciando ao que ela quer, uma vez que a sujeição a regras e a renúncia à ação impulsiva constitui o Narrações míticas – Franz?caminho para o prazer no brinquedo”(VYGOTSKY, 1988). (1981), em uma abordagem junguiana, mostra que o mitos e conto de fadas são histórias arquetípicas que tem origem nas experiências individuais em estado de vigília. Mullahy (1978) fala da mitologia como uma função social, capaz de desviar os poderosos instintos recalcados para uma satisfação obtida em nível de fantasia. Carcushansky (1988) comenta que os mitos tem sido interpretados de diversas maneiras , como expressão do pensamento , das intenções e das necessidades de um determinado agrupamento humano. Interessa-nos , no entanto, captar o mito, no sentido de que forneça modelos originais para a conduta humana cujas representações podem dar significado e valor à existência humana. No brincar a criança vai sentindo o caminho, provando-se a si mesma, desenvolvendo sua personalidade, tomando responsabilidade. A criança adquire valor de seguir adiante, de converter-se em um indivíduo mais maduro e independente. A brincadeira fornece, pois, ampla estrutura para mudanças da necessidade e da consciência, criando um novo tipo de atitude em relação ao real. Nela aparece a ação na esfera imaginativa numa situação de faz-de-conta, a criação das intenções voluntárias e a formação dos planos da vida real e das motivações, constituindo-se, assim, a habilidade que tem a criança para ser um indivíduo pensante, independente e construtivo.

Referências Bibliográficas

AXLINE, V.M. (1975) Terapia de juego. México: Diana BATES, E. (1976). Language and context: the acquisition of pragmatics. New York: Academic Press. BESSA, M. (1970) Artes plásticas entre as crianças. Rio de Janeiro: José Olympo. CANEVARO, A. (1993) Fondamenti di Pedagogia e di didattica. Roma-Bari. Ed. Laterza. CRACUSHANSKY, S.R. (1988). Vínculos e mitos: uma introdução à mitanalise. São Paulo. Ágora DE LEMOS, C.. (1992). Prefácio. In: PERRONI, M. C. Desenvolvimento do discurso narrativo. São Paulo: Martins Fontes. HOBSON, P. (1993) The emotional origins of social understanding. Philosophical Psychology, 6, 227-249. JUNG, Carl G.; FRANZ M. L. V.; HENDERSON, Joseph et al. (1964.) O Homem e Seus Símbolos. 15. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, KLEIN, M. (1978) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê (1952). In; Klein, M. ET alii. Os progressos da psicanálise., 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar. LEBOVICI, S. e Soulé, M. (1980) O conhecimento do avanço pela psicanálise. Rio de Janeiro. Zahar. MORIN, E. (2000) A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, MULLAHY, P. (1978) Édipo, mito e complexo: uma crítica da teoria psicanalítica./ TRD. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar. OLIVEIRA, V.B. de; BOSSA, N. Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos . Org. São Paulo: Vozes PIAGET, J. (1961) Les mecanismes perceptifs. Paris: PUF PIAGET, J. (1978) A formação do símbolo na criança. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar SEGAL, H. (1975) Introdução à obra de Melaine Klein. Rio de Janeiro. Imago WINNICOTT, D. W. 1975 O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, STERN, D. (1992). O mundo interpessoal do bebê: uma visão psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas. VIGOTSKI, Lev. S (1996). Teoria e Método em Psicologia. São Paulo: Martins Fontes VYGOTSKY, Lev. S. (1988). A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes

Instituição

Universidade de Taubaté

Síntese Curricular

Vera Lúcia Bonato - Formação – Psicologia. Doutora em Psicologia pela Universidad Pontificia de Salamanca Espanha; Mestre em Psicologia - pela Universidade Metodista de São Paulo; Especialista em Psicologia - Portador de deficiência. Universidade de São Paulo - USP; livro publicado: Deficiência Mental Leve e Processos de Simbolização 1998. Imprensa KADMOS - Salamanca Espanha. Gestalt-terapia: Encontros.(2009) Org. Enio Brito Pinto. Instituto Gestalt São Paulo; Atividade Profissional – Consultório; E-mail: vera.bonato@ig.com.br

A Compreensão Psicológica da Pessoa Deficiente Visual

Elisa Marina Bourroul Villela

Resumo

No brincar espontâneo encontra-se o singular daquele que brinca. A compreensão desta singularidade é o objetivo de um psicodiagnóstico como ponto de partida para as intervenções terapêuticas. A compreensão do universo vivencial do deficiente visual abarca dois aspectos indissociáveis entre si. O primeiro deles diz respeito à singularidade do sistema perceptivo, que tem repercussões na constituição do eu e na organização cognitiva. Outro aspecto importante é a influência dos fatores ambientais, físicos e relacionais, que se estabelecem ao longo da vida do deficiente visual. As concepções do profissional frente à deficiência devem ser foco de auto-reflexão, uma vez que concepções estereotipadas podem levar à perpetuação de ações pouco favorecedoras para o desenvolvimento do indivíduo. Compreendemos o ludodiagnóstico como uma intervenção que favorece o reencontro do indivíduo com seu peculiar processo de amadurecimento, e como possibilidade de significar criativamente as informações diagnósticas devolvidas a sua família.

Palavras-chave

ludodiagnóstico; deficiência visual; desenvolvimento emocional; Winnicott.

Artigo

No brincar espontâneo encontra-se o singular daquele que brinca. A compreensão desta singularidade é o objetivo de um psicodiagnóstico como ponto de partida para as intervenções terapêuticas. As pessoas com deficiência visual não formam um grupo homogêneo na maneira de ser no mundo. Algumas nascem cegas, outras perdem a visão ainda na primeira infância, outras, têm muito pouca visão e terão de aprender a usá-la de forma eficiente mesmo que de forma limitada e inconstante. Doenças degenerativas podem levar a perdas graduais e há pessoas que sofrem acidentes perdendo a visão abruptamente, umas, antes da idade escolar, outras já na idade adulta. Cada uma dessas situações impõe condições diferentes diante das quais o indivíduo terá de lidar. Em comum há a limitação perceptiva que restringe as possibilidades de apreensão do mundo pela visão, o que conduzirá a processos peculiares de desenvolvimento. Além disso, a potencialidade para o estabelecimento de uma relação saudável na família, na escola ou no ambiente social, pode ser estimulada ou inibida pelas atitudes das pessoas que as rodeiam. Na prática diagnóstica, para a compreensão do universo vivencial do deficiente visual, devemos estar atentos para dois aspectos indissociáveis entre si. O primeiro deles diz respeito à singularidade do sistema perceptivo, que tem repercussões, quando congênito, na constituição do eu e na organização cognitiva. A deficiência da visão traz necessariamente um modo próprio de estar e de se relacionar no mundo, sendo o mundo mental constituído de imagens mnêmicas das impressões sensoriais guiadas pelos sentidos remanescentes, prioritariamente o auditivo, mas também o tátil cinestésico, o olfativo e o resíduo visual, quando houver. Outro aspecto importante é a influência dos fatores ambientais, físicos e relacionais, que se estabelecem ao longo da vida do deficiente visual. O ambiente será mais ou menos favorecedor de seu desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo de acordo com os fatores sociais e culturais. O significado cultural da ausência de visão, ou a imperfeição desta, influenciará a forma como a família reage, recebe e inclui um membro deficiente visual, da mesma forma as condições econômicas da família, seus valores pessoais e a estrutura emocional desta, devem ser considerados. O ser humano constitui-se a partir de um lugar, um lugar físico, o colo da mãe e de seu próprio corpo, sua anatomia e sensações fisiológicas e, concomitantemente, de um lugar na subjetividade de um outro (Safra, 2002). Nos primeiros tempos esse outro é a mãe, ou quem exerça a função de suprir as necessidades do bebê em estado de “dependência absoluta”. Para exercer a maternagem, a mãe deve estar disponível internamente para tal, em um estado denominado por Winnicott de “preocupação materna primária”. Esse estado se caracteriza por uma sensibilidade aumentada, uma espécie de “doença” temporária da mãe saudável, quando ela fica totalmente voltada para o seu bebê, excluindo qualquer outra preocupação. Se tudo corre bem, o encontro entre a mãe e seu filho, pelas suas

condições de adaptação às necessidades do bebê, proporciona a ele a experiência de ilusão onipotente. A partir dessa ilusão é que o bebê é “capaz de usar o objeto e sentir-se como se esse objeto fosse um objeto subjetivo, criado por ele” (Winnicott, 1975, p.154). Ou seja, a mãe deve ser capaz de estar lá onde o bebê a cria, quando dela necessita. A ilusão onipotente é a base para uma relação criativa com o mundo, em contraponto à passividade frente a um mundo que se impõe intrusivamente, isto é, antes que o bebê se dirija a ele. No encontro entre a necessidade e a provisão ambiental ocorre uma situação plena de sensações – táteis, gustativas, visuais, olfativas, sonoras, cinestésica, - que ganham significado pelo processo denominado por Winnicott de ‘elaboração imaginativa do corpo’. É por esse processo que o corpo ganha significados, o que permite o sentimento de habitar o próprio corpo e sentir-se vivo. “O soma é o corpo vivo, que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique” (Dias, 2003, p.104). E aí se constituirá o objeto transicional. Segundo Winnicott o objeto transicional é a primeira posse não eu do bebê, e assim como o fenômeno transicional, só pode ser compreendido a partir da aceitação do paradoxo pelo qual ele toma existência: “o bebê cria o objeto, mas o objeto ali estava, à espera de ser criado e de se tornar um objeto catexizado” (Winnicott, 1975, p.124). Este será o objeto transicional, que é ao mesmo tempo subjetivo e elemento da realidade. O objeto transicional estabelece uma área intermediária de experiência entre o erotismo oral (a função do dedinho que é chupado pelo bebê) e a verdadeira relação de objeto (o brinquedo que pode ser percebido enquanto tal - o ursinho). Tudo começa, como dissemos, com a ilusão que é permitida ao bebê quando suas necessidades são atendidas pela mãe à medida que surgem, em conformidade com o seu próprio tempo. Daí decorre o processo de desilusão que é gradual, a partir das falhas da mãe, suportáveis ao bebê. O processo de ilusão/ desilusão funda o desenvolvimento do pensar e do fantasiar. “Se tudo corre bem nesse processo de desilusão, o palco está pronto para as frustrações que reunimos sob a palavra desmame” (Winnicott, 1975, p.28). No processo de aceitação da realidade haverá sempre uma tensão entre mundo interno e externo; o alívio dessa tensão é proporcionado pela área intermediária de experiência, e esta é continuidade da experiência do perder-se no brincar da criança. A transicionalidade permitirá o movimento entre interno e externo e o estabelecimento do self e o viver criativo. No entanto, com o nascimento de um filho deficiente visual, a mãe pode entrar em um estado depressivo o que prejudicará sua capacidade de se voltar para o seu bebê e exercer a maternagem. Assim, pode ocorrer uma falha na sustentação do ambiente para a ilusão. Os objetos se apresentam distantes e muitas vezes inacessíveis, ficando a relação criativa, de uso do objeto, limitada. Soma-se às dificuldades maternas, a precariedade das respostas do bebê à mãe, estas podem intensificar o desencontro entre ela e o seu bebê. A mãe de uma criança cega não sabe o que é não ter visão e como pode ser a apreensão do mundo sem esse sentido. Sentir-se-á desorientada e com dificuldades em identificar as necessidades de seu filho, como também de se identificar com ele. O pai, e não raro a família ao redor (avós, tios, irmãos), também apresentam dificuldades de aceitação da deficiência, e não conseguem amparar adequadamente a mãe, o que dificulta ainda mais o estabelecimento de um ambiente favorável para a acolhida da criança tal como ela pode ser. O desamparo e a ansiedade da mãe a fragilizam no enfrentamento do desafio de descobrir, junto com o seu bebê, formas alternativas de comunicação que não o contato visual. O bebê cego sorri quando se fala com ele, porém de forma mais sutil e menos espontânea que os bebês videntes, e são poucos os seus movimentos espontâneos solicitando colo ou aconchego, uma vez que não pode facilmente prever a presença do outro nem avaliar as conseqüências de seus atos. Ele tende a ser mais quieto e depende da estimulação de quem cuida dele para apreender o mundo. Fraiberg (1968) alerta para o fato de que a mãe muitas vezes não compreende as reações de seu filho podendo interpretá-las como desinteresse ou como retardo de desenvolvimento decorrente da cegueira. Temos então que o estabelecimento de um contato espontâneo e criativo entre a mãe e seu bebê deficiente visual pode ser permeado de desencontros, que podem levar a distúrbios de desenvolvimento. Grande parte das crianças cegas conserva por mais tempo a boca como um órgão importante na discriminação perceptiva, principalmente pela dificuldade em transpor a atividade de satisfação oral para outros objetos fora de seu alcance e controle. O uso de uma zona altamente carregada de força pulsional para a percepção traz implicações para a formação do

ego, uma vez que, permanecendo a boca como órgão primário de percepção, o objeto para ser desejável, além de satisfazer a necessidade, precisa estar associado à estimulação oral. Dessa forma há uma restrição na experiência com os objetos, o que pode ser um obstáculo à descoberta da natureza desses objetos. Penso que essa fixação oral aliada à prolongada dependência das figuras parentais é incrementada pela reduzida possibilidade de descarga da tensão instintual através da motricidade, uma vez que a criança deficiente está limitada na exploração do ambiente. A frustração da mobilidade, pelo pouco domínio do ambiente, como a frustração da comunicação e de outras funções egóicas, pode levar a uma hostilidade reativa muito intensa, o que gera uma dificuldade ante a impulsividade e elaboração dos conflitos internos. Outro risco para o desenvolvimento que estudiosos apontam diante da ausência de visão, é uma menor discriminação entre o real e o imaginário. Por um lado, a criança cega não pode se permitir um afastamento da realidade externa, pois somente uma vigilância constante de seu sistema perceptivo poderá lhe proporcionar uma fuga do desprazer. Por outro lado está limitada quanto à confirmação do dado de realidade. Dessa forma muito da sua atividade mental consistirá em vencer, através da repetição e imaginação, as muitas situações dolorosas que experimentam. (Nagera & Collona, 1965). A criança com deficiência congênita poderá ter déficits no desenvolvimento não só por carências constitucionais (instrumentais e estruturais), mas também pelas dificuldades no contato humano. Winnicott, em seu trabalho *O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil de 1967*, enfatiza que o olhar da mãe funciona como um espelho uma vez que nele o bebê se encontra, se conhece e a partir dele vai construindo o si mesmo. Nas palavras de Winnicott: “a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali”. (p.154). No caso de mães com bebês cegos é necessário que elas encontrem outros caminhos nos quais possam refletir seus filhos e propiciar o encontro e a manifestação de si mesmos. No entanto esta não é uma tarefa fácil. Como bem coloca Amiralian (2007) ela poderá ficar preocupada “principalmente com as questões orgânicas e funcionais desse bebê, com suas possibilidades presentes e futuras e muitas vezes como essa ocorrência repercutirá em suas relações familiares, conjugais, de amizade e vizinhança”. Além disso, a revivência de situações de angústia primitivas diante das perdas e sentimentos de culpa dificultarão, ou mesmo impedirão a mãe de perceber e atender às necessidades de seu bebê. Ficando dessa forma prejudicada a identificação primária a partir da qual o bebê começa a ser. Como aponta Amiralian (2003), além da constituição básica do si mesmo outras dificuldades acompanharão as pessoas deficientes visuais em diferentes momentos de sua vida: as dificuldades de inclusão social na escola, as primeiras experiências conscientes de “ser diferente”; as barreiras arquitetônicas e a conseqüente inacessibilidade a espaços comunitários; com o crescimento o afloramento do conflito entre o desejo de autonomia e a permanência no espaço protegido da família; o difícil exercício da sexualidade e busca de parceiros; a limitação perante a escolha profissional; a conquista de um lugar no mercado de trabalho, etc., enfim, questões ligadas às dificuldades de inclusão social e à restrição da relação da pessoa deficiente visual na cultura e no mundo. Uma condição básica no processo diagnóstico e intervenções junto a pessoas com deficiência visual é poder discriminar se as dificuldades apresentadas por ela são devidas as limitações impostas pela deficiência ou se são decorrentes de outros fatores que dificultam sua atuação no mundo, e ainda como se dá a interação entre estes dois fatores. Pois sabemos que é no dinamismo e complexidade das interações com as pessoas e com os objetos que o ser humano se desenvolve. Como vimos, quando uma criança nasce sem visão ou a perda visual é precoce, seu mundo mental é constituído de imagens mnêmicas das impressões sensoriais guiadas pelos outros sentidos. A representação do mundo externo, assim constituída, pode possibilitar a plena capacidade de simbolizar a experiência concreta e desenvolver o pensamento abstrato. No entanto, a impossibilidade de usar a visão como meio de organização e integração das informações sensoriais, conduz a uma formação de conceitos de objetos diferente daquela das crianças videntes. Embora as crianças cegas atribuam a esses objetos as mesmas palavras usadas pelos videntes, essas possuem significados diferentes, peculiares. Quando suas referências pessoais não encontram eco na interação com as outras pessoas, principalmente com os pais, observamos o desenvolvimento de uma sobre adaptação da criança às solicitações externas, com o conseqüente afastamento das demandas internas, advindo daí problemas no desenvolvimento do self, ou seja, do sentimento subjetivo de ser. Ocorre um aprisionamento e uma dependência a um referencial visual de

estar no mundo, um referencial que não é o seu, sendo o desenvolvimento do falso-self um risco evolutivo para crianças deficientes visuais. O falso self, para Winnicott, é sempre o resultado de uma defesa, uma dissociação que oculta o verdadeiro self, para evitação do aniquilamento. O que ocorre é um encapsulamento do verdadeiro self e conseqüentemente um afastamento de si. Existem variações entre os seres humanos quanto à possibilidade de contato com o que há de verdadeiro em si. Ocorre a todos nós, em diferentes momentos de nossas vidas, o desenvolvimento de um falso self sem que este implique na perda do contato com o mundo subjetivo. Podemos dizer que o falso self, nessa medida, é normal e adaptativo. Porém há formas mais rígidas de organização psíquica que impedem um viver criativo e dotado de sentido para o indivíduo. Muitas vezes o ambiente (mãe) não pode se adaptar às necessidades emocionais do bebê deficiente visual, não provendo as condições para que ele tenha a ilusão de criar o seio e mais tarde criar os objetos externos. Portanto há um fracasso no contato inicial e o bebê não encontra aquilo o que necessita; ele então se afasta de sua realidade subjetiva e precocemente se adapta à realidade. As pessoas deficientes visuais encontram dificuldades em se manifestarem de forma mais condizente consigo próprias. Elas almejam, como qualquer ser humano, se sentirem aceitas no mundo dos videntes, mas se ficarem dominadas pelo descrédito em suas próprias percepções e a não aceitação de sua condição existencial, funcionarão prioritariamente por imitação e menos pela emergência do espontâneo. Entendendo o self como o sentimento subjetivo de ser, o verdadeiro self se desenvolve a partir da mãe suficientemente boa, que proverá um ambiente que responde ao gesto espontâneo do bebê, facilitando o desenvolvimento do potencial hereditário deste e a emergência do sentir-se real. Como vimos com a deficiência visual essa responsividade fica truncada e muitas vezes não é vivida como significativa pelo bebê. Estando aí o risco a que nos referimos do enrijecimento da estrutura do falso self, o que pode levar a um afastamento de si, advindo sentimentos de inutilidade e esvaziamento. Observamos que a criança deficiente visual, muitas vezes, apresenta fracassos na aprendizagem devido à falta de respeito ao seu ritmo pessoal e ao seu real processo de desenvolvimento por parte de seus familiares e professores. Estes, ou têm expectativas fora do alcance de seus domínios ou, pelo contrário, têm uma expectativa aquém de suas potencialidades, encarcerando a criança num sistema pouco produtivo e pouco satisfatório. Qualquer uma dessas formas de perceber a criança resulta em insegurança, fracasso e frustração, fatores que levam ao desenvolvimento de sentimentos de incompetência pessoal. Culturalmente espera-se da pessoa com algum tipo de deficiência uma passividade aos cuidados que lhes reservam. Aí se localizam alguns profissionais, que apartados de suas próprias deficiências esperam “curá-las” nos outros, nas pessoas deficientes. Observa-se que muitas intervenções terapêuticas, ainda hoje, estão voltadas para a “normalização”, ou seja, para uma sobre-adaptação aos referenciais visuais. Nesse sentido, apontamos para a responsabilidade dos profissionais, enquanto indivíduos e enquanto representantes sociais, em sua tarefa de compreensão, compartilhamento do conhecimento, e de ajuda para que essas pessoas possam encontrar formas de expressão genuínas, e assim se desenvolver. As concepções do profissional frente à deficiência devem ser foco de atenção e auto-reflexão, uma vez que concepções estereotipadas podem levar à perpetuação de ações preconceituosas e pouco favorecedoras para o desenvolvimento do indivíduo. É provável que quem nunca viu ou esteve com uma criança com deficiência visual imagine que ela viva apenas respondendo a uma perda, e não como alguém que vive em um mundo de sons, sabores, odores, texturas e mesmo de formas percebidas de um modo diferente, com luz e sombras. Todo esse conjunto de sensações e experiências corporais tem importância na apreensão do mundo e conseqüentemente na constituição de ser no mundo dessa criança. Ludodiagnóstico Ao oferecer um espaço lúdico para uma criança é importante que o psicólogo busque os caminhos perceptivos dela (e não os seus próprios de vidente), com referenciais próprios. Certa vez atendi uma menina com baixa visão, Dora. Ela aos poucos foi explorando a sala de atendimento. Um dia descobriu a cortina e enrolou-se nela. A princípio imaginei que ela queria que eu a encontrasse, como na brincadeira tão comum das crianças pequenas que se escondem esperando ser achadas para lidar com a angústia de separação. Mas não, Dora tinha prazer em sentir meu toque através do tecido, esta era a brincadeira. Dora mostrava sua necessidade de uma segunda pele, um invólucro protetor. Antes de separar-se precisava

construir uma superfície que garantiria sua unificação. A questão da autonomia é uma questão fundamental para os indivíduos com deficiência visual. Mesmo que ela, por sua condição sensorial, vá necessitar de ajuda de outros para algumas atividades, pode desenvolver plenamente sua autonomia no seu processo de amadurecimento. A autonomia implica no assumir e controlar os próprios impulsos, estabelecendo trocas satisfatórias entre mundo interno e externo, com espaço para o gesto espontâneo no mundo externo. A base de autonomia é a confiabilidade do ambiente. A criança precisa ter a possibilidade de prever acontecimentos futuros, se não de outro modo gastará muito de sua energia no controle do ambiente atual. Por não enxergarem ela tem menor controle do ambiente, possuem menos pistas sensoriais para lhes informar sobre o mundo externo, o que lhe pode trazer incertezas sobre o que está ocorrendo, sendo necessária a ajuda dos pais para a que a criança possa desenvolver a crença no ambiente e conseqüentemente a capacidade de confiar. Deste modo, o primeiro passo de um processo diagnóstico e de intervenção é a apresentação do ambiente terapêutico. Este deve ser constituir como um ambiente facilitador da emergência do espontâneo, pois é no brincar a criança apresenta sua forma de ser. É importante proporcionar um ambiente onde o brincar possa ocorrer. Muitas vezes um brincar diferente, mas passível de ser compartilhado “Este ambiente não depende somente da provisão de brinquedos e materiais adequados e acessíveis à criança, mas também do papel do terapeuta como um companheiro do brincar.” (Ocampo, 1981, p.33). Como exemplo, da disponibilidade necessária para um brincar diferente, mas pleno de sentido, lembro-me do uso da bola com guizo em uma sessão com um pequeno paciente cego. João, de seis anos, como sempre, brincava sozinho fazendo movimentos circulares com a bola no chão, fruindo da sensação tátil e do som que ela emitia, não buscava contato comigo. Numa determinada sessão, durante esta brincadeira, a bola rola, ainda sob uma de suas mãos, para junto de mim, encostando em minha perna. Eu, que também estava sentada no chão, digo com entusiasmo que a bola tinha chegado até mim, a criança ri, e passa a repetir o gesto agora de forma intencional, sempre com minha interjeição quando a bola chegava até meu corpo – o “jogo do encosta”, como o chamamos, pode aparecer e ser um veículo de contato e comunicação entre nós. O jogo evoluiu para um jogo mais usual de jogar a bola de um para o outro. A princípio eu movimentava a bola na direção de João, que com a previsibilidade sonora, ria, e a empurrava de volta para mim. Observei aí a evolução do gesto espontâneo à possibilidade de contato. João expressou sua condição para um encontro comigo e consigo próprio quando pode agir no mundo, com certo controle e descobrir algo novo prazeroso e criativo. Esta criança apresentava dificuldades nos contatos sociais, mas nos nossos encontros evidenciaram-se potencialidades para o contato criativo. Seria intrusivo se eu quisesse ensiná-lo a jogar bola. Impediria o gesto espontâneo e o fazer significativo que a manipulação da bola, inicialmente só a serviço da estimulação sensorial, pode se transformar. O objetivo do ludodiagnóstico é compreender os sentidos da ação e pensamento do ser humano, e responder à questões do tipo: Como aquele indivíduo se comunica? Qual o seu potencial criativo e de amadurecimento? Em que fase do desenvolvimento se encontra? Como se expressa? Sempre contamos com os pais como parceiros na compreensão da criança, no entanto eles chegam com um saber sobre o filho muitas vezes construído a partir de suas próprias dificuldades e histórias afetivas. Isto é particularmente evidente quando a criança tem algum tipo de deficiência, que como já nos referimos pode prejudicar o olhar mais realista dos pais em relação ao filho. Assim, consideramos o processo diagnóstico como uma intervenção que busca favorecer o reencontro da criança com seu peculiar processo de amadurecimento, e como possibilidade de significar criativamente as informações diagnósticas devolvidas a sua família. Estratégias para o ludo diagnóstico: 1. Apresentação do ambiente. A localização espacial dos móveis, janelas, e objetos da sala terapêutica é de fundamental importância para diminuir a ansiedade da criança. O ambiente se tornando conhecido, previsível e passível de ser explorado leva a criança a sentir certo domínio do espaço para estabelecer uma relação de confiança e conforto na situação diagnóstica, ou terapêutica. 2. Caixa Lúdica: A seleção de materiais para a caixa lúdica deve valorizar o fácil contato e apreensão. Os objetos devem ser simples e do cotidiano da criança. Os objetos devem ser nomeados assim que a criança os for explorando. Seguem algumas sugestões: a. Brinquedos de diferentes tamanhos, formatos e texturas. b. Brinquedos que reproduzam objetos do cotidiano das crianças, como telefone, panelinhas, automóveis, bonecos, etc.. c. Barbante, cola, massinha, jogos de encaixe. d. Brinquedos sonoros, como bola com guizo e instrumentos musicais. e. Ma-

terial gráfico O material gráfico, no caso de crianças cegas pode vir acompanhado de uma prancheta revestida de tela de nylon. Esta permite que o desenho feito em uma folha de papel, sobre a tela possa ser sentido pelo tato. Este material desenvolvido por Amiralian, (1997), foi inicialmente proposto para a aplicação do procedimento de desenhos-estórias de Walter Trinca. Seu uso parte de pressuposto de que o desenho espontâneo é um elemento facilitador do contato do indivíduo com

aspectos profundos e nucleares de sua personalidade, e o contar estórias complementa esta condição oferecendo ao indivíduo a possibilidade de elaborar verbalmente as imagens que emergem do inconsciente de modo a facilitar o insight. Em minha própria experiência clínica pude comprovar a efetividade deste instrumento. Tendo como base a teoria winnicottiana reforça-se a importância o gesto espontâneo como forma de apropriação de si mesmo de forma significativa, o próprio paciente entre em contato com seus conflitos de modo a reviver e ressignificar suas experiências anteriores. Assim, como qualquer sessão lúdica, podemos apreender a riqueza ou limitações expressivas da criança, sua capacidade intelectual, conflitos, capacidade simbólica, recursos egóicos e possibilidades do fantasiar das crianças deficientes visuais.

Referências Bibliográficas

da cegueira por meio de desenhos-estórias. São Paulo: Casa do Psicólogo. _____ (2003) Deficiências: um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. Estilos da Clínica. 8, (15), 94-111. _____ (2007) A construção do EU de crianças cegas congênitas. Natureza Humana, v. 9, p. 129-153. DIAS, E. O. (2003) A teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago. FRAIBERG, S. (1968) Parallel of divergent patterns in blind and sighted children. Psychoanalytic Study of the Child, 23, 264-300. NAGERA, H., COLLONA, A.B. (1965) Aspects of the contribution of sight to ego an drive development. Psychoanalytic Study of the Child, 20, 267-287. OCAMPO, M. L. S. (1981) O processo diagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo, Martins Fontes. SAFRA, G. (2002) Desenraizamento e exclusão no mundo contemporâneo. Aiello-Vaisberg, T.A., Ambrósio, F.F (Org.) Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. São Paulo: IPUSP. WINNICOTT, D. W. (1975) O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1953).

Instituição

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Síntese Curricular

Elisa Marina Bourroul Villela é graduada, mestre e doutora pela Universidade de São Paulo; Professora e supervisora da Universidade Presbiteriana Mackenzie; Especialista em Psicoterapia Psicanalítica. E- mail: elisavillela@mackenzie.br

O BRINCAR E O OBJETO TRANSICIONAL EM WINNICOTT

Sueli Hisada

“A criança adquire experiência ao brincar. O brincar é uma parte importantíssima de sua vida. Ao enriquecer-se, a criança gradualmente aumenta sua capacidade de enxergar a riqueza do mundo real externo. O brincar constitui-se na constante evidência da criatividade, o que implica estar vivo”. Winnicott, 1964

O brincar apresenta-se como uma grande aquisição da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott. Para ele, o brincar tem a importância que tem o sonho no pensamento freudiano. Brincar como “play”, que em inglês significa jogo espontâneo, criativo, diferente de “game”, que é jogo regrado, saturado de teoria. Ao brincar, a criança estabelece uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo com e através do espaço transicional. A qualidade do brincar nesta terceira área – os fenômenos transicionais – é sinônimo de viver criativamente, e constitui a matriz da experiência do self que se estende por toda a vida.

O brincar tem importância em si mesmo, não sendo passível necessariamente de interpretação, ou seja, o brincar em si é terapêutico, revela como a criança constitui a própria experiência.

O brincar tem um lugar e um tempo. Não é dentro, tampouco é fora.

O lugar a que pertence o brincar é o espaço potencial. A brincadeira é universal, é própria da saúde. Facilita o crescimento e portanto a saúde.

Conduz aos relacionamentos grupais. Ao brincar a criança pode manifestar sua criatividade, que envolve a possibilidade de prestar significado a alguma experiência.

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Quando o brincar não é possível, o trabalho do terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que lhe é permitida esta possibilidade.

O emprego de uma rica imaginação ao brincar indica que a criança faz uso da terceira área, o que constitui um sinal de saúde.

Esta terceira área, chamada de espaço potencial, é um espaço essencial da existência humana, no qual podemos exercer todo nosso mundo de projetos e fantasias, dar asas à criatividade.

Pela adaptação às necessidades da criança, é a mãe que capacita o filho a encontrar objetos de modo criativo. Dessa forma ela o inicia no uso criativo do mundo.

A partir daí este espaço se alarga cada vez mais para, no futuro, conter toda a riqueza de nossa vida cultural, os *hobbies*, a religião, atividades científicas, o lazer, a arte.

“Você tem fome de quê?
A gente não quer só comida,
A gente quer comida, diversão e arte”.
Titãs, 1987

Outro elemento pertencente aos fenômenos transicionais e que traremos a seguir é o conceito de objeto transicional.

OBJETO TRANSICIONAL

Os objetos transicionais são vivenciados como objetos ao mesmo tempo internos e externos e se localizam dentro e fora na fronteira entre o bebê e sua mãe, na área intermediária da experiência. Externos porque não pertencem ao corpo da mãe ou do bebê, não são impostos pela mãe mas criados pelo bebê. Ocorrem entre os quatro meses a um ano.



CARACTERÍSTICAS DO OBJETO TRANSICIONAL

- É uma criação da criança. Há uma escolha e posse.



Desenho 2 – Calvin, de Watterson

- Adquire importância vital para acalmar quando vai dormir, quando se afasta de casa, ou quando se sente mal.



Desenho 3 – Garfield, de Jim Davis

- Serve para afastar a dor e proteger quando está triste.



Desenho 4 – Garfield, de Jim Davis

- São objetos que permitem ao bebê esperar sem se desesperar pelo regresso da mãe. Por meio dele pode tolerar a frustração e reunir-se na fantasia à mãe que não está.



Desenho 5 – Calvin, de Watterson

- Objeto transicional é algo que existe como objeto mas que recebe da criança significado e vida próprios. São representados pelos símbolos.



Desenho 6 – Garfield, de Jim Davis

- Objeto transicional recebe amor e ódio e terá que sobreviver.



Desenho 7 - Garfield, de Jim Davis

- Objeto transicional possui identidade pelo odor , pela deformidade



Desenho 8 - Garfield, de Jim Davis

OBJETO TRANSICIONAL NA SAÚDE

- O interesse se amplia em múltiplos objetos e atividades, dando acesso à cultura
- Amplia a criatividade pela elaboração na ausência
- O uso da fantasia é livre e amplo
- Diminui a excitação
- Transmite alívio frente à ansiedade e à solidão.
- Há continuidade do uso de objetos com características transicionais pela vida afora, por exemplo, hábito de ler livros na hora de dormir, de ouvir música com a qual éramos

ninados.

O uso de objetos possibilita aprender a brincar, passaporte para a saúde mental.

Gostaria para finalizar de trazer algumas idéias sobre a inclusão social, tema que faz parte também deste congresso.

Quando pensamos em inclusão, paradoxalmente pensamos em exclusão.

E quem está excluído?

Para responder a esta pergunta, penso na tendência anti-social e gostaria de enfatizar que Winnicott considerava-a como sinal de esperança. Para ele a tendência anti-social não se relaciona com uma carência mas com uma privação. Que pode ser representada por exemplo pelo nascimento de um irmão ou um episódio de depressão na vida da mãe. Ou seja, houve perda de algo bom e a retirada estende-se por um período maior do que aquele em que a criança pode manter viva a lembrança da experiência. Na base da tendência anti-social está uma boa experiência inicial que se perdeu.

Lembram quando eu disse que pela adaptação às necessidades da criança, a mãe a inicia no uso criativo do mundo. Quando isso falha, a criança perde contato com os objetos, perde a capacidade de encontrar qualquer coisa criativamente. No momento de esperança, a criança alcança um objeto e o rouba. É um ato compulsivo e a criança não sabe porque age assim. Não é o objeto que estava sendo procurado, mas a criança estava procurando a capacidade de encontrar. No entanto, pode haver alguma satisfação naquilo que ela faz durante um momento de esperança.

O furto está no centro da tendência anti-social, associado à mentira. A criança que furta um objeto não está desejando o objeto roubado, mas a mãe que lhe foi roubada. Esta é uma das direções da tendência anti-social. A outra direção é a criança que está procurando no ambiente alguém que suporte a tensão resultante do comportamento impulsivo. É a busca de um suprimento ambiental que se perdeu, uma atitude humana que possibilite uma nova capacidade de confiar.

Entretanto, na maioria das vezes, o ambiente não reconhece a privação e a falta, e não se corrige, fazendo reparações. E, quando o faz, a criança já não tem mais como reagir positivamente e não tem condições de aproveitar o que lhe é oferecido. Foi perdida uma grande oportunidade de recuperação.

Que, através do nosso trabalho clínico, possamos, ao invés de perder oportunidades, aproveitá-las e assim possibilitar o encontro com as necessidades faltantes. Winnicott dizia que é muito triste brincar de se esconder e não ser encontrado.

Referências Bibliográficas

- DAVIS, J. Garfield em ação. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Salamandra, 1989
- HISADA, S. A utilização de histórias no processo psicoterápico: uma proposta winnicottiana. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Revinter
- WATTERSON, B. Calvin e Haroldo – Algo babando embaixo da cama. São Paulo, SP: Ed. Cedibra, 1988
- WINNICOTT, D.W. Privação e delinquência. São Paulo, SP: Ed. Martins Fontes, 1994
- WINNICOTT, D.W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Imago, 1975
- WINNICOTT, D.W. Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Francisco Alves, 1988
- WINNICOTT, D.W. Tudo começa em casa. São Paulo, SP: Ed. Martins Fontes, 1989

Síntese curricular

Sueli Hisada é Doutora em Psicologia clínica - USP; Mestre em Psicologia Clínica - PUC; Especialização em psicoterapia psicanalítica – SEDES; Docente EPPA e SEDES, psicoterapeuta de crianças e adultos. Autora de cinco livros em Psicanálise.

A Teoria da Complexidade e o fazer educativo na adolescência¹

Elaine Teresinha Dal Mas Dias

O caráter juvenil é reproduzido e apresentado, invariavelmente, pela exposição julgadora, valorativa e parcializada das atitudes classificadas como inadequadas, pelos sentimentos considerados incontroláveis, pela aproximação entre iguais e pela manifestação da sexualidade.

As tradicionais conceituações formuladas sobre esse tempo empregam o paradigma de simplificação, sobre/determinando-o como exclusivamente crítico e conflituoso, impondo um veredicto autoritário de dominação que distancia e gera hebefobia.

Os jovens, nessa perspectiva, podem ficar sem modelos de identificação parental e familiar em função da transferência que se efetua na direção aos heróis imaginários da cultura de massa, que se constituem em modelos de conduta para uma parcela da juventude que vivencia os condicionantes delinqüenciais, por exemplo.

A relutância em aceitar a juventude como produtiva, criativa e promissora se prende e remete ao desvio da norma e a caracterização do não-ser, que impede o contato e a interrelação, isola a interioridade, gerando preconceito e discriminação. E, na insistência em se considerar a adolescência como conflituosa, encaminha-se o sujeito à incorporação da representação de aborrescência, induzindo-o a agir e a atuar em conformidade com esta expectativa, metamorfoseando as identidades em identidades aborrescentes, que negam o duplo de cada um e privilegia a adolescência como identidade. Esta, enclausura a complexidade de sujeito que o jovem habita, deixa uma marca que se cristaliza no erro e na ilusão de um conhecimento fragmentado e continuamente replicado, que perpetua o período como difícil e insubjugável.

A perspectiva educativa engloba aspectos específicos da conexão professor/adolescente. A formação acadêmica do educador desconsidera sua condição de sujeito ao separar razão de emoção, criando uma arquitetura hierárquica que privilegia a linearidade do pensamento. Sabidamente, o fazer educacional deveria envolver teorias e práticas pedagógicas, e desenvolvimento e crescimento pessoal presentes na qualidade de indivíduo/sujeito, no Eu e no eu. Nesse sentido, tem-se o desempenho funcional docente atrelado à articulação dos aspectos de sua personalidade, que por suas próprias peculiaridades, nem sempre estão sob controle. Inconsciente e consciente compõem a tessitura psíquica e produzem discursos que revelam desejos, afetos e delírios presentes no homo sapiens/demens.

A desconsideração da subjetividade docente endurece a prática e constrói barreiras que dificultam o contato e a aproximação, mostrando-se como impeditivo do processo de ensino e de aprendizagem, especialmente junto a adolescentes.

Este trabalho apresenta as principais formulações da Teoria da Complexidade nas proposições de Edgar Morin, articulando-as o fazer educativo na adolescência.

Pensamento Complexo e Noção de Sujeito

O pensamento complexo configura-se como uma leitura especial que convoca a *idéia de unidade complexa*, na qual se descrevem os fenômenos na conjunção de seus elementos, na concorrência de seus antagonismos, na identificação complementar e na imperfeição e considerando a interdependência entre os elementos que compõe um todo. Não se restringe às partes ou à soma das partes, mas busca a incorporação global; compreende o mundo como um conjunto indissociável e apresenta-se como um alerta contra a fragmentação e o reducionismo dos saberes.

O termo complexidade se origina do latim *complexus* e propõe a consideração do acaso como

¹Este trabalho é parte dos resultados de um projeto de pesquisa desenvolvido no PPEG da Universidade Nove de Julho intitulado “Subjetividade e Educação”. Destaca-se que alguns itens foram apresentados no IV Congresso Internacional de Psicologia da Universidade de Maringá e no VII Congresso Nacional de Psicologia Escolar, no ano de 2009.

variável possível, da incerteza e da dúvida como elementos do conhecimento, a desocultação da subjetividade e a crítica aos paradigmas simplificadores, por operarem por separação, disjunção, hierarquização e centralização.

O pensamento complexo é norteado por três princípios:

- o hologramático, que enfrenta o fechamento e a compartimentação, conserva a possibilidade de abertura e oferece outras vias de reconhecimento que entre dúvidas, contradições, antagonismos, realidades, fantasias, idealizações, evidenciando o pretensão paradoxo das organizações complexas, “em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte” (MORIN, 2004a, p. 94),

- o recursivo, “circuito gerador em que os produtos e os efeitos são eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz” (MORIN, 2004a, p. 95). A produção interativa das relações humanas produz linguagem, cultura e sociedade que, por sua vez, as produzem em um sistema ininterrupto e de retroalimentação.

- e o dialógico, que “permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.” (idem, p. 95). A assunção da inseparabilidade entre complementaridade e antagonismo possibilitam a inclusão de aspectos esquecidos ou excluídos que fermentarão análises e problematizações.

O ser humano, nesse contexto, é compreendido por intermédio da noção de sujeito, que congrega as concepções de indivíduo e de unicidade, integra o biológico, o atitudinal, o cognitivo e o sociocultural, indicando sua complexidade constitucional (DIAS, 2008) e a ocupação egocêntrica do seu mundo. As idéias de *auto-organização*, no sentido da transmutação contínua, bem como de *autonomia*, *dependência* e *auto-referência*, *exclusa* e *inclusão* revelada na conjunção e *interdependência* entre *Eu* e *eu*, e na ação que afasta e nega o outro inscrito em mim, como presença e possibilidade de alteridade, completam a idéia. Morin (2004) sintetiza dizendo:

“Eu [je] sou eu [moi]**?. “Eu” [je] é o ato de ocupação do espaço egocêntrico; “eu” [moi] é a objetivação do ser que ocupa esse espaço. “Eu [je] sou eu [moi]” é o princípio que permite estabelecer, um só tempo, a diferença entre “Eu”(subjetivo) e o “eu” (sujeito objetivado), e sua indissolúvel identidade. Ou seja, a identidade do sujeito comporta um princípio de distinção, de diferenciação e de reunificação.

Observa-se que se conceitua autonomia na estreita relação com dependência e na inseparabilidade de auto-organização que, por sua vez, configura-se como um sistema construtor e reconstrutor da própria autonomia.

A constituição individual complexa é gerada *das* e nas relações externas e internas que cada um tem com o meio. Nas palavras de Morin (2004b) a “identidade do sujeito comporta um princípio de distinção, de diferenciação e de reunificação. [...] Eis, portanto, um princípio que, por esta separação/unificação do ‘Eu’ subjetivo e do ‘eu’ objetivo, permite efetivamente todas as operações” (p. 120-121), por conter a *auto-referência* e a *exo-referência*, sendo *Eu* e *eu* a um só tempo diferença, indissolubilidade e constituição mútua.

O Eu só pode ser nomeado e dito por mim, preenchendo a lacuna da centralidade e do egocentrismo. A auto-referência do eu se mantém inalterada, mesmo com a passagem do tempo; este está na

concepção clássica do ‘eu’ [moi] (ego) segundo Freud, esse ‘eu’ nasceu da dialética entre o ‘isso’ instintivo, que vem das entranhas biológicas, e o ‘superego’, que para Freud, é a autoridade paterna, mas que pode transformar-se em um ‘superego’ mais amplo, o da pátria, da sociedade (MORIN, 2004b, p. 124)².

* “No original, Je sui moi. A escola francesa de Psicanálise costuma utilizar o je no sentido de instância psicanalítica encarregada de funções; o moi refere-se precisamente a uma representação da imagem que o sujeito tem de ‘si mesmo’ (ou de seu sentimento de identidade), o ego. Aqui utilizamos “Eu” e “eu” para traduzir, respectivamente, je e moi. (N. da T)” (MORIN, 2004, p. 120).

²Esta articulação é possível pelo fato de Morin (2005c) entender a teoria psicanalítica como ciência do complexo, marcada por divisões topológicas que se complementam e antagonizam, e na qual o sujeito é resultado e âmago da dialógica bio-sócio-individual, que tem no id a instância pulsional, no ego, prioritariamente a individualidade e no superego a imago do pai.

O *Homo complexus* se configura na co-existência do duplo - *Homo sapiens* e *Homo demens* - que se revela em manifestações ambivalentes e ambíguas e nas peculiaridades que caracterizam a subjetividade humana.

Entende-se subjetividade “como um sistema que organiza e desorganiza o mundo interno e o mundo externo do sujeito, facilita e dificulta o desenvolvimento e o crescimento pessoal, resgata o passado que interfere no agora do presente, prospecta o futuro, desvela e distingue o singular e o especial.” (DIAS, 2008, p. 61).

No entendimento de Morin (2004, p. 59), o “ser humano é um ser racional e irracional, capaz de medida e desmedida; sujeito de afetividade intensa e instável. Sorri, ri, chora, mas sabe também conhecer com objetividade [...]”; e mais, seus afetos servem de elemento de ligação entre o *sapiens* e o *demens* que permitem e facilitam a comunicação interrelacional. As manifestações humanas não se limitam à racionalidade ou à irracionalidade, implicando inúmeras outras condições, como o *homo ludens*, *economicus*, *faber*, *consumans*.

A expressão de sentimentos e emoções se caracteriza como projeção, que juntamente com a identificação e a transferência são denominados *complexos imaginários*³. Morin (2003, p. 89) apresenta esses fenômenos como “um sistema formado por elementos distintos em interdependência, [...] que sobrepõem-se uns aos outros de diversos modos e só podem explicar os processos imaginários quando associados”.

Os *complexos imaginários* marcam a vida imaginativa pela projeção da emocionalidade manifestada por desejos, anseios, angústias e ódios, que aderem ao exterior, na figura de uma outra pessoa, de um objeto ou de um mito. As individualidades determinarão a maior ou menor influência dos *complexos*, especialmente no que concerne à vida prática e o seu reconhecimento permitirá uma condução diferente das adversidades e/ou das satisfações, como também a compreensão.

Adolescência, docência e ato educativo

A adolescência, inaugurada como campo de estudo da Psicologia no início do século XX, tem as primeiras idéias relativas ao período na Antiguidade⁴, quando se retratava o adolescente pela observação do comportamento manifesto, agregado ao processo de desenvolvimento físico, como se constata em *Arte Retórica*⁵, de Aristóteles (s/d). Ainda hoje, o caráter juvenil é reproduzido e apresentado, invariavelmente, pela exposição julgadora, valorativa e parcializada das atitudes classificadas como inadequadas, pelos sentimentos considerados incontroláveis, pela aproximação entre iguais e pela manifestação da sexualidade.

O significado do vocábulo adolescência parece ter contribuído para a prevalência da imagem e representação sociocultural contemporânea, constituindo-se na ambigüidade do termo: *Adolescere*, tem o sentido de crescimento até a maturidade, insinua irresponsabilidade e aponta a imaturidade; e *Addolescere*, indica adoecer, enfermar, sugerindo conexão com doença. Sob tais condições, sua representação fica consignada à anormalidade e subjugada a idéias e mitos, que atravessam os olhares a ela dirigidos e encaminham à apropriação de período problemático e intimidador.

³Conforme Edgar Morin (2003, p. 89), utiliza-se “o termo complexo em seu sentido gramatical fundamental, e não naquele utilizados inicialmente, de modo complexo, por Freud [...]. Por conseguinte, para nós, um complexo é um conjunto que engloba várias partes ou elementos, ou melhor, é um sistema formado por elementos distintos em interdependência”.

⁴Edgar Morin (2005c) destaca que o “esboço do adolescente surge na Antigüidade com o efebo ateniense e, sobretudo, o personagem Alcebiades, este ‘paleo-beatinik’, esse James Dean ático, que quebrava à noite as estátuas sagradas e embarcava para aventura siciliana” (p. 159).

⁵Cf Caracteres dos jovens: in ARISTÓTELES. *Arte Retórica e Arte Poética*. Tradução de Antônio Pinto de Carvalho. Rio de Janeiro: Ediouro, s/d, p. 127-128.

As tradicionais conceituações formuladas sobre esse tempo empregam o paradigma da simplificação, sobre/determinando-o⁶, como, exclusivamente, crítico e conflituoso, impondo um veredito autoritário de dominação que distancia e gera *hebefobia*⁷, . Como analisa Morin (2005a, p. 85) “Haveria quase uma mudança de pessoa quando vemos a que ponto os adultos e os velhos, esquecendo que foram jovens, consideram a juventude como uma subespécie particular [...]”. Para o autor, os jovens ficaram sem modelos de identificação parental e familiar em função da transferência que se efetuou na direção aos heróis imaginários da cultura de massa, que se constituíram em modelos de conduta para uma parcela da juventude que vivencia os condicionantes delinquentiais no cotidiano.

A rebeldia e a desobediência à lei são outros sentidos que consignam a construção desse momento, amparados, de modo especial, pelos trabalhos sociológicos da Escola de Chicago desenvolvidos na década de 1930, que convergiam para o estudo e análise dos comportamentos desviantes de jovens de estratos sociais inferiores.

Winnicott (1997), na contramão das postulações desenvolvimentistas e patologizantes, considera que o incomodo causado pela juventude⁸, ocorre por atingir a parte de cada um que não viveu, verdadeiramente, esse período.

É possível supor, então, que muitos adultos guardam sua adolescência nas dobras da memória com a expectativa de afastar o desconforto interior causado pela defrontação do adolescente, na esperança de afastar os sentimentos esquecidos e/ou repudiados.

A relutância em aceitar a juventude como produtiva, criativa e promissora está presa ao desvio da norma e a caracterização do não-ser, que impede o contato, a interrelação, isola a interioridade, gera o preconceito e a discriminação. E, na insistência em se considerar a adolescência como conflituosa, encaminha-se o sujeito à incorporação da representação de *aborrescência*, induzindo-o a agir e a atuar⁹, em conformidade com esta expectativa, induzindo as identidades a metamorfosearem-se em identidades *aborrescentes*, que negam o duplo de cada um e privilegia a *adolescência como identidade*¹⁰, (DIAS, 2006). Esta, enclausura a complexidade de sujeito que o jovem habita, deixa uma marca que se cristaliza no erro e na ilusão de um conhecimento parcializado e continuamente replicado, que perpetua o período como difícil e insubjugável.

Cabe destacar que não se pretende minimizar a importância de determinados comportamentos, de algumas atitudes e dos modos de agir de um número significativo de jovens. Buscam-se nexos entre objetividade/subjetividade, egocentrismo/auto-referência e exclusão/inclusão presentes no âmbito escolar e educacional.

Sob tais aspectos, as certezas das conceituações sobre a adolescência impedem a possibilidade da diferença, admitem e preparam os ânimos para a exclusão, direta ou indireta, e permitem a inferência de uma disponibilidade interna que conduz ao preconceito e à discriminação, antes da concretude da experiência. O professor, condicionado ao dia-a-dia desgastante e exigente, apropria-se dos atravessamentos teóricos reducionistas que se impõem objetivamente e passa a considerá-los como verdades absolutas, privando e negando a presença do outro-sujeito-aluno. A ato educativo privilegia os saberes deterministas e especializados nos quais não existe espaço

⁶Entende-se sobre/determinação na cisão dos termos sobre, que decorre do latim *super* e significa posição acima, em cima ou por cima, em posição superior e distante, em lugar superior, superioridade; e determinação, do latim *determinatione*, que tem o sentido de ordem superior, decisão. Ambas impõem uma destinação opressora, subjugada e destrutiva, decorrente de uma posição superior ou de um lugar superior (Dias, 2006).

⁷hebefobia: neologismo apresentado pela associação dos termos *hebe* e *fobia*, procurando caracterizar a fobia frente à adolescência ou juventude.

⁸Empregam-se os termos *jovem* e *adolescente*, *juventude* e *adolescência* sem distinção.

⁹acting-out: “termo usado em psicanálise para designar as ações que apresentam, a maior parte das vezes, um caráter impulsivo, rompendo relativamente com os sistemas de motivação habituais do indivíduo, relativamente isolável no decurso das suas actividades, e que toma muitas vezes uma forma auto- ou hetero-agressiva” (LAPANCHE & PONTALIS, 1988, p. 27).

¹⁰ A adolescência como identidade é uma identidade pressuposta, que traz uma marca que a reconhece e a identifica, limitando ou, até mesmo, eliminando seu caráter temporal e histórico. É uma identidade miticamente posta e determinada como crítica e problemática. (DIAS, 2006).

para o acaso. O sistema de ensino mantém a divisão entre o que deveria ser complementar e contextualizado, sistematizando modos de pensar e de aprender que se conformam e distanciam do seu conjunto e visam a ideologia da resposta.

A formação acadêmica do educador desconsidera sua condição de sujeito e lhe atribui a de ator - agente da ação que representa um papel ativo -, que separa razão e emoção e cria uma arquitetura hierárquica que privilegia a linearidade do pensamento que corresponde a uma história domesticada das descobertas do homem (Almeida, 2000).

O fazer educacional envolve teorias e práticas pedagógicas, desenvolvimento e crescimento pessoal; bem como, autonomia, dependência e auto-eco-organização presentes na qualidade de indivíduo/sujeito, no Eu e no eu. Nesse sentido, temos o desempenho funcional docente atrelado à articulação dos aspectos objetivos e aspectos subjetivos da sua personalidade, que por suas próprias peculiaridades, nem sempre estão sob controle. Inconsciente e consciente compõem a tessitura psíquica e produzem discursos como os apresentados na cena inicial, revelando desejos, afetos e delírios presentes no *homo sapiens/demens*.

A desconsideração da subjetividade docente endurece a prática e constrói barreiras que dificultam o contato e a aproximação, mostrando-se como impeditivo do processo de ensino e de aprendizagem. Toma-se como ilustração, a expectativa do estudante do ensino superior exercer a profissão escolhida, seja como biólogo, geógrafo ou historiador, e os sentimentos despertados ao se ver obrigado a dirigir-se ao magistério por força das circunstâncias (MELLO, 2000). Sob essa ótica, entende-se que a frustração perpassa a lógica educativa e reflete tanto no desempenho profissional, quanto nos comportamentos dos alunos, em um jogo projetivo que identifica, transfere e introjeta¹¹.

A formação acadêmica de professores e alunos está atrelada ao desenvolvimento disciplinar, seja na separação e divisão do conhecimento, seja pela imposição do controle. O ensino é mantido, para uns e para outros, através da cisão do que deveria ser complementar e contextualizado, sistematizando modos de pensar e de aprender que se conformam e distanciam do vivencial, negam as contradições, estruturam a “cabeça bem cheia” (Morin, 2004b, p. 21) e eliminam o sujeito e a subjetividade do *Homo complexus* na perpetuação única do *Homo rationale*.

A ato educativo, ao privilegiar os saberes especializados, elimina dúvidas e não abre espaço para o acaso, por se instrumentalizar no modelo da racionalidade técnica, que reforça a idéia de suficiência do domínio da área específica, e de profissional como técnico que faz uso, no cotidiano, das regras que derivam do saber científico. O adolescente, por sua vez, quer conhecer, descobrir o velado, quer (con)viver e rejeita o enquadramento e a conformação que a estrutura escolar impõe. A observação de professores e alunos descortina tensões intersubjetivas que destacam a coexistência do duplo presente na ambivalência dos sentimentos de amor e ódio, que minam relações e dificultam o ensino e a aprendizagem. O interjogo do ser *relacional* fica bloqueado pela irreverência do adolescente frente ao poder dominante do adulto.

A incompreensão está presente em todos e em cada um, demandando conscientização para aceitação e incorporação daquele que está fora. E para isso o “sujeito, sem poder deixar de ser egocêntrico, deve elaborar um metaponto de vista que lhe permita se objetivar, tomar-se em consideração e agir pacientemente sobre si mesmo: longo trabalho de aprendizagem e de enraizamento da reflexividade” (Morin, 2005a, p. 94).

Morin (2004a), ao apresentar as errâncias produzidas pelo conhecimento, sugere que se busquem as origens e os germes dos *erros* como caminho para um fazer educativo consistente, crítico e provocador, de modo a facilitar a problematização do pensamento e da ação culturalmente inscrita nos sujeitos.

O dia-a-dia escolar e educacional produz saberes transmitidos e retransmitidos por intermédio da linguagem que estampa, com a força de uma foto em preto e branco, o *Idealismo* – posseção do real pela idéia.

Os educadores têm assimilado o cotidiano às pressas e levado suas experiências de roldão,

¹¹Cf. Morin, in Pena-Veja, Almeida e Petraglia, 2003.

perdendo a oportunidade de absorvê-las como força de conhecimento. Têm, também, esquecido da própria adolescência, dos momentos de dúvida, de arrogância e distanciamento vividos que favorecem o amadurecimento e auxiliam a captação do novo que se apresenta. E têm projetado sentidos e sentimentos em seus alunos, excluindo-os do processo educativo e dificultando o ensino e a aprendizagem.

As lembranças fixadas no agora, na defrontação e na aversão a *aborrescência* parecem ligadas à idéia absoluta de adolescência problemática, que impede a abertura para a compreensão humana e para as mudanças de rota. Este estado de coisas gera o distanciamento do aluno-adolescente, interdita sua participação escolar, e possivelmente, impede que se faça educação.

A exigência de rememoração do passado não implica apenas sua restauração, mas uma transformação do presente. Desse modo, a obtenção de uma outra compreensão da adolescência, distanciada do *paradigma de simplificação*, pode favorecer esse processo, que só ocorrerá se nos despregarmos daquilo que está posto e voltarmos nosso olhar para experiência vivida pelo jovem.

As teorias da Psicologia da Adolescência, visando a normatização e o ajustamento, deixam o indivíduo-sujeito guardado no esquecimento e corroboram com a visão desconectada e distanciada com que se olha o aluno/adolescente. O professor destituído de poder e não conseguindo empregar a dominação para controle, se apóia nas proposições naturalizantes e descaracterizadoras transmitidas nos saberes lineares descontextualizados, dirigem atitudes e pensamentos que escamoteiam o Eu e evidenciam o eu. A reforma do pensamento se impõe como necessária e imperiosa por encaminhar outras possibilidades educativas.

Almeida (2000, p. 20), diz que vemos que a “formação acadêmica do educador segue os pressupostos reducionistas que criam uma arquitetura hierárquica que privilegia o pensamento correspondente a uma história linear domesticada das descobertas do homem” e excluem a vida juvenil.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. da C. X. de. Ensinar a condição humana. EccoS Revista Científica, v.2, n.2., p. 9-26. São Paulo: Centro Universitário Nove de Julho, 2000.

DIAS, Elaine T. D. M. Subjetividade, docência e adolescência: impactos no ato educativo. Notandum libro, n.11, p. 01-86, São Paulo/Porto, 2008.

_____. Adolescência: entre o passado e o futuro, a experiência. Taubaté: Cabral, 2006.

MELLO, G. N. de. Formação inicial de professores para a educação básica: uma (re)visão radical. São Paulo Perspec. [online]. jan./mar. 2000, vol.14, no.1 [citado 26 Março 2004], p.98-110. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

MORIN, Edgar. Cultura de massas no século XX (O espírito do tempo). Trad. Maura R. Sardinha. São Paulo: Forense, 1969.

_____. Sobre a reforma universitária. In ALMEIDA, M. C; CARVALHO, E. A (orgs) Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. A cabeça bem-feita. Repensar a reforma, reformar o pensamento. Trad. Eloá Jacobina, 10 ed, Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2004.

_____. Os sete saberes necessários à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez, 2004a.

_____. O método 2: a vida da vida. Trad. Marina Lobo. Porto Alegre: Sulinas, 2005.

_____. Introdução ao pensamento complexo. Trad. Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulinas, 2005b.

PENA VEGA, A.; ALMEIDA, C. R. S.; PETRAGLAI, I. (orgs). Edgar Morin: ética, cultura e educação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Síntese Curricular

Elaine Terezinha Dal Mas Dias é Doutora e Mestre em Psicologia, área de concentração Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, pela Universidade de São Paulo (USP) e psicóloga pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). É professora do Programa de Pós-Graduação em Educação, pesquisadora do NIIC – Núcleo Interinstitucional de Investigação da Complexidade e professora do curso de Psicologia da Universidade Nove de Julho – UNINOVE.

O Lúdico e a Tendência Anti Social na Clínica da Aprendizagem

Sonia Maria B. Albuquerque Parente

Resumo

No presente trabalho, meu objetivo é estabelecer algumas relações entre o desenvolvimento da capacidade lúdica e o surgimento da tendência antissocial na clínica da aprendizagem baseada na contribuição de Winnicott. Em seguida, apresentarei fragmentos do atendimento realizado com Vitório, um garoto de 09 anos, encaminhado por problemas de aprendizagem e por ter maltratado e matado um filhote de cachorro. Num terceiro momento, um diálogo entre o atendimento de Vitório e a contribuição de Winnicott será estabelecido com o objetivo de compreender o brincar do menino e a situação em que a tendência antissocial, que segundo Winnicott, faz parte do desenvolvimento normal adquire uma roupagem patológica.

Palavras-chave

lúdico, tendência antissocial, recusa escolar, provisão ambiental, fusão dos impulsos, Winnicott.

Artigo

O desenvolvimento da capacidade lúdica Para Winnicott (1949; 1960; 1963-a) o ser humano nasce com um potencial ativo e criativo que necessita de determinadas condições ambientais ao longo do tempo para se desenvolver e atualizar. Como nasce num estado de desamparo, depende do outro - a mãe devotada comum - para tudo. Focalizarei aqui, as tarefas e capacidades psíquicas que o bebê deve realizar no estágio inicial de dependência absoluta e na passagem deste para o de dependência relativa, já que aqui reside a matriz da capacidade lúdica e dos atos antissociais. No estágio de dependência absoluta, quando tudo começa bem, a mãe alimenta a onipotência do bebê adaptando-se de forma total às suas necessidades, permitindo a criação da ilusão de que os 2 são um só. Esta é a base da criatividade, do senso de continuidade do SER, da confiança e esperança. Em torno dos 5 meses, o bebê alcança o status unitário (o Eu Sou) e começa a perceber que ele e a mãe não são um só. Isso permite que a mãe comece a instaurar o processo de desilusão. Se ela o faz gradativamente respeitando o ritmo e o tempo de tolerância do bebê em relação às suas idas e vindas, cria-se um espaço entre ambos, um entre, o espaço potencial. Neste estágio de dependência relativa ocorrem muitas conquistas como a integração do psique-soma, isto, é o bebê vai podendo habitar o seu próprio corpo devido a elaboração imaginativa das funções somáticas (personalização). Ele vai podendo lidar também, com a angústia de separação quando percebe que existe o eu e o não-eu, graças à abertura do campo do brincar (espaço potencial), do pensamento que surge como fruto da personalização e do uso dos objetos transicionais que presentificam a presença da mãe ausente. Esta é a base da capacidade simbólica. Uma das grandes tarefas que acompanha todo este processo e que se relaciona ao surgimento da tendência antissocial é que, além de perceber que há um eu e um não-eu, o bebê precisa integrar duas vivências. Uma, quando está em estado de quietude, usufruindo a continuidade do SER por meio das experiências na mutualidade num corpo a corpo (respiração, batimentos cardíacos etc) com a mãe ambiente (dimensão dos impulsos amorosos). Outra, quando está num estado excitado e se relaciona com a mãe objeto (seio) vivência ligada aos impulsos agressivos (dimensão do amor instintual presente na motilidade desde antes do nascimento e que dá origem ao FAZER). A fusão entre as duas vivências é de fundamental importância para a saúde psíquica. No estágio de dependência relativa, quando tudo vai bem, especialmente entre os 5 e 13 meses, a mãe que tem a retaguarda ambiental e está tranqüila permanece presente e viva (mãe ambiente) diante da relação cruel e sem cuidado do bebê com o seio (mãe objeto). Dessa forma, oferece condições para que ocorra uma situação de troca significativa entre ambos, que permite ao bebê ir integrando as duas mães e, conseqüentemente, os impulsos amorosos e os agressivos. Com a transformação gradual da crueldade em remorso, o bebê vai podendo lidar com a ambivalência, e entrando no ciclo benigno da culpa, o que permite desenvolver várias outras capacidades psíquicas por meio do brincar, pensar, conhecer e aprender criativos. O lúdico e a

tendência antissocial Quando não ocorre a sustentação do ambiente ao longo do processo de separação acima descrito, o bebê sofrerá uma privação que leva a ruptura no senso de continuidade do Ser e, conseqüentemente, na possibilidade de se comunicar, habitar o próprio corpo e dialogar com a realidade externa. Segundo Winnicott, a tendência antissocial faz parte do desenvolvimento normal, e nela estão incluídas a avidez, a enurese, a encoprese, os pequenos furtos, a anorexia e a bulimia. Um exemplo nos ajudará a compreender a diferença entre os aspectos normais e os patológicos da tendência antissocial. Diante do nascimento de um irmão ou depressão da mãe, uma criança começa a apresentar um comportamento antissocial, voltando a fazer xixi, por exemplo. Se os pais conseguem reconhecer a dinâmica inconsciente que envolve o ato e dão um significado a ele através do manejo da situação, a criança encontra a continência materna e paterna. Quando a estabilidade do ambiente é mantida ela pode retomar o caminho do desenvolvimento. Entretanto, quando o ato antissocial não pode ser compreendido, ele extrapola os limites da casa e se esparrama, geralmente pelo espaço da escola. A criança não se desenvolve a partir de uma experiência psíquica total, ficando aprisionada na onipotência e resistindo a entrar na lógica que o trabalho escolar exige. Sem espaço potencial não há troca e comunicação significativa, nem possibilidade de brincar, conhecer, pensar e aprender de forma integrada e criativa, como veremos no caso de Vitório. Caso Clínico Na sua primeira sessão comigo, Vitório, de 9 anos (encaminhado por problemas de aprendizagem e por ter maltratado e matado o filhote de um cachorro com requintes de crueldade, juntamente com outros meninos maiores) ficou fascinado com um super-herói a quem chamou Rock. Criou um jogo em que Rock matava a todos os outros que estavam na caixa lúdica (animais domésticos e selvagens, seres humanos, super-heróis etc). Esse jogo de vida e morte continuou na sessão seguinte, ocasião em que pudemos conversar e ele disse-me que Rock era indestrutível, infalível, tinha a cabeça de metal e matava para poder sobreviver. Acrescentou, ainda em outra sessão que Rock também estava preparado para se defender dos inimigos disfarçados de amigos porque fora programado para viver sozinho e não confiar em ninguém. Foi possível compreender que Vitório brincava, mas de forma defensiva e compulsiva comunicando que vivia - como Rock - em estado de vigilância diante do mundo sentido como ameaçador, num estado de solidão cósmica e isolamento psíquico. Como não se pode compreender nenhum sintoma fora da história da pessoa, lembro aqui, que a mãe de Vitório relatou que ele tinha sido desmamado em torno dos 3-4 meses porque sugava forte e mordida o seio. Além disso, desde pequeno era inquieto, tinha dificuldade de atenção e concentração, tendo sido diagnosticado como hiperativo aos 6 anos, ocasião em que fez uma terapia cognitivo-comportamental. Aos poucos, levantei a hipótese de que a privação da relação com a mãe ambiente em estado de quietude em torno dos 4 meses tinha levado Vitório a uma relação com o mundo externo ancorada na exacerbação da atividade, da dimensão do fazer baseada nos impulsos agressivos em detrimento do desenvolvimento de outras dimensões ligadas à constituição do SER (imaginação e memória). Crianças com este tipo de funcionamento, geralmente são curiosamente bisbilhoteiras, mas não se interessam e nem se envolvem de forma genuína com nada que a cultura oferece. Além disso, apresentam uma inquietação que na maioria das vezes, causa perturbação no ambiente. Foi possível observar, também, a presença de uma dissociação, pois por um lado Vitório era bonzinho, sedutor e submetido ao externo (quando, por exemplo, matou o cachorrinho para ser aceito pelos garotos) e, por outro, provocador (o que se pode ver pelas queixas: não seguia as normas e não ligava para as broncas, afrontando disfarçadamente figuras de autoridade). Para Winnicott (1963; 1990) quando não há a fusão dos impulsos ocorre também, o split nas relações objetais, isto é, um lado do self se submete tentando adaptar-se ao externo (falso-self) e o outro lado se relaciona com o objeto subjetivo sem ser influenciado ou dialogar com o externo. Do ponto de vista do atendimento clínico de Vitório foi preciso oferecer condições para que ele pudesse estabelecer um outro tipo de relação de confiança, comunicação e troca significativa com a realidade externa. Isso implicou na sua mudança para outra escola e na realização de intervenções clínicas em parceria com a escola e a família. Aos poucos, Vitório foi podendo encontrar significado para os seus atos descabidos e, assim, pôde retomar o caminho de um desenvolvimento integrado e criativo. Concordo com Winnicott (1956) quando afirma que o ato antissocial demonstra a esperança. Mas esperança do que? Penso que é a de poder ser olhado, respeitado e, principalmente, a de poder ser inserido na realidade familiar e escolar de uma maneira digna e verdadeira, o que vai ocorrendo à medida que o ambiente pode reconhecer

e se responsabilizar por sua parte na história. A experiência clínica tem mostrado que a resistência da criança com tendência antissocial a entrar na lógica exigida pelo trabalho escolar, geralmente evolui para um quadro de recusa escolar na adolescência (ver artigo de ALMEIDA SAMPAIO, 2008). Como ambas podem ser incluídas na tendência antissocial e denunciam uma situação de privação relacionada com falhas na provisão ambiental, quanto mais cedo for realizado um bom diagnóstico para compreender as necessidades do paciente, melhor. Um outro aspecto que merece ser assinalado, é que privilegiar a questão do rendimento escolar e da aprendizagem formal, antes de compreender e tratar a tendência antissocial é fazer uma Psicopedagogia que tenta adaptar o paciente ao sistema, que não apenas o excluiu, mas que contribui para o seu sofrimento. Vale lembrar que muitas vezes, tal resistência/recusa pode ser o ato mais verdadeiro de uma criança ou adolescente (ver A Recusa em ir à escola com expressão da busca de uma aprendizagem criativa. www.epcco.org.br).

Referências Bibliográficas

ABRAM, Jan. A Linguagem de Winnicott Dicionário das Palavras e Expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000. ALMEIDA SAMPAIO, M. L. A desordem das gerações e a recusa escolar: estudos de casos de adolescentes em psicopedagogia. 266 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. MELLO FILHO, Julio de O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. PARENTE, S. M. B. A Pelos caminhos da comunicação significativa O uso transicional das teorias na experiência clínica. São Paulo: Vetor Editora, 2008. WINNICOTT, D. W. (1949). A mente e sua relação com o psique-soma. In Da pediatria à psicanálise – Textos selecionados. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. WINNICOTT, D. W. (1956). A Tendência Antissocial. In Da pediatria à psicanálise – Textos selecionados. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. WINNICOTT, D. W. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. WINNICOTT, D. W. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

Instituição

Membro do Depto de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae/SP Coordenadora do EPCCO - Espaço de Pesquisa e Comunicação Significativa em Criatividade, Desenvolvimento e Aprendizagem. www.epcco.org.br

Síntese Curricular

Sonia Maria B. A. Parente é Psicóloga, psicanalista e especialista em Psicopedagogia Clínica (CRP/SP). Doutora em Psicologia Clínica (PUC/SP). Atua em consultório como psicoterapeuta de orientação psicanalítica e coordena grupos de estudos e supervisão. Autora de artigos e livros. E mail: smparente@terra.com.br

Por que Avaliação Psicológica Infantil no Contexto Hospitalar?

Kátia da Silva Wanderley

Resumo

O processo de psicodiagnóstico é um recurso fundamental no encaminhamento mais adequado às necessidades do paciente, na medida em que permite uma compreensão da estrutura e dinamismo psíquicos. O processo de psicodiagnóstico perfaz aproximadamente 75% da demanda de atendimentos do ambulatório de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual. Nesse procedimento trabalhamos tanto com o psicodiagnóstico clássico proposto por Ocampo (1976) quanto com o psicodiagnóstico interventivo proposto por Ancona-Lopez (1995). O material clínico apresentado esclarece a razão pela qual, se faz necessário a utilização dessa prática clínica em um contexto hospitalar.

Palavras-chave

Psicodiagnóstico, testes psicológicos, hora lúdica, contexto hospitalar

Artigo

O lúdico no contexto hospitalar. Para discorrermos sobre o tema abordaremos o lúdico enquanto uma ferramenta utilizada no atendimento de crianças na Seção de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual, enfatizando o processo de psicodiagnóstico. Nas instituições de saúde, a utilização do psicodiagnóstico visa, prioritariamente, o encaminhamento para tratamento especializado. O hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), por exemplo, mantém convênio com clínicas particulares e cada uma tem suas especificidades quanto aos pacientes que recebem. Algumas só tratam portadores de síndromes e deficientes mentais, outras só trabalham com psicóticos, outras atendem pacientes portadores de déficit perceptivo motor, porém com inteligência preservada, enfim o psicodiagnóstico desponta como um procedimento muito utilizado e útil no direcionamento desses pacientes. No psicodiagnóstico infantil realizamos a hora de jogo diagnóstica, equivalente à entrevista inicial do adulto, como instrumento de conhecimento da realidade psíquica da criança. O psicodiagnóstico infantil perfaz aproximadamente 70% da demanda de atendimentos de crianças do ambulatório de Psicologia. Os pacientes são encaminhados pelas clínicas que compõem o complexo hospitalar do Servidor Público Estadual, pelas escolas públicas e algumas crianças são trazidas pelos pais preocupados com o comportamento do filho. Trabalhamos tanto com o psicodiagnóstico clássico proposto por Ocampo (1976) quanto com o psicodiagnóstico interventivo proposto por Silvia Ancona-Lopez (1995). Na maioria das vezes o modelo apresentado por Ocampo é realizado pelos aprimorandos e estagiários que, devido à inexperiência necessitam de mais tempo para desenvolver o raciocínio clínico, visando a compreensão do conteúdo latente e, a partir daí realizar as intervenções. Por outro lado, os psicólogos efetivos utilizam mais freqüentemente, o psicodiagnóstico interventivo. Definido por Ocampo (1976, p.18) o psicodiagnóstico é uma situação de papéis bem definidos, onde uma pessoa pede ajuda (paciente) e o outro responde a essa solicitação (psicólogo) caracteriza uma situação bipessoal, de duração limitada, cujo objetivo é obter uma compreensão mais profunda possível da personalidade do paciente. Compõe-se de entrevistas: inicial, subsequente e devolutiva e aplicação da bateria psicométrica. Silvia Ancona Lopez (1995, p.31) considera a importância da intervenção ao longo do processo de psicodiagnóstico, por acreditar que a prática sugerida por Ocampo restringe o uso do psicodiagnóstico, na medida em que retira dele sua função terapêutica. Segundo a autora, a crença de que as intervenções do psicólogo durante o psicodiagnóstico poderiam ser devastadoras ao paciente, já que não suportaria entrar em contato com alguma característica sua, ou mesmo não compreenderia o que o psicólogo estaria falando deve ser repensada. Apesar de considerar que com alguns pacientes esse risco é previsível, reitera que na maioria das vezes, o psicólogo espera que os testes lhe dêem informações ou confirmem hipóteses clínicas já levantadas nas entrevistas, supervalorizando o material psicométrico, por vezes em detrimento do

raciocínio clínico elaborado nas entrevistas. A intervenção ao longo do psicodiagnóstico é mais criticada quando, tem o caráter de interpretação, já que tal conduta caracterizaria a psicoterapia e seria inadequada no processo de psicodiagnóstico. Silvia Ancona-Lopez (1995, p.31) assinala que embora a interpretação estabeleça uma distinção entre a psicoterapia e o psicodiagnóstico, chama-nos a atenção para o que ambos os procedimentos têm em comum: a relação paciente-psicólogo. Assim sendo, a ênfase na qualidade da relação paciente-psicólogo torna ambas as formas de trabalho com o psicodiagnóstico corretas. Pretendemos com a exposição da primeira hora lúdica de um processo de psicodiagnóstico, realizado na Seção de Psicologia do HSPE elucidar quanto, às possibilidades de orientação que temos mediante a compreensão do conteúdo latente do brincar infantil. Utilizamos o modelo proposto por Ocampo na realização dessa hora lúdica. Luis (nome fictício), quatro anos, filho único é trazido à Seção de Psicologia do HSPE por solicitação da professora que informou aos pais que ele fala pouco, prefere brincar sozinho e, às vezes não faz as tarefas que a professora pede, por se distrair com as brincadeiras solitárias. Os comportamentos preocuparam a professora que suspeitou que Luis pudesse ser uma criança autista e, caso esse diagnóstico se confirmasse, não poderia frequentar a escola, uma vez que não são especializados em crianças portadora do suposto diagnóstico. Luis desde os quatro meses frequenta escola permanecendo período integral. Os pais trabalham e preferem mantê-lo na escola, onde cursa o maternal, ao deixá-lo em casa com babá. O comportamento independente de Luiz sempre chamou a atenção dos pais, das pajens e agora da professora. Na creche, adaptou-se rapidamente e, quando maior já evidenciava preferência por brincar sozinho, permanecendo longos períodos de tempo envolvido com os brinquedos. Os pais mostraram-se disponíveis e colaboradores ao longo de todas as entrevistas que constituíram o processo de psicodiagnóstico. Comunicaram com detalhes e precisão sobre o desenvolvimento de Luis enfatizando a agitação como algo presente na vida do menino há muito tempo, mas acreditavam que tal comportamento cessaria espontaneamente, com o passar do tempo. Informaram com orgulho sobre a independência de Luiz, que essa característica do filho permite que trabalhem tranquilos e acrescentaram de modo muito determinado que, Luiz não sente e não percebe a falta deles, uma vez que faz tudo sozinho. Na hora lúdica, Luis entra sozinho no consultório, permanece por 50 minutos e em nenhum momento pede para sair. Assim que vê a caixa lúdica tira alguns animais nomea-os, colocando-os um ao lado do outro: “O cavalo uau!; o boi uau! O Tarzan uau! (chama o gorila de Tarzan). A nomeação dos animais é seguida de intensa ansiedade que torna a respiração de Luiz muito ofegante. A expressão “Uau!” utilizada após a nomeação dos animais sinaliza o entusiasmo com a constatação de ser um menino, já que os animais são fortes e grandes, representando assim a figura masculina. Todavia, a identificação com o masculino causa-lhe muita ansiedade. A idade de Luis, o posiciona na vivência edípica sendo o medo da castração iminente, suavizado, entretanto pela interdição paterna. No entanto, o distanciamento do pai compromete o estabelecimento de limites, tornando o aparelho psíquico de Luiz imerso nas fantasias incestuosas. Desse modo, os sintomas mencionados na queixa refletem a absorção de Luiz pelo mundo interno, não lhe sendo possível interessar-se por outros estímulos, na medida em que sua realidade psíquica encontra-se preenchida pelas fantasias típicas da vivência edípica. Todavia, a absorção pelo mundo interno não o retira do contato com a realidade, seu jogo e estruturado, o enquadre compreendido e respeitado, afastando-o do diagnóstico de autismo. Quando questionado quanto à razão de estar conosco, olha-nos e não fala. Explicamos que os pais o trouxeram, pois ele fala pouco, na escola não brinca com os amigos e não faz o que a professora pede. Continua mexendo na caixa, pega o avião e o faz voar emitindo o som do motor. O avião sobrevoa os animais por um longo período de tempo. Quando o vôo é rasante fala: “Olha o avião chegando, tá perto dele (reportando-se aos animais que havia tirado da caixa)” Tal jogo é repetido, até praticamente o final da sessão de hora lúdica. Por fim, pousa o avião e pega os animais, agora já menos ofegante, colocando-os de volta à caixa lúdica. Pareceu-nos que a ansiedade é diminuída após o avião aproximar-se dos animais o que traduz a necessidade de uma maior aproximação da figura masculina. As queixas do paciente denunciam uma falta: quase na fala, não brinca com os colegas e não faz o que a professora pede. Comunicação escassa e solidão parecem caracterizar o que Luis vive no ambiente familiar. Não tem com quem falar e nem com quem

brincar, já que os pais ficam muito tempo fora de casa. O modelo solitário de viver tem sido a tônica da vida de Luis, apesar de reagir a essa condição com agitação, o sintoma foi considerado como algo que se resolveria com o tempo, intensificando ainda mais a angústia oriunda do preenchimento do seu psiquismo pelas fantasias características, da fase de desenvolvimento que vive nesse momento. Luis é uma criança independente, mas se ressentia da falta dos pais. A independência acrescida do distanciamento dos pais promove ansiedade em Luiz que parece sentir o afastamento dos pais como abandono. Assim sendo, a maior participação dos pais na vida de Luis diminuirá o sentimento de desamparo e a angústia de castração será suavizada, com a proximidade, principalmente da figura paterna. A psicodinâmica da hora lúdica de Luis possibilita desconsiderarmos a suspeita de autismo da professora; sugere orientação aos pais quanto à importância da maior aproximação ao filho e indica ludoterapia com o propósito de propiciar elaboração dos sentimentos de abandono estimulados em Luis pelo afastamento dos pais, propiciando diminuição ou extinção das queixas apresentadas.

Referências Bibliográficas

ANCONA-LOPEZ, M. Psicodiagnóstico: Processo de intervenção. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.31
OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. Y Colab. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1976, p.18

Instituição

Hospital do Servidor Público Estadual; Faculdades Metropolitanas Unidas; Núcleo Psicanalítico de Estudos em Psicologia Hospitalar; Instituto Sedes Sapientiae.

Síntese Curricular

Katia da Silva Wanderley é Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo Chefe da Seção de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual; Professora e Supervisora do Curso de Psicologia das Faculdades Metropolitanas Unidas; Presidente do Núcleo Psicanalítico de Estudos em Psicologia Hospitalar; Professora do Instituto Sedes Sapientiae. E-mail: katzpsi@uol.com.br

Possibilidades de Trabalho com Crianças na Instituição Hospitalar

Luciana Petenusci Venturini Gutierres

A TRANSFERÊNCIA

Resumo

O presente trabalho faz uma breve exploração do desenvolvimento da técnica psicanalítica com crianças sob a compreensão teórica de diversos autores, trazendo ao lúdico e à brincadeira um caráter terapêutico. E, de acordo com a maioria desses autores, um dos fenômenos essenciais para viabilizar o trabalho analítico, não só com crianças, é o fenômeno da transferência. A transferência, enquanto fenômeno essencial ao trabalho analítico, vai possibilitar o desenvolvimento de um processo analítico no contexto da instituição hospitalar, propiciando um caráter terapêutico ao trabalho lúdico com crianças.

Palavras-chave

Psicanálise Infantil - brincar - transferência

Artigo

Podemos dizer que a Psicanálise infantil tem suas origens no trabalho de Freud publicado em 1909, no qual ele relata um caso de fobia de um menino de cinco anos, o pequeno Hans, e a possibilidade de tratamento, nesse caso, com a colaboração do pai da criança. Através das observações deste caso, Freud pôde compreender as neuroses infantis e confirmar hipóteses sobre a precocidade da vida sexual e como ela tem papel essencial na neurose dos adultos. A partir daí, ele abriu a possibilidade de se aplicar os princípios da técnica psicanalítica às crianças. A partir das observações de Freud, Hermine Von Hg-Hellmuth introduziu os jogos no seu trabalho com crianças por entender que, através dos mesmos, podia-se compreender seu mundo psíquico. E então, foram surgindo grandes teóricos e suas publicações sobre técnicas da psicanálise infantil – Sofia Morgenstein, na França; Anna Freud, em Viena; Melanie Klein e Donald Winnicott, na Inglaterra, entre outros. Grandes teóricos da Psicanálise Infantil como Freud e Klein deram à brincadeira e aos jogos um lugar de destaque compreendendo que, através do brincar, a criança poderia estabelecer a comunicação entre o mundo externo e interno, entre realidade e fantasia, ajudando na realização de desejos, no domínio de angústias e na elaboração de situações dolorosas. Para Winnicott é através da brincadeira que se manifesta a criatividade; o brincar facilita a comunicação consigo e com os outros e se desenvolve num campo intermediário – espaço potencial - que é constituído pela realidade externa e pela realidade interna do indivíduo. Este autor sustenta que, na análise, paciente e analista devem aderir a esse espaço intermediário e o paciente pode trazer, dessa forma, experiências de sua realidade socialmente construída e usar seus elementos para transformar ou enriquecer esse campo, levando a efeitos em seu mundo interno. Porém, para que qualquer processo de análise seja viabilizado, a maioria desses autores cita a ocorrência de um fenômeno essencial, inicialmente descrito por Freud, a transferência. Para este autor a transferência é conseqüência inevitável de uma situação médica e torna possível que se revele a realidade do inconsciente. Ele observou, na medida em que a análise transcorria, o aparecimento de resistências que dificultavam a recordação do paciente de elementos importantes e continuavam mantendo os sintomas. A análise justamente dessas resistências é a saída encontrada por ele para que o trabalho de recordação pudesse ser levado a contento. Em “Recordar, Repetir e Elaborar” (1914), Freud considera que o paciente deve recordar algo que foi ‘esquecido’, reprimido, para que esse conteúdo se torne consciente e deixe de produzir sintomas e repetições. Diz: “... podemos dizer que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas o expressa pela atuação ou atua-o. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que está repetindo.” (p. 196) As repetições ou atuações seriam uma forma de resistência, na transferência, que impediriam o paciente de recordar con-

teúdos associados a essas repetições. E assim, observando a compulsão à repetição, Freud entende que a transferência seria apenas um fragmento da repetição e que esta seria uma transferência do passado esquecido para a figura do médico e outros aspectos da situação atual. Em seu artigo “Observações sobre o amor transferencial” (1915), Freud fala sobre as pacientes que, em certo momento da análise, se interessam amorosamente pelo analista, não precisando mais recordar. E como entende que tudo que interfere na continuação do tratamento está a serviço da resistência, ele vai desenvolvendo o conceito de transferência e o amor transferencial, enquanto repetição de um conteúdo passado, como uma expressão da resistência. Melanie Klein considerava que a diferença na análise de adultos e da análise infantil estava no uso das técnicas e não de princípios e, em ambos os processos, transferência e repressão eram trabalhados. Para a autora, as relações de objetos originadas sob os sentimentos existentes nas posições esquizo-paranóides e depressiva, descritas por ela, é que serão revividas na transferência. Winnicott refere que o trabalho do analista tem a ver com a sustentação do brincar do paciente, que se dá em um espaço e tempo construído transferencialmente. O analista deve permitir que o passado do paciente se torne o presente. Ele diz, em “Variedades clínicas da transferência” (1955-6) que “... neste trabalho é mais certo dizer que o presente volta para o passado, e é o passado.” (p. 486) E é a partir do fenômeno transferencial que, acredito, a possibilidade da análise infantil, assim como a do adulto, pode se dar e o lúdico pode ganhar um caráter terapêutico. Ainda que, no contexto da instituição hospitalar, uma série de fatores institucionais possam atravessar a possibilidade de análise, eles não seriam uma impossibilidade para que esse processo se dê, uma vez que a análise tem relação com a revelação do inconsciente que pode se manifestar na relação transferencial, seja no consultório particular ou na instituição hospitalar.

Referências Bibliográficas

Blanca, G. W. Entrevista lúdica. In Cunha, J.A....et al. (2000) *Psicodiagnóstico-V*. 5 ed. revisada e ampliada, p. 96-104. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. Franco, S.G. O brincar e a experiência analítica. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 set. 2009. doi: 10.1590/S1516-14982003000100003. Freud, S. (1969) Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 10, pp. 13-154). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909) Freud, S. (1969) A dinâmica da transferência. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 131-143). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912) Freud, S. (1969) Sobre o início do tratamento. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 164-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913) Freud, S. (1969) Recordar, repetir e elaborar novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 1191-203). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914) Freud, S. (1969) Observações sobre o amor transferencial. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 207-223). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915(1914)) Segal, H. (1975) Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago. Winnicott, D.W. (1975) O brincar e a realidade.. J.O.A. Abreu e V. Nobre trad.. Rio de Janeiro: Imago. Winnicott, D.W. (1955) Variedades clínicas da transferência. In Winnicott, D.W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Trad. Jane Russo, p. 483-490. Rio de Janeiro: F Alves, 1993.

Instituição

Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE

Síntese Curricular

Luciana Petenusci Venturini Gutierrez é mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo; Psicóloga do Hospital do Servidor Público Estadual. E-mail: luvent@terra.com.br

Lugar da Brincadeira Simbólica no Hospital:

O Faz de Conta

Cleide Vitor Mussini Batista

Objetivo

Desta forma, este trabalho teve como principais objetivos: Verificar a influência do brincar nas situações de conflito vivenciadas pelas crianças enfermas; Verificar como a criança, através da fabulação presente na brincadeira simbólica em hospitais, constrói e explica fatos e situações vivenciadas por ela. Este estudo foi desenvolvido em dois espaços que atendem crianças e adolescentes com câncer.

Método

O primeiro espaço a Organização Viver e através da mesma o ICL (Instituto do Câncer de Londrina/Paraná) e o segundo espaço a Brinquedoteca Senninha GRAAC – IOP – UNIFESP (Instituto de Oncologia Pediátrica da UNIFESP/São Paulo/Brasil). As crianças, participantes da pesquisa foram oito crianças, sendo que três do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idade entre 4 a 11 anos. A abordagem qualitativa de pesquisa como opção metodológica para este estudo centrou-se naquilo que se consideramos uma abordagem ou construção etnográfica, no âmbito do paradigma interpretativo-compreensivo, o que permitiu, pelo detalhe, observação e minúcia, aproximarmos-nos do objeto de estudo, ou das suas significações manifestas privilegiando o olhar, a descrição e a interpretação do fluxo do discurso, ao invés de metodologias mais quantitativas. Optamos pela realização de atividades lúdicas propostas por nós para observar as representações realizadas pelas crianças durante as atividades. Para conhecer melhor a criança que participou de nosso estudo e ter uma compreensão mais detalhada dos conteúdos que emergem nas brincadeiras, utilizamos três procedimentos para coleta de dados: a observação, a entrevista e a análise de documentos.

Desenvolvimento

O brincar foi uma forma da criança se expressar e se revelar, era uma linguagem que ela usava e entendia, exprimindo, através dele, o que dificilmente seria dito em palavras. Por intermédio da brincadeira, a criança construiu e encarou o mundo em que viveu e demonstrou quais os problemas e preocupações que ocupava sua mente. A criança adquire domínio de um fato ou situação através da brincadeira e da fantasia. Provocando nos bonecos os processos que sofreu como sujeito passivo, a criança começa a entender que não precisa ser ela sempre a vítima desamparada, mas pode também fazer aos outros, o que lhe foi feito. Assim, pela brincadeira, o sofrimento passivo torna-se um domínio e os acontecimentos traumáticos podem ser melhor dominados. A forma que as crianças brincavam com os bonecos ilustra muito bem este caso, pois percebemos que os procedimentos que foram realizados durante sua internação, no hospital, a fizeram proceder da mesma forma com estes. Quanto mais intensa foi a impressão que um fato provocou na criança, maior número de vezes ela o repetia em sua brincadeira, pois assim, de uma forma progressiva, elas se familiarizavam com o evento que vivenciou, enfrentando as emoções que este acontecimento desencadeou, adquirindo tolerância, e posteriormente domínio, por intermédio do controle ativo do mesmo. Acreditamos que, ao brincar livremente, as crianças puderam simbolizar sentimentos, desejos, medos ou preocupações inconscientes. Dessa forma, elas puderam trazer ao exterior esses sentimentos inconscientes através da brincadeira. Trazendo-os à mente consciente, ou seja, tornando-se consciente destes sentimentos e expressando-os, as crianças aprenderam a compreendê-los, a lidar com eles e controlá-los e, assim, desenvolver-se sadiamente. Ao brincar com os bonecos as crianças nos permitiram conhecer seus sentimentos em relação à hospitalização, pois eles estavam presentes em seu brincar. As crianças se utilizaram da linguagem do brincar para apreender novas situações, elaborando psicologicamente vivências de seu cotidiano e possíveis conflitos internos. Podemos dizer que elas se apropriaram de experiências dolorosas através do brincar, esse espaço de ilusão situado entre o real e a fantasia. Elas

passaram, então, a ser sujeito e não somente objeto da experiência.

Conclusão

O resultado desta interação com as crianças foram surpreendentes na medida que enquanto brincávamos, elas conseguiam exprimir seus medos, falar sobre a doença, o tratamento e o hospital. Brincando e conversando verificamos que os medos, as dúvidas, os acontecimentos e as condutas foram elaborados e explicados. O brinquedo agiu por si, dentro da situação, preparando caminho para nossa intervenção, na medida em que as crianças foram incentivadas a se expressar livremente. Manipulando brinquedos, criando situações parecidas com as já vivenciadas, elas conseguiram, com alguma facilidade, aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Nesse contexto, as crianças não brincavam por brincar. Mesmo que elas não conseguissem exprimir nenhum conteúdo mais expressivo durante o jogo, o fato de poder brincar, mexer com os brinquedos, sair do leito, sentirem-se apoiada, já trazia um enorme alívio, dando condições de agir diante desta situação.

Síntese Curricular

Cleide Vitor Mussini Batista Pós-doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Departamento de Educação da Universidade Estadual de Londrina (UEL); Pedagoga/ Psicopedagoga do Centro Interdisciplinar de Diagnóstico e Tratamento Precoce do Distúrbios Globais do Desenvolvimento - Espaço Escuta. E- mail cler@uel.br.

"História da Psicoterapia Infantil - Sua Evolução"

Nancy de Carlos Sertorio

Deixo claro que não é minha pretensão aprofundar nenhuma das idéias aqui apresentadas de nenhum dos autores citados, "História da Psicoterapia Infantil: Sua Evolução" A psicanálise se fundamenta essencialmente na clínica: "alguém para ouvir o que o outro alguém tem para dizer" (Bion 1979).

Este trabalho tem por objetivo apresentar o caminho percorrido pela evolução da técnica psicanalítica de crianças, desde a genialidade do Dr. S. Freud até a atualidade, citando alguns dos muitos colaboradores para o desenvolvimento do pensamento clínico. Bem como não se trata de uma apresentação clínica, e sim de um passeio panorâmico sobre a teoria e a técnica.

Hoje, muitas são as possibilidades de se compreender um material clínico que podem elucidar uma situação analítica, e estas possibilidades tiveram início a partir das iluminadas observações do Dr. Sigmund Freud (1856-1939). A partir de suas idéias os fenômenos psíquicos tomaram importância, tornaram-se significativos e passaram a ter um lugar na história pessoal do ser humano.

A história da técnica psicanalítica teve seu início nas sensíveis observações de uma mente privilegiada como a de Freud, que enxergava para além das aparências e que tinha um olhar para além das evidências; evidências estas que eram impregnadas de certezas ou de "pseudo-verdades" cuja função nada mais era que a de apaziguar a angústia despertada pelo "desconhecido" gerado pela doença.

Na histeria, ele percebeu que o sintoma embora indicasse um caminho já conhecido para diagnóstico, não comportava toda a verdade sobre a doença. Foi então, que ele partiu para uma investigação mais profunda que o conduziu à percepção e à manifestação da qualidade psíquica inconsciente dos fenômenos. E foi a partir da constatação da existência dos fenômenos inconscientes que a técnica psicanalítica começou a despontar.

A psicanálise passa a se constituir partindo de uma questão central que é a de tomar conhecimento daquilo que não se encontra disponível, ou ao alcance da mente humana.

A descoberta da associação livre marcou o início da técnica, quando Freud, depois de tentar se aproximar do conhecimento da causa dos sintomas, através da hipnose e da sugestão sem o sucesso esperado, descortinou este outro caminho que o levou ao conhecimento das manifestações inconscientes. Freud percebeu que aquilo que no domínio psíquico não está submetido à consciência é inconsciente, ou seja, que além da consciência havia uma existência de pensamentos funcionando, que eram atuantes, e que era dessa parte inconsciente da mente que os sintomas eram gerados.

Tendo entrado por este campo do inconsciente, outro pilar emergiu de suas observações, ou seja, a percepção da importância da relação "terapeuta/paciente", que naquele momento histórico se tornou outro marco no desenvolvimento da técnica psicanalítica, eis que nesta relação há uma reedição de experiências anteriores, onde as angústias e as vivências inconscientes mais profundas podiam se expressar. Este fenômeno Freud denominou de transferência, que se caracteriza pelo intenso vínculo entre paciente e

analista. É importante ressaltar que o conceito de transferência proposto por Freud foi sendo modificado com a contribuição da experiência de mentes robustas, como Melanie Klein, Dr. Bion, Dr. Winnicott e Antonino Ferro.

A compreensão que Freud tinha do material vindo da associação livre, e das experiências do vínculo, precisavam ser comunicados ao paciente. A comunicação que se dá através de uma reconstrução que a dupla faz a partir do que o paciente associa livremente sobre a experiência presente, Freud denominou de interpretação. Surgiu, então, outro elemento da técnica. Através da interpretação Freud comunicava ao paciente, no momento oportuno, os fenômenos recalcados no inconsciente, tornando consciente o que até então

era desconhecido e reprimido, e desta forma criava possibilidades para ampliação dos limites da consciência.

Outra descoberta de grande importância para a Psicanálise e para a técnica psicanalítica foi a descoberta do sentido inconsciente do sonho feita por Freud. Com a descoberta do sentido latente do sonho para o sonhador e a ajuda da análise das partes conscientes do sonho e através da associação livre, foi possível uma aproximação ao desconhecido (inconsciente). Os processos psíquicos, tais como: deslocamento, condensação, representação verbal pela visual e simbolização que S. Freud (1900) aponta a partir das suas observações ao interpretar os sonhos, foram posteriormente utilizadas por M. Klein para aprofundar a análise de crianças.

Várias foram as citações e referências ao desenvolvimento infantil, em sua obra, que serviram como material imprescindível para o desenvolvimento da técnica de psicanálise infantil. As observações de Freud o conduziram a pressuposições de que a neurose adulta tinha suas raízes numa neurose infantil, e a elaboração da teoria traumática das neuroses, levou-o à convicção da importância da sexualidade infantil.

A psicanálise é única para adultos e crianças, não existe uma psicanálise diferenciada para crianças. Porém, mesmo sendo a compreensão psicanalítica a mesma, o que diferencia é a técnica pela sua complexidade, que implica numa especialização dentro da própria psicanálise.

Um elemento central dentro das grandes descobertas de Freud foi a importância do papel da fantasia na vida mental que se deu apenas quando ele abandonou a teoria traumática e descobriu com isso o que chamou de Complexo de Édipo.

Em 1909, Freud publicou história do Pequeno Hans, o menino de cinco anos que sofria do medo de ser mordido por um cavalo na rua. Freud encorajou o pai a analisar o filho, com sua ajuda, o que possibilitou uma elaboração do sintoma à luz do entendimento do complexo de Édipo. Este caso abriu o campo para a compreensão das fobias, para a interpretação da linguagem pré-verbal, a investigação da neurose infantil e indicou a possibilidade para a análise de crianças. (Análise de uma Fobia de Um Menino de Cinco Anos – 1909)

Contudo, havia ainda muita resistência para aceitação da análise de crianças, eis que predominava um medo inconsciente por parte dos analistas da época. Após o contato com os trabalhos de Freud, especialmente o caso do Pequeno Hans, a Dra. Hermine Hug-Hellmuth (1871-1924) começou a realizar algumas observações e tratamento com crianças com mais de cinco anos, observando o jogo de seus pacientes e brincando com eles em seu próprio ambiente. Como fruto desta experiência escreveu um trabalho “On The Technique of Child Analysis” (1921). Dra. Sophie Morgenstern (1875-1940) psiquiatra polonesa, também após o contato com a obra de Freud e após iniciar sua análise na França, tornou-se uma trabalhadora voluntária na clínica de neuropsiquiatria infantil dirigida por Georges Heuyer, e se dedicou ao estudo dos contos de fadas, sonhos, jogos, fantasias e desenhos infantis. O método do desenho, aplicado por ela, surgiu durante o tratamento de um caso de um menino de dez anos que sofria de mutismo total desde os dois anos de idade, sem que o exame clínico justificasse.

O único material interpretável eram os desenhos que o menino fazia a pedido da analista.

O sucesso que obteve com esse caso, fez com que a Dra. Morgenstern aplicasse e desenvolvesse este método com outros pacientes.

De forma mais sistematizada surgem as contribuições de Anna Freud (1895-1982) que em sua obra relata o atendimento de dez casos de crianças entre seis e doze anos diagnosticados como neuroses graves, procurando através deles alcançar os limites e dificuldades da análise. Anna Freud aprofundou-se nos mecanismos de defesa da mente.

Nesta época, havia certo consenso entre os analistas de que não se poderiam explorar as camadas mais profundas do inconsciente da criança acreditando-se que poderia ser perigoso no sentido de haver a liberação de impulsos que a criança não poderia controlar, com a justificativa de que o superego da criança era fraco, fraqueza esta apoiada na teoria de S. Freud sobre a formação do superego após a dissolução do Complexo de Édipo (mais ou menos entre cinco e seis anos de idade). Pensava-se que a psicanálise seria adequada somente para crianças em período de latência, pensamento do qual participava Anna Freud que com sua técnica mais pedagógica – educativa, não aprofundava a análise, não havendo a análise da situação edipiana inconsciente, assim como também não havia a análise da transferência negativa.

Ainda que a Dra. H. Hug Hellmuth tenha se utilizado de brinquedos na sua técnica de análise de crianças, foi sem dúvida, a genialidade de Melanie Klein (1882-1960), que soube lhe dar um novo sentido e aplicabilidade. Desde o princípio ela deu-se conta que, para tornar possível a análise de

crianças, impunha-se uma estratégia que pudesse transpor a barreira da linguagem. Para tanto, observando o mais óbvio, percebeu que as crianças, mesmo as de tenra idade, expressavam suas fantasias, seus desejos e experiências de um modo simbólico por meio de brinquedos e jogos.

Para M. Klein, o brincar se tornou um campo de investigação para um persistente e intuitivo trabalho, ela percebe que o brincar poderia ser a expressão de processos muito profundos, inconscientes, semelhantes ao processo do sonhar, através do brincar seria possível uma aproximação aos processos inconscientes. Surgiu assim, no cenário psicanalítico a técnica psicanalítica através do brinquedo.

A primeira apresentação de um trabalho sobre o caso de uma criança ocorreu na Sociedade Psicanalítica de Berlin, por Melanie Klein, dez anos após a publicação do caso do Pequeno Hans. Ainda assim não foi muito bem vista pelos analistas, uma vez que os pontos de vista de Melanie Klein trouxeram à tona aspectos da agressividade e sexualidade infantis. Seu primeiro paciente foi um menino de cinco anos a quem ela chamou de "Fritz".

Observou que as orientações e sugestões dadas à mãe, não foram suficientes para ajudar a criança quanto às suas dificuldades neuróticas, passando então a analisá-la. Logo se deu conta das ansiedades e defesas contra as mesmas que a criança apresentava.

Interessou-se por isto, desviando-se das regras mais comuns de conversa e passou a falar com a criança sobre aquilo que percebia ser mais emergente. Desta forma, observou uma atenuação das ansiedades apresentadas logo após as interpretações, mas assustou-se com a intensidade das novas ansiedades que emergiam, e assim prosseguiu incentivada por seu analista, Dr. Karl Abraham, e observou o progresso da análise.

Inicialmente, Melanie Klein realizava o atendimento na própria casa da criança com seus brinquedos e aí pode perceber que a criança expressava suas fantasias e ansiedades enquanto brincava e ela, então, interpretava o que entendia ser o significado daquele jogo.

Melanie Klein escreve:

"Tal aproximação corresponde a um princípio fundamental da psicanálise - a associação livre. Ao interpretar não só as palavras da criança, mas também suas atividades com os brinquedos aplicaram esse princípio básico à mente da criança, em que a brincadeira e as atividades diversas - de fato, todo o seu comportamento - são meios de expressar o que o adulto manifesta predominantemente por palavras.

Guiaram-me sempre, também, dois outros princípios básicos da psicanálise, estabelecidos por Freud, e que considerei desde o início como fundamentais: que a investigação do inconsciente é a principal tarefa do método psicanalítico e que a análise da transferência é o meio para se alcançar este objetivo" (Pag. 27).

Em 1923, na análise de uma criança de dois anos e nove meses, ela avançou no desenvolvimento da técnica através do brincar e descreve:

"Rita padecia de terrores noturnos e de fobias por animais, era muito ambivalente em relação à mãe, apegando-se à ela, ao mesmo tempo, a tal ponto que dificilmente se podia deixá-la sozinha. Tinha uma marcada neurose obsessiva e mostrava-se, por vezes, muito deprimida. Seu ato de brincar estava inibido, e sua incapacidade para tolerar as frustrações tornava cada vez mais difícil sua educação."

Melanie Klein iniciou o atendimento e percebeu que apesar da pouca idade, a criança reagiu aliviada às interpretações da transferência negativa que já surgiram de imediato na relação. O alívio provocado pela interpretação possibilitou à criança, iniciar um novo jogo.

Ela notou, então, que a capacidade de transferência é espontânea na criança, e sugeriu que se deveria interpretar a transferência negativa e positiva desde o primeiro momento, não tendo o analista papel de educador.

Além disso, percebeu que a pré-condição para a análise da criança é compreender e interpretar as fantasias, os sentimentos, as ansiedades e as experiências expressas ao brincar ou, as causas da inibição caso as atividades lúdicas estejam inibidas. A partir deste caso, percebeu a importância de se criar um setting específico para o atendimento da criança. Descobriu a importância de alguns brinquedos que poderiam favorecer a manifestação das experiências emocionais, e, as-

sim, modificou sua técnica introduzindo então brinquedos pequenos, simples e variados que podem facilitar esta expressão.

Adotou a forma onde cada criança tenha seus próprios brinquedos para a sessão.

A criança expressa na experiência analítica suas ansiedades mais intensas e primitivas, a presença destas ansiedades, coloca em movimento a compulsão à repetição, mecanismo estudado por Freud na dinâmica da transferência e que aparece no impulso para brincar.

Isto leva à simbolização e a criança pode reeditar suas primeiras relações de objeto. O processo de simbolização é estudado a fundo, uma vez que é mola propulsora para o desenvolvimento mental, uma vez que é através deste processo que a criança faz uso da representação simbólica, das projeções.

A criança projeta os objetos internos nos brinquedos.

As contribuições de Melanie Klein penetram o mundo mental do humano, através da análise de crianças, levando em consideração as expressões que a criança faz da exposição de seu mundo interno e dos fatos psíquicos, ou seja, um mundo onde o que imperam são as fantasias, principalmente a fantasia inconsciente. Mundo interno que considera a extrema importância que tem os “espaços corporais internos”, num sentido primitivo das experiências emocionais, e que ganham muita importância para o entendimento da vida mental da criança. São relevantes as angústias mais primitivas, as fantasias inconscientes ligadas à inveja, voracidade, agressividade e ao instinto de morte.

O trabalho do analista é tornar o paciente consciente das operações que ele realiza na transferência, que advém dos “fantasmas” de seu mundo interno onde ele projeta, ataca, distorce, e o analista lhe apresenta um vértice desta verdade, buscando aproximá-lo da realidade externa. O procedimento psicanalítico é essencialmente compreender a mente do paciente e comunicar-lhe o que se passa nela.

A partir destas contribuições, surgem inovações importantes por colaboradores que ampliaram seus conceitos (Bleandonu, 1895; Bott-spilius, 1993; Corti, 1981, etc...), a importância dada à realidade interna, sendo tão real quanto a externa; o reconhecimento do espaço interno do indivíduo, onde realmente acontecem os fatos das fantasias inconscientes; as observações sobre a antecipação do conflito edípico e da formação do superego ressaltando a violência e sadismo de ambos; a ampliação para a visão das angústias mais primitivas ligadas aos objetos parciais e ao relações com o seio; e a ampliação do conceito de identificação projetiva, hoje central para a psicanálise. O trabalho dela é expandido pelos neo-kleinianos, tendo como base a interpretação na atualidade.

A relação transferencial é entendida como uma projeção dos fantasmas internos, onde caberá a interpretação de angústias e defesas. O setting é rígido para que se possa permitir a manifestação das fantasias mais profundas, enquanto a postura do analista continua neutra para que possa lidar melhor com as identificações projetivas do analisando, sendo que o analista é o alvo das projeções de fantasias inconscientes que uma vez interpretadas geraram novas fantasias inconscientes. O eixo de sustentação desta técnica é a interpretação da transferência referente à atualidade da relação.

O trabalho de Melanie Klein possibilitou a análise de crianças e de psicóticos e, através da análise das angústias e defesas, permitiu o aprofundamento da análise de neuróticos.

Depois dela, surgiram as contribuições de Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979), que aumentou os conhecimentos psicanalíticos sobre os processos psicóticos e desenvolveu uma vasta obra em metapsicologia considerando a observação e vivência do analista em sessão. Conhecendo profundamente a obra de Melanie Klein e Sigmund Freud, e tendo os como modelo, propõe uma teoria do pensar baseada na observação clínica do exame das experiências emocionais. O pensamento se torna seu objeto de estudo, observa que a complexidade e abstrações dos pensamentos evoluem a partir de experiências rudimentares.

Wilfred Bion desenvolve um pensamento clínico e reformula a teoria do conhecimento baseado nestas observações, na análise dos distúrbios do pensamento e na teoria das relações de objeto. Ele ressaltou a fundamental importância para o trabalho analítico do desenvolvimento da capacidade de observação do analista, expõe em seu livro

“Elementos de Psicanálise”, um método que possibilita ao clínico aguçar esta capacidade.

Onde inicialmente, desenvolve uma teoria de grupo, levando à importância do campo bipessoal

na análise e considera que o trabalho tem que levar em conta as duas mentes que estão se relacionando (analista/analizando) e os fatos emocionais que as envolvem. Sua grande contribuição refere-se ao funcionamento mental do analista no campo analítico, e da sua capacidade e disposição para acolher todos os acontecimentos neste campo como: emoções, percepções, além das interpretações e não-interpretações que possam acontecer. O que importa mesmo é o conhecimento dos processos mentais, como único objeto de interesse e conhecimento para a análise. Sua nova modalidade acrescenta um panorama diferente e muito enriquecedor ao que havia sido desenvolvido nos modelos anteriores. Com o acréscimo ao pensar psicanalítico que inclui a teoria dos grupos, a teoria do pensar, o aparelho para pensar, a teoria das funções, o conceito de transformações e tantos outros conceitos, Wilfred Bion não trabalhou diretamente com crianças, mas seu pensamento teve uma profunda influência no desenvolvimento dos trabalhos de Antonino Ferro (analista didata da Sociedade Psicanalítica Italiana).

Ao mesmo tempo, Antonino Ferro introduziu um olhar diferente para os fenômenos que ocorrem na sala de análise, parte do vértice psicanalítico desenvolvido por Wilfred Bion e das idéias sobre o “campo” de Willy e Madaleine Baranger. Ele ressalta a importância da captação da comunicação do paciente que vem em forma de um recado manifesto e que precisa ser “metabolizado” (mentalmente) pela mente do analista sem precipitar interpretações, e de como o analista pode contribuir para uma mudança de vértice na visão do paciente, a partir da comunicação de sua experiência emocional vivida ali na sessão. Antonino Ferro mostra a importância do conceito de micro-transformações na sessão que acontece em consequência da captação da emoção que o paciente vive naquele momento e não em função de uma decodificação interpretativa imediata. As micro-transformações possibilitam ao analista estar no que Wilfred Bion chamou de “em unísono” com o paciente, favorecendo o desenvolvimento do “continente” (conceito de Bion) e, portanto a possibilidade de conter todos os conteúdos imaginários.

Ele chama a atenção para a importância do vértice de escuta, oscilar entre as comunicações externas do paciente através do relato manifesto com as comunicações do mundo interno, permeado por suas fantasias e possibilitando um ciclo oscilatório entre a transferência e a relação atual, sendo a transferência, fenômeno absolutamente necessário para alcançar as emoções ainda não pensadas e não transformadas. A interpretação tem o objetivo de construir um sentido aberto às novas inclusões de idéias, e não de decodificar.

Outro autor de grande importância para o desenvolvimento da psicanálise, principalmente no que diz respeito à observação do desenvolvimento infantil, foi o Dr. Donald Woods Winnicott (1896-1971). A elaboração de suas idéias baseou-se em sua prática clínica, aproveitando os encontros favorecidos com bebês com o seu médico pediatra. Desta forma descobriu a importância da relação mãe-bebê, e toda sua obra é voltada para a natureza desta relação.

Para D. Winnicott o desenvolvimento emocional está centrado na relação “o contínuo ambiente/indivíduo”, passa a considerar os cuidados da “mãe suficientemente boa” com o seu bebê, que torna-se parte importante das suas considerações sobre o setting analítico.

A partir disto introduz o conceito de holding, onde a importância é dada ao ambiente físico e principalmente emocional de acolhimento às necessidades do bebê exercidas pela mãe, o que ele transporta também como um elemento para a técnica em análise. O holding favoreceria principalmente aqueles pacientes cujo ambiente primitivo tivesse fracassado em relação a eles e D. Winnicott defendia a idéia de que se o analista pudesse oferecer ao paciente um ambiente, que simbólica e concretamente contivesse aspectos da relação mãe/bebê, assim haveria uma possibilidade de reparação na falha provocada pelo ambiente precoce.

D. Winnicott descobre os fenômenos transicionais observando como os bebês, ao se separarem das mães, desenvolviam através de uma área intermediária, ou de um espaço potencial, um sentido que indicaria a divisão entre eu e não eu. E através deste espaço/tempo, que esta passagem necessária ao desenvolvimento conduz à ilusão.

Através do brincar e da criatividade, o bebê fazia uso de objetos transicionais que possibilitavam o início do processo de simbolização.

Referências Bibliográficas

Aberastury, A. (1982). *Psicanálise de crianças – Teoria e Técnica*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
Abram, J. (1996). *A linguagem de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Ed. Reinventer Ltda.

Bléandonu, G. (1990). Wilfred R. Bion: a vida e a obra, 1897-1979. Rio de Janeiro: Imago.

Ferro, A. (1995). A técnica na psicanálise infantil: A criança e o o analista, da relação ao campo emocional. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1909). Análise de la fobia de um ninõ de cinco anos. Obras Completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nova.

_____ (1916-1917). Conferências XXI e XXXIII . Obras Completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nova.

_____ (1918). Historia de uma neusosis infantil. Obras Completas. Madrid: Ed. Biblioteca Nova.

Hinshelwood, R. D. !1992). Dicionário do Pensamento Kleiniano. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Klein, M. (19). A Psicanálise de Criança. Rio de Janeiro: Ed. Imago.

Klein, M. (1982) e outors autores. Progressos da Psicanálise. Novas tendências da Psicanálise (pag. 27). Ed. Zahar

Sandler, P. C. (2001). Psicanálise e verdade. Alter: Jornal de estudos Psicanalíticos. Vol XIX.

Simon, R. (1986). Introdução à Psicanálise: Melanie Klein. São Paulo: EPU

Winnicott, D. W. (1989). Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul, Ltda.

Síntese Curricular

Nancy de Carlos Sertorio é psicóloga clínica; Especialista em atendimento infantil e em Psicoterapia Psicanalítica pelo CEPSI (USP) ; Membro Filiado da SBPSP.
E-mail: nancy.sertorio@yahoo.com.br

Evolução Histórica da Interpretação da Atividade Lúdica

Maria Salete Lopes Legname de Paulo

Resumo

Freud foi o precursor da psicologia infantil, seu trabalho com adultos conduziu-o a investigar os fatos ocorridos na infância; sua genialidade na observação do jogo de um menino de dezoito meses levou-o a descobrir os mecanismos psicológicos da atividade lúdica e no caso da fobia de um menino de cinco anos ele estruturou a compreensão da linguagem pré-verbal necessária à interpretação do jogo. As primeiras experiências referem-se à observação do jogo da criança e tentativa de compreender seus desenhos. Melanie Klein e Anna Freud publicaram os primeiros livros técnicos para sistematizar o método de análise. Anna Freud acreditava que a criança não possuía consciência da doença. Para Klein, o brincar é a linguagem típica da criança para expressar o que ainda não pode ser colocado em palavras e criou uma técnica do jogo baseada no pressuposto de que por meio da dimensão simbólica a criança brinca para vencer realidades dolorosas e dominar medos instintivos. A ansiedade intensa da infância impulsiona o movimento de compulsão à repetição simbólica nos brinquedos. Aberastury enriqueceu a compreensão da primeira hora de jogo percebendo a fantasia de doença e de cura. A escola francesa traz suas contribuições por meio de Françoise Dolto, que utiliza modelagem e desenhos e Maud Mannoni que integra o material do brincar à entrevista com os pais. A concepção do brincar como uma forma privilegiada de comunicação pode ser estendida atualmente também ao trabalho com adolescentes e adultos, considerando novas propostas de enquadres diferenciados como a abordagem de Winnicott.

Palavras-chave

Psicanálise; Histórico; Interpretação; Atividade Lúdica

Artigo

Fundamentos teóricos da interpretação do jogo Os desdobramentos mais importantes que marcaram o surgimento e a evolução dessa especialidade psicanalítica inicia-se pelos trabalhos de Freud que forneceu o estímulo ao mundo psicanalítico e os subsídios para a compreensão do jogo infantil. Freud, com sua genialidade abriu as portas para a investigação psicológica descrevendo os mecanismos de funcionamento psíquico. Em seu trabalho com adultos, ele percebeu a importância de investigar os fatos ocorridos na infância e sua influência posterior na saúde ou neurose do indivíduo. Historicamente Freud (1920/1973) iniciou a interpretação do jogo infantil por meio da observação do jogo de um menino de dezoito meses. A “brincadeira do carretel”, conhecida como “Fort da”, foi descrita por Freud observando seu neto no berço: a criança jogava o carretel para fora e em seguida o recolhia, para novamente repetir a mesma ação, jogar para fora da cama ou do alcance de sua visão e recuperar em seguida. Freud atribuiu um significado ao jogo que observava: o menino ocupava-se da ausência de sua mãe, e repetindo o jogo com o carretel, ele tentava lidar com a questão da presença e ausência do outro. Por meio do brinquedo a criança podia controlar simbolicamente o afastamento da mãe, porque fazia o carretel voltar quando fosse o seu desejo e, portanto, ela tentava elaborar sua angústia de separação e futuro reencontro com a mãe. O jogo simbolizava um desaparecimento e perda seguido de uma recuperação. Ou seja, o brincar simbólico representava uma vivência interna da criança. Freud não analisou pessoalmente nenhuma criança porque acreditava que lhe faltavam as premissas básicas necessárias ao processo psicanalítico: a associação livre como meio de comunicação e a capacidade para estabelecer transferência. Mesmo assim, ele analisou o caso da fobia de cavalos de um menino de cinco anos, por meio dos relatos e anotações sistemáticas do pai. A história da análise do menino elaborada por Freud é extensa e rica em detalhes o que torna possível compreender o nascimento da psicanálise de crianças. Resumindo os aspectos principais, o menino, conhecido como o pequeno Hans (1909/1973) era uma criança saudável até o aparecimento da fobia, alegre, com bom relacionamento e que gostava de brincar. Apresentava grande

curiosidade por uma parte de seu corpo, que ele chamava de “a coisinha de fazer xixi”. A mãe angustiada com as atividades masturbatórias de Hans o ameaçava dizendo que o médico cortaria seus genitais se ele insistisse em tocá-los. Deram-lhe uma falsa descrição da diferença entre os sexos, pois afirmaram-lhe que os genitais femininos eram iguais aos masculinos. O nascimento da irmã também foi traumático porque lhe deram a versão sobre a cegonha, mas o levaram ao quarto de sua mãe, onde ele pôde ver sinais de sangue e o médico ainda em atividade, que o assustaram e criaram confusão. Freud cita também alguns traumas em seu próprio corpo em função de laxantes, que lhe davam a vivência de esvaziamento violento, mas que poderiam inconscientemente reforçar a angústia e a ameaça de castração. O pequeno Hans passou a ter medo de ter os dedos mordido por cavalos. O pai orientado por Freud interpreta o medo como angústia de castração pela masturbação, o que melhorou temporariamente a fobia. Importante ressaltar que as anotações de Freud revelam que o menino conversava com seu pai sobre os medos, sonhos e detalhes de suas brincadeiras, sabendo que essas informações seriam transmitidas ao dr. Freud. Vale concluir que indiretamente Freud estava dando as bases para o fato de que a criança tem noção de sua enfermidade e apresenta também o desejo de curar-se. Todos os detalhes desenvolvidos na fobia têm relação com algum fato ou acontecimento que o desencadeou. Assim, Freud elabora a análise da fobia utilizando-se da interpretação dos mecanismos já conhecidos por ele para explicar a neurose dos adultos. A fobia representava a angústia de castração, ligada a uma situação edipiana. O cavalo branco representava a figura do médico, que tinha sido escolhida pela mãe como autoridade para concretizar a ameaça de castração. A boca com dentes do cavalo havia sido relacionada pelo menino por meio de um episódio com sua amiga, em que o pai dela adverte: “Não aproxime seus dedos da boca do cavalo porque ele pode mordê-la.” E, finalmente os dedos eram o representante deslocado do pênis ameaçado. Os deslocamentos são necessários para afastar o medo e o perigo de uma situação diária. Ou seja, em função da situação edipiana, o menino tinha medo do pai, mas é possível transferir ao médico por ordem da mãe e ao cavalo por deslocamento, para que a convivência diária não seja afetada e também porque, dessa forma, mantém o medo controlado e menos freqüente. Ou seja, criança pode evitar sair de casa para não encontrar cavalos, mas não pode evitar o encontro com o pai, o que tornaria a angústia diária insuportável. A função simbólica da comunicação da criança por meio do jogo é desenvolvida muito claramente por Freud nos dois exemplos citados. Ele analisou brincadeiras, fantasias e sonhos que abriram caminho para que os estudiosos seguintes buscassem uma técnica que permitisse compreender essa linguagem pré-verbal. Desenvolvimento da Técnica do Jogo A psicanálise de crianças confunde-se com o histórico da interpretação do jogo infantil. A partir de Freud, o interesse no atendimento psicológico de crianças motivou os primeiros psicanalistas infantis a estudarem uma forma de superar a grande dificuldade de comunicação com a criança, na medida em que esta não pode manter associação livre, o instrumento fundamental de análise. As primeiras experiências de atendimento infantil referem-se à observação do jogo da criança em seu ambiente, estudo dos contos infantis e tentativa de compreender seus desenhos. Alguns autores (Aberastury, 1978; Alexander et al., 1981; Paulo, 2008; Zimerman, 1999) apresentam a evolução do nascimento da técnica de análise infantil. Hug-Hellmth foi a primeira analista que se ocupou de crianças e a primeira, em 1921, que se utilizou de brinquedos nos atendimentos e sua tarefa consistia em observar o jogo de seus pacientes e brincar com eles. Sophie Morgenstern, na França, procurava compreender o conteúdo latente dos contos, sonhos, fantasias, desenhos e jogos de seus pacientes. Ela substituiu a associação livre principalmente pelos desenhos, explicando que a intensa angústia, principalmente de castração, desaparecia após sua interpretação a partir da análise dos aspectos evidentes nos desenhos da criança. O desenho livre é uma forma de expressão natural e os comentários, gestos ou histórias espontâneas têm o valor de associações. Sua contribuição foi valiosa e os desenhos são utilizados até a atualidade como uma forma de expressão simbólica de crianças, ou mesmo de adolescentes e adultos com dificuldade de se expressão verbal. Na Suíça Srta. Rambert estava ocupada com novas técnicas de análise para crianças e publicou um artigo, em 1938, no qual descreve seu trabalho utilizando personagens representantes das figuras de maior importância para a criança. Procurava trabalhar os conflitos e fantasias sádicas e masoquistas, que a criança não expressaria verbalmente. Anna Freud, em Viena, deu continuidade ao trabalho de seu pai e dedicou-se à psicanálise de crianças concordando com ele quanto ao fato da criança não ter noção de sua enfermidade, nem das conseqüências

de seus transtornos. Fazia então um trabalho preparatório para que a criança aceitasse a análise e a partir deste utilizava-se principalmente da interpretação dos sonhos, fantasias, desenhos e afirmava que os jogos eram apenas uma técnica auxiliar. Acreditava que os sonhos infantis são claros porque o conteúdo manifesto e latente se aproximam e normalmente revelam a realização de desejos, como já havia afirmado Freud. Pedia a colaboração da criança para compreendê-los e estas normalmente aceitavam sua interpretação com interesse. O manejo da transferência para Anna Freud restringia-se a manter e trabalhar com a criança numa situação de transferência positiva, pois acreditava que o sentimento de amor e afeição pelo analista seria mais útil para conseguir sua colaboração para o trabalho analítico. A contribuição de Melanie Klein é a mais valiosa para a psicanálise de crianças, pois é ela quem dá continuidade às investigações de Freud quanto ao significado simbólico dos jogos e sistematiza uma técnica de atendimento. A Técnica Lúdica Ao dedicar-se ao desenvolvimento da análise infantil Klein escreveu vários artigos e a técnica criada por ela com a utilização do jogo e os pressupostos da teoria psicanalítica estão compilados em "Contribuições à Psicanálise" (1923/1979), Klein intui que o brincar é o modo de expressão da criança e se questiona se a brincadeira, mesmo de uma criança normal, não teria um significado subjetivo. Observando crianças e seus próprios pacientes, Klein percebe que o jogo sempre tem uma finalidade e um sentido e, dessa forma, todo jogo tem um sentido que revela a situação interna infantil. Na situação de análise as crianças brincam e revelam por meio simbólico dos jogos o conteúdo que expressariam verbalmente, ou seja, o brincar equivale à associação livre do adulto. Desse forma, portanto, ela soluciona a questão de comunicação com a criança na situação terapêutica. A técnica principal encontra-se em "Psicanálise da Criança" (1932-1975). A partir de seu trabalho, Klein afirma que a capacidade de simbolizar é precoce na infância e a criança projeta seus afetos nos brinquedos que, por deslocamento, representam objetos do mundo interno ou figuras significativas. Esse mecanismo é possível porque a capacidade de simbolizar é precoce na criança. O deslocamento dá importância aos brinquedos que ficam carregados de carga afetiva pela projeção, ao mesmo tempo que podem ser refúgio contra a angústia. A ansiedade intensa da infância impulsiona o movimento de compulsão à repetição simbólica nos brinquedos. O jogo, assim como os sonhos e os desenhos são atividades plenas de sentido, eles representam situações excessivas ao ego, canalizam tendências e possibilitam a dramatização e atualização dos conflitos, ao mesmo tempo que podem ser refúgio contra a angústia. Brincando a criança vence realidades dolorosas e domina medos instintivos porque os projeta nos brinquedos, que são mediadores entre a realidade externa e interna. O brincar tem a função de estabelecer uma prova de realidade e serve de ponte entre a fantasia e a realidade, possibilitando à criança uma adaptação progressiva ao meio externo. Toda atividade lúdica é plena de sentido e seu significado simbólico depende do contexto, da idade da criança, da vivência e da situação do momento. De acordo com Klein, a função do jogo é possibilitar a elaboração de situações internas excessivas ao ego infantil e de situações traumáticas à fragilidade interna. Tem também uma função catártica e de assimilação, pois a repetição lúdica de fatos diários permite a troca de papéis e a repetição exaustiva até que o fato possa ser transformado ou assimilado pelo ego. Dessa forma, o jogo permite que a criança torne-se ativa em situações que teve que vivenciar passivamente. Enquanto joga a criança canaliza tendências e pode transformá-las e, por isso mesmo, a criança que brinca reprime menos. A partir de suas observações Klein afirmou que toda criança saudável brinca e a inibição do jogo é sempre um sinal de perturbação psicológica e, o grau dessa inibição pode revelar o índice da enfermidade. Na situação analítica Klein interpreta o jogo infantil com base nos mesmos mecanismos da interpretação dos sonhos: deslocamento, condensação, representação visual e simbolização. É necessário ao analista manter a atenção flutuante da mesma forma que na análise de adultos para captar o sentido latente do jogo, levando sempre em conta o rigoroso determinismo psíquico. A inibição do brincar ou paralização do brinquedo durante a hora de jogo deve ser entendida como manifestação do superego e de uma situação de angústia, como o silêncio do adulto em psicanálise. Na prática analítica Klein observou que a capacidade de transferência era espontânea na criança e, tinha, portanto, já todos os requisitos para tornar possível o processo analítico infantil. A transferência é uma edição das relações amorosas semelhante à do adulto e pode ser positiva ou negativa. Características de um

Superego rígido ligado às imagens internas são projetados no jogo. A interpretação do significado do jogo leva à elaboração do círculo vicioso agressividade – culpa – agressividade novamente, e, assim, libera a criança do sofrimento neurótico. Desenvolvimento pós Kleiniano A partir do trabalho de Melanie Klein muitos analistas interessaram-se em aplicar a técnica em vários países. Na Argentina, Arminda Aberastury (1978) foi pioneira a denominar a primeira hora de jogo como jogo diagnóstico e afirmou que a criança expressa simbolicamente por meio do jogo desde os primeiros momentos sua fantasia de doença e sua fantasia de cura. A escola francesa traz suas contribuições por meio de Françoise Dolto, que utiliza modelagem e desenhos na situação analítica infantil. Ainda na França Maud Mannoni (1981) apresenta uma contribuição original ao integrar o material de jogo à entrevista com os pais. Enquanto a analista colhe os dados iniciais de anamnese, motivo da consulta, dados sobre o desenvolvimento da criança e ambiente familiar a criança brinca e acompanha a conversa dos adultos. Seu jogo nesse momento tem o significado de apresentar sua visão sobre o mesmo problema e suas fantasias sobre a enfermidade. Atualmente a concepção do brincar como uma forma privilegiada de comunicação pode ser estendida também ao trabalho com adolescentes e adultos, considerando novas propostas de enquadres diferenciados como a abordagem de Winnicott (AIELLO-VAISBERG, 2001). Para Winnicott (1971/1975) brincar é um ato criativo. O bebê cria o seio quando mama e tem a experiência emocional de ser alimentado. O meio ambiente é essencial e ao mesmo tempo coadjuvante nesse cenário. Utilizando os conceitos de “Consulta Terapêutica”, que significa o extremo valor terapêutico das entrevistas iniciais, de objeto transicional e espaço potencial, a clínica da atualidade aplica atividades com objetos e atividades como materialidade no espaço potencial da sessão, expandindo a possibilidade lúdica para adolescentes e adultos. Essa abordagem de atendimento é realizada segundo enquadres transicionais diferenciados, o que permite que haja a superposição de duas áreas do brincar, a do terapeuta e a do paciente, de modo que permite as comunicações emocionais de conteúdo inconsciente (WINNICOTT, 1984). Pode-se dizer que as consultas terapêuticas são pautadas na relação inter-humana, de modo a possibilitar o surgimento de um gesto espontâneo em presença do outro, utilizando estratégias clínicas e a própria relação para lidar com a angústia e o sofrimento psíquico. A materialidade é um mediador da relação terapêutica, da mesma forma que o “Jogo de Rabiscos” era um mediador do contato de Winnicott com o mundo interno das crianças em análise. Conclusão A intuição e a criatividade de Melanie Klein aliadas ao seu interesse científico resultaram em um trabalho vivo até a atualidade, com uma infinita gama de possibilidades e desdobramentos. O brincar, o modo de jogar, a escolha dos brinquedos ou a distribuição dos papéis formam um caleidoscópio de possibilidades que pode ser compreendido de diferentes modos de acordo com o método psicanalítico e a abordagem escolhida.

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A. Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Paidós, 1978. AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A. O ser e o fazer na clínica. In: _____ (Org.) Anais do V Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica: A clínica em psicoterapia psicanalítica. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2001, p. 82-91. ALEXANDER, F.; EISENSTEIN, S.; GROTHJAHN, M. A História da Psicanálise através dos seus Pioneiros. V. II. Rio de Janeiro: Imago, 1981. FREUD, S. (1909) Análisis de La fobia de um niño de cinco años. Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo II. 3. ed., Traducción directa del alemán: L. Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. _____ (1920) Mas Allá del Principio del Placer. Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo II. 3. ed., Traducción directa del alemán: L. Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. KLEIN, M. (1923). Contribuições à Psicanálise. Trad. Miguel Maillat. São Paulo: Mestre Jou, 1979. _____ (1932). Psicanálise da Criança. Trad. Pola Civeli. 2.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1975. MANNONI, M. A Primeira entrevista em psicanálise. Prefácio de Françoise Dolto. (1965) Trad. Roberto C. Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1981. PAULO, M.S.L.L. Histórico da psicanálise de crianças e sua evolução na teoria das relações objetais. Trabalho apresentado na II Jornada do Brincar e da Brinquedoteca. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2008. WINNICOTT, D.W. Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Tradução J.M.X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984. _____ (1971) O Brincar e a Realidade. Trad. José A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. ZIMERMAN, D.E. Fundamentos Psicanalíti-

cos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Instituição

Universidade de São Paulo, Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia; Universidade Metodista - SP.

Síntese Curricular

Maria Salete Lopes Legname de Paulo é Psicóloga Clínica; Doutora em Psicologia Clínica pela USP; autora do livro *Depressão e Psicodiagnóstico Interventivo: proposta de atendimento*; pesquisadora e supervisora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, docente da Universidade Metodista - SP.

ASPECTOS DA VIDA EMOCIONAL PRIMITIVA E AS RELAÇÕES DE OBJETO QUE FAZEM PARTE DO DESENVOLVIMENTO

Armando Colognese Junior

Resumo

Neste trabalho proponho a teorização da posição pós-depressiva, usando como referência a teoria da escola inglesa, particularmente o pensamento kleiniano. Para tanto reviso a posição depressiva escrita por Melanie Klein, ressaltando as ansiedades, as emoções básicas, as defesas e as relações de objeto, características dessa posição. Pretendo com isso contribuir para a compreensão das angústias primitivas do ser humano em seu desenvolvimento psíquico, a fim de facilitar a abordagem interpretativa nas psicoterapias psicanalíticas, bem como no processo de ludodiagnóstico, através do entendimento das dinâmicas psicopatológicas predominante.

Palavras-chave

Posição; Posição esquizoparanóide; posição depressiva; posição pós-depressiva; relação de objeto.

Artigo

Pretendo neste trabalho contribuir para a compreensão das angústias primitivas do ser humano e localizar a angústia psicopatológica predominante no processo ludodiagnóstico. Para tanto, apresento uma reflexão sobre a teoria de uma posição pós-depressiva, tendo como referência a teoria das posições de Melanie Klein. Não tenho a pretensão de fazer um estudo sobre o tema das posições, nem me aprofundar nos detalhes conceituais que cada uma destas posições contém. Sugiro os trabalhos da própria Melanie Klein(1) e também de Bion(2), Rosenfeld(3) e Hinshelwood(4), que estudaram profundamente tais conceitos. Por que posição? “Klein adotou a expressão ‘posição’ para dar uma ênfase diferente ao seu modelo de desenvolvimento. Ela queria afastar-se da idéia de estágios ou fases do desenvolvimento, as quais havia demonstrado não serem nítidas, mas sim parcialmente sobrepostas e flutuantes. Uma posição é uma constelação de ansiedades, defesas, relações objetais e impulsos.”(5) Em meus seminários teóricos e clínicos no Instituto Sedes Sapientiae, procuro diferenciar os estados mentais da posição esquizoparanóide dos da posição depressiva, a partir da teoria postulada por Melanie Klein (1934 e 1946)(6) e da minha experiência clínica. Esta prática me levou a questionar algumas situações clínicas, que somente se resolvem quando penso numa posição pós-depressiva. Para pensar e teorizar uma posição pós-depressiva, proponho alguma modificação na definição e conteúdo da teoria da posição depressiva do modo como Melanie Klein descreveu. Entendo que, do modo como ela a postulou, encontramos alguns aspectos que estão condensados e que ficariam mais bem discriminados e redistribuídos com uma posição seguinte, que pretendo descrever. Revendo a posição depressiva - Concordo que a posição depressiva surge no segundo trimestre da vida dos bebês, fundamentalmente com a convergência dos impulsos amorosos e hostis dirigida para o mesmo objeto, à fonte nutridora. Mas, creio que neste período a criança é acometida por sentimentos de depressão; permanecendo num estado depressivo até ser mais bem elaborado e compreendido, e não uma mera tristeza, mesmo que intensa. O que para mim, justifica serem a depressão e a mania as emoções básicas. Sabemos que quando o bebê passa para a posição depressiva, traz ainda um certo modo de funcionamento esquizoparanóide, como Klein descreveu em seu artigo de 1958(7), assim como realizam algumas integrações na posição esquizoparanóide, só que não se sustentam. Quando deprimido o bebê sente-se ambivalente, pois a culpa o atormenta; em mania, uma tríade de sentimentos se apresenta: o controle, o triunfo e o desprezo. A relação objetal é total, ou seja, o objeto ainda é considerado bom ou mau e poderá se manter tendendo à integração ou tendendo à cisão. No entanto, friso o ou, pois, a criança, ainda não tem claro se é possível a permanência e a convivência do bom e do mau objeto, dentro ou pertencendo ao mesmo objeto e

por isso oscila entre a depressão e a mania. Então, vejo a necessidade de fazer uma distinção entre objeto total e objeto integrado, que Klein os usa como sinônimos. Proponho que utilizemos o termo totalizado – ou objeto total – para exprimirmos e descrevermos o movimento psíquico(8) que dê a conotação, de algo mais próximo de aglomerado, unido, porém ainda não articulado; para estados de mudança psíquica(9), onde ocorra articulações, deixarei o termo integrado – ou objeto integrado. Assim, dando continuidade ao raciocínio anterior, entendo que o bom objeto, portanto integrado, é reconhecido como vivo e com vida, já o mau objeto é reconhecido como moribundo ou morto. A ansiedade típica desta posição, descrita por Klein é a perda do objeto, havendo uma preocupação com ele. Porém, penso que as ansiedades (depressivas) típicas desta posição têm mais a ver com o desamparo e a impotência, sentidos através da experiência e pela sensação de falta de recursos - em conseguir reparar o objeto amado danificado - e não pelo medo de perda - que me sugere um risco de perder. O que tenho observado na clínica é a expressão de um sentimento que se aproxima mais do terror do que de risco. Ao reconhecer o objeto como moribundo haverá a tendência a sentir-se fracassado, sem chance de repará-lo, recuperá-lo, o que levará a sentir-se sem recursos, insuficiente, impotente. No entanto, quando o bebê pode fazer boas introjeções e manteve bem internalizados os bons objetos – pois as cisões não foram muito intensas e as identificações projetivas moderadas - haverá a possibilidade de sustentação da crença do bom objeto e o bebê sentirá que pode reparar os danos feitos ao objeto, podendo assim usá-lo, ocorrendo menos ansiedade e mais tranquilidade, tendendo ao êxito, que é condição para passar à posição posterior. As defesas, predominantemente mais usadas na posição depressiva são: a mania, a reparação e acrescento o recalque, que incluo por considerá-lo o mecanismo de defesa típico das neuroses. Na teoria freudiana o Complexo de Édipo ocorre na fase fálica. Na teoria kleiniana é na posição depressiva que ocorre a vivência do complexo de Édipo primitivo, fato que ao meu ver também contribui para a formação das neuroses. Por isso considero, as neuroses, patologias da posição depressiva. Freud considerou que a neurose resulta da não elaboração do Complexo de Édipo e, para tanto, o sujeito utiliza fundamentalmente o mecanismo de recalque para defender-se de uma representação dolorosa na consciência. Klein, considerou a neurose como defesa contra a psicose. Ela deu ênfase aos processos introjetivos e projetivos, ao estudar e tratar a neurose, pois queria atingir a sua causa, ou seja, a psicose. Não vou me estender sobre o tema das neuroses, pois não é o objetivo deste trabalho. Enfatizo que, tanto na reparação como no uso das defesas maníacas e do recalque, o intuito é sempre a restauração do objeto amado e a tentativa é de evitar a dor dos sentimentos depressivos de tê-lo danificado, antes de perceber que era o mesmo que o odiado. Há uma tendência de usar qualquer defesa, nesta posição como reforço onipotente, de uma forma mais próxima da mania, às vezes de forma arrogante. Entendo arrogância como descreveu Bion(10), é um querer a qualquer preço, que ocorre diante de uma ameaça catastrófica ao psiquismo. Podemos dizer que, quanto mais a criança estiver se sentindo ameaçada de perder o objeto, seja pela morte deste objeto ou não, mais onipotente serão as defesas. A posição pós-depressiva e suas características: Penso que, as emoções predominantemente mais sentidas na posição pós-depressiva são: o luto, a suficiência, a força para o trabalho produtivo e o prazer. Luto, porque haverá sempre perdas na vida que deverão ser elaboradas, pois se não o for, haverá estagnação ou retrocesso ao modo de funcionamento da posição anterior. Suficiência porque se sente em condições de fazer reparações diante dos equívocos que vier a fazer na vida. Força para o trabalho produtivo porque, se pode elaborar os lutos, reparar seus equívocos, adquirirá o último dos sentimentos para uma vida onde as diferenças pessoais deverão ser respeitadas, que é a gratidão; tendo atingido este estágio, poderá trabalhar em grupos e ser cooperativo; liderar com autoridade e delegando e não com autoritarismo. E estou usando o termo prazer como satisfação e para se contrapor ao sentimento de plenitude, que chamo de gozo – sentimento onipotente que traz consigo a negação da falta e a sensação ilusória de satisfação, típico da posição esquizoparanóide e estados defensivos de mania. Considero que as defesas predominantemente mais usadas são: o mecanismo da repressão (ou supressão – e não do recalque) e a negação, conforme descreve Laplanche e Pontalis: Supressão: “Num sentido lato: operação psíquica tendente a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou importuno: idéia, afeto, etc.. Neste sentido, o recalque seria uma modalidade especial de repressão.”(11) Acrescento também que considero mais evoluído. Negação: “Processo pelo qual o indivíduo, embora formulando um de seus desejos, pensamen-

tos ou sentimentos, até aí recalçados, continua a defender-se dele, negando que lhe pertença.”(12) Quanto à ansiedade típica da posição pós-depressiva, considero que seja a do luto, ou seja, medo da perda do objeto amado, medo da perda da esperança. Incluindo ao medo da perda do objeto amado, acrescento o cuidar dos bons objetos e das boas relações objetais, que é o mais importante, pois se deve ter o cuidado de observar a atenção e a qualidade dispensada a este objeto. Observamos isto nas relações objetais inconscientes, mesmo quando envolve perdas de fato. Ao medo da perda da esperança, incluo a necessidade de se manter os objetivos traçados por e para nós; portanto é necessário aceitar as diversas perdas que se tem durante a vida. E para que isto aconteça é preciso, muitas vezes, lançarmos mão dos mecanismos primitivos, seja cisão, recalque, etc. Prefiro pensar que, neste momento de uma posição pós-depressiva, o uso de mecanismos mais primitivos como a cisão, por exemplo, seja capaz de nos ajudar a fazer as separações necessárias para que os pensamentos possam continuar fluindo. Sem a interferência predominante de objetos maus, creio que o pensamento possa ser distinguido e classificado para que o pensador seja preservado. Assim consegue-se manter um estado de mente que considero integrado e um posicionamento frente à sociedade, que considero íntegro. As relações de objeto e com o objeto é de cuidado e principalmente, de respeito às diferenças que existem entre eles. Assim temos: Na posição esquizoparanóide: Terror; cisão; persecutoriedade; idealização. A persecutoriedade e a idealização. Ansiedade: persecutória (terror) Na posição depressiva temos: Depressão; mania; recalque; reparação. O desamparo, a depressão e a impotência. Ansiedade: depressiva (impotência) Na posição pós-depressiva temos: Repressão; luto; esperança; gratidão. O medo da perda, a perda de objetos e o luto. Ansiedade: do luto (perda do amor) O trânsito entre as posições - Podemos compreender, conforme já citei a própria M. Klein neste capítulo, que uma posição seguinte depende de como foi vivida a posição passada. E penso que Bion descreve melhor isto com seu diagrama: PEP <-----> PD(13) Estou plenamente de acordo com as oscilações propostas por Bion entre as posições e aproveito para acrescentar uma posição e ampliar o diagrama: PEP <-----> PD <-----> PPD <-----> Aqui, de acordo com Klein e Bion, já citados, incluo a possibilidade de uma interferência da posição esquizoparanóide na posição pós-depressiva e de encontrarmos aspectos, mais evoluídos, da posição pós-depressiva já dentro da posição esquizoparanóide, muito embora não se sustente.

Notas: (1)“Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos” e “Notas sobre os mecanismos esquizóides”. (2)Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas, cap 5, in “Volviendo a pensar” (3)Identificação projetiva na prática clínica – parte 4ª, cap 8 in “Impasse e Interpretação” (4)Hinshelwood, in “Dicionário do pensamento kleiniano”, págs 152 e 170. (5)Hinshelwood, in “Dicionário do pensamento kleiniano”, pág. 421. (6)Respectivamente nos trabalhos: “Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos” e “Notas sobre os mecanismos esquizóides”. (7)Melanie Klein, “Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental” 1958, pág 275 e “Sobre a teoria da ansiedade e da culpa”, 1948 pág 55. (8)Ressalto o termo movimento psíquico para lembrar a idéia expressa por Betty Joseph - bem descrita em seu livro “Mudança Psíquica e Equilíbrio Psíquico”, mais precisamente na ‘Introdução Geral’, escrita por Michael Feldman e Elizabeth Boot Spillius, pág 19. (9)Idem 8. (10)“Sobre la arrogancia”, cap 7 in “Volviendo a pensar. (11)Laplanche e Pontalis, “Vocabulário de Psicanálise”, pág. 594. (12)Laplanche e Pontalis, “Vocabulário de Psicanálise”, pág. 373. (13)Bion, W.R., Elementos de psicanálise, págs 77 e 135.

Referências Bibliográficas

BION, W.R.,(1957) “Sobre la arrogancia” , cap 7, Volviendo a pensar. Buenos Aires, Ediciones Horme S.A.E. HINSHELWOOD, R.D.(1992), Dicionário do pensamento kleiniano, Porto Alegre, Artes Médicas. JOSEPH, B. (1992), Equilíbrio psíquico e mudança psíquica, Rio de Janeiro, Imago Editora. KLEIN, M. (1934), “Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos”, Obras Completas, vol 1, Rio de Janeiro, Imago Editora 1991. _____ (1946), “Notas sobre os mecanismos esquizóides”, Obras Completas, vol 3, Rio de Janeiro, Imago Editora 1991. _____ (1948) “Sobre a teoria da ansiedade e culpa”, Obras Completas, vol 3, Rio de Janeiro, Imago

Editora 1991. _____ (1958), “Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental”, Obras Completas, vol1, Rio de Janeiro, Imago Editora 1991. LAPLANCH, J. e PONTALIS, J.-B. “Vocabulário de Psicanálise”, 3ª Ed., Livraria Martins Fontes Editora Ltda.

Instituição

Instituto Sedes Sapientiae - Departamento Formação em Psicanálise -São Paulo - SP – Brasil.
E-mail: sedes@sedes.org.br

Síntese Curricular

Armando Colognese Junior é Psicólogo; psicanalista; especialista em psicologia clínica pelo CFP; professor e supervisor do Departamento Formação em psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Autor do livro: A trama do equilíbrio psíquico - Editora Rasari, São Paulo-SP - 2003.
E-mail: colognesejr@uol.com.br

Uso do recurso gráfico como meio de interação e comunicação com crianças hospitalizadas

Sandra Ribeiro de Almeida Lopes

Resumo

O processo de hospitalização provoca, além do sofrimento físico causado pela doença e pelos procedimentos clínicos invasivos, um nível de sofrimento psíquico inevitável, que acaba por instalar uma situação de crise tanto para o paciente quanto para os seus familiares. Pensando em minimizar este sofrimento, o psicólogo hospitalar no seu cotidiano de trabalho procura criar espaços que propiciem a expressão de sentimentos, pensamentos e emoções presentes. Para tanto, o uso do desenho tem se mostrado um excelente recurso de aproximação e diálogo com a criança no contexto hospitalar. O objetivo deste trabalho é discutir a importância do recurso gráfico como meio facilitador na comunicação e interação com a criança hospitalizada. Para isto, nos reportaremos aos mais recentes estudos científicos realizados sobre o tema, além de nossa experiência na supervisão de estágios na área de psicologia hospitalar em unidades pediátricas.

Palavras-chave

Criança hospitalizada, recurso gráfico, comunicação, avaliação e intervenção psicológica

Artigo

O ambiente hospitalar muito difere do ambiente no qual a criança está inserida a maior parte do tempo. Entretanto, a partir do momento que adoece vê-se diante da necessidade de passar por um período de internação hospitalar. Acrescido ao sofrimento provocado pelo próprio adoecimento ou pelos procedimentos clínicos invasivos, a criança experimenta o sofrimento de estar num lugar estranho, distante dos familiares e privada das atividades que sempre estiveram presentes no seu cotidiano. A hospitalização, embora ocorra com a finalidade de promover recuperação ou melhora na qualidade de vida, desperta nos pacientes sentimentos confusos e contraditórios, além de desencadear diferentes reações emocionais, tais como: regressão, depressão, ansiedade, isolamento entre outras. Desta forma, podemos afirmar que o processo de hospitalização provoca, além do sofrimento físico causado pela própria doença e pelos procedimentos clínicos, um nível de sofrimento psíquico inevitável, que acaba por instalar uma situação de crise, tanto para o paciente quanto para sua família. Vale dizer que, quando um membro da família adoece todo o seu sistema familiar se altera; as rotinas, os papéis, os canais de comunicação, podendo gerar um estado de desequilíbrio. Lindquist (1993) no seu trabalho com crianças hospitalizadas relata a presença de comportamentos que surgem rotineiramente em um processo de hospitalização, como por exemplo, a dinâmica familiar, a interrupção ou retardo na escolaridade, as carências afetivas, a privação materna, as agressões físicas e psicológicas. O hospital tem a função de tratar dos aspectos físicos procurando recuperar com a maior brevidade o estado de saúde anterior, mas não integra à sua prática os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento e tratamento. Pensando em minimizar o sofrimento da criança e de seus familiares, o psicólogo hospitalar procura no seu dia-a-dia criar espaços que propiciem a expressão de sentimentos e emoções como um resgate do significado particular atribuído a esta experiência. De acordo com Campos (1995), o valor do trabalho do psicólogo seria o de aliviar o sofrimento dos pacientes e diminuir as conseqüências traumáticas que a hospitalização e a cirurgia venham a causar, dando assistência e apoio à família e aos profissionais da área de saúde. Completa ainda dizendo, que "... o paciente sentindo-se compreendido percebe-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, podendo entender sua doença tanto no aspecto fisiológico, como nas implicações emocionais..." (Campos, 1995.p.79). Em nossa prática, supervisionando estagiários que desenvolvem suas atividades em hospitais pediátricos, temos observado que em muitos casos as crianças só conseguem expressar seus sentimentos e pensamentos a respeito de tudo que lhe está acontecendo através de um recurso lúdico. A expressão verbal representa em

muitos momentos algo por demais sofrido e pesaroso. Desta forma, brincar, desenhar e contar histórias podem ser atividades que, naquele momento em especial, atendam a diferentes propósitos, como o de relatar, denunciar, pedir ajuda e mesmo elaborar vivências de dor e sofrimento, que de outra forma não seriam expressas. É possível ainda, identificar aspectos que não dizem respeito exclusivamente ao processo de adoecimento e internação, mas sim a dificuldades de outra natureza, como sérios conflitos familiares envolvendo em muitos casos maus tratos, negligência e até mesmo indícios de um possível abuso físico e/ou sexual para com a criança. Sendo assim, priorizamos uma escuta sempre muito atenta do terapeuta para com o que a criança deseja nos comunicar, e nos valemos desta comunicação para estabelecer e fortalecer o vínculo de confiança, e a partir daí definir uma intervenção mais eficaz para o caso. Temos nos valido muito da técnica do desenho livre em nossos primeiros contatos com a criança hospitalizada, não apenas por ser um recurso de fácil acesso quanto por despertar o interesse imediato da criança. Sabemos que, comunicar-se por meio de desenhos é uma das formas mais antigas e permanentes que sempre esteve presente na história do homem sobre a terra. Para criança, o desenho assume papel de instrumento precioso de comunicação. O que não lhe é permitido expressar em palavras, o que não é capaz de exprimir verbalmente, ela o faz nos desenhos. Diversos autores já se ocuparam de pesquisar e escrever sobre a importância do desenho como instrumento que permite a expressão simbólica e facilita a comunicação da criança. Citaremos apenas alguns estudos realizados no contexto hospitalar a título de ilustração. Crepaldi e Hackbarth, (2002) investigaram os sentimentos e os comportamentos que a criança hospitalizada apresenta nos momentos que antecedem uma intervenção cirúrgica. O estudo foi realizado em um hospital infantil, com 35 crianças entre 5 e 7 anos e para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos consecutivos: história, desenho e entrevista sobre o desenho. O agrupamento do conteúdo dos desenhos e das respostas das crianças originou as categorias de análise: medo, culpa, fuga, tristeza e desconfiança na equipe, apontando para o fato que a situação de cirurgia provocou a experiência de sentimentos negativos, associados à punição de comportamentos inadequados, além da percepção da falta de acolhimento por parte da equipe, ressaltando a importância da preparação da criança para a hospitalização e procedimentos cirúrgicos com uma medida de proteção ao desenvolvimento infantil. Menezes, Moré e Cruz (2008) investigaram os diferentes usos do desenho infantil no contexto da hospitalização, saúde e doença em trabalhos brasileiros e da América Latina. Concluíram que para a maioria dos estudos a função do desenho, enquanto instrumento de medida de processos psicológicos, serviu à avaliação de ansiedade e comportamentos pré-cirúrgicos; dificuldades emocionais em crianças portadoras de doenças crônicas; adaptação ao ambiente hospitalar; eficácia de algumas intervenções terapêuticas com crianças doentes e hospitalizadas; comunicação médico/paciente em consultas pediátricas e também na investigação dos conceitos de saúde e doença para crianças com e sem enfermidade. Ribeiro e Junior (2009) procuraram identificar a representação social que a criança hospitalizada possui a respeito do hospital. Utilizou-se como abordagem teórico-metodológica o referencial da Teoria das Representações Sociais e como instrumento para coleta de dados o Procedimento de Desenho- Estória com tema, o qual foi analisado a partir da proposta de Aiello-Vaisberg (1997). Os resultados demonstraram que as cinco crianças estudadas se ancoram em duas teorias diferentes a cerca do objeto representacional em pauta, na primeira teoria como equipamento de ajuda, tratamento, apoio e salvação; e na segunda teoria como local de privação, exclusão, sofrimento, punição e castigo. Ao resgatar o uso do desenho no contexto hospitalar, conclui-se, que este se mostra como um instrumento valioso de acesso aos processos psicológicos. A expressão infantil por meio do desenho representa uma possibilidade de favorecer as relações interpessoais da criança, sua família e a equipe de saúde, pois enquanto atividade expressiva, o desenho propicia a objetivação de aspectos mais internos e profundos do pensamento. O desenho, além de permitir a representação gráfica dos pensamentos e sentimentos infantis, constitui-se também como uma forma de comunicação humana (Menezes, Moé e Cruz, 2008).

Referências Bibliográficas

Campos, T. C. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU
Crepaldi, M.A; Hachbarth, I.D (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação de pré-cirurgia. *Temas em Psicologia da SBP*, vol 10, n.2, 99-112
Lindquist, L (1993). A

criança no hospital: terapia pelo brinquedo. Scritta, São Paulo Menezes, M; Moré, C.L.O.O; Cruz, R.M (2008). O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. *Avaliação Psicológica*,7(2), Porto Alegre, 189-198 Ribeiro, C.R; Junior, A.A.P (2009). A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Rev. SBPH*, v.12 n.1 Rio de Janeiro, 31-56.

Instituição

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Síntese Curricular

Sandra Ribeiro de Almeida Lopes é Psicóloga Clínica e Hospitalar. Mestre em Psicologia Clínica pela USP e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora e supervisora das áreas de Psicologia Hospitalar e Psicoterapia do Adolescente. Professora responsável pela Clínica Psicológica do Mackenzie.

O Lúdico e o Gráfico como Meios de Expressão e Comunicação com Crianças: do Diagnóstico à Intervenção

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Nessa breve apresentação, discutiremos a atividade lúdica e gráfica como meios de expressão de crianças e com crianças, e como podem e devem fazer parte do trabalho do psicólogo, em especial no contexto clínico, com estas.

Dessa forma, pretendemos abordar como autores em psicologia e psicanálise abordam e encaram o jogo e o desenho, podem e são formas de se aproximar e conhecer crianças (e adolescentes); e mais ainda como a partir desse encontro desenvolver trabalhos interventivos, desde o psicodiagnóstico interventivo, e a psicoterapia individual, em grupo, além de enquadres diferenciados, como consultas e oficinas terapêuticas.

O resumo apresentado nos próximos parágrafos faz parte da Introdução teórica de uma pesquisa clínica que deu origem à Dissertação de mestrado de Menichetti (2003), desenvolvida sob nossa orientação.

O Brincar- contribuições teóricas

Menichetti (idem) inicia citando Huizinga (1938/1996), que afirma ser o jogo encontrado em todas as atividades humanas, sendo um fenômeno cultural, com algum significado que transcende a ação. “A função significativa do jogo é comum aos homens e aos animais” (p. 8).

No contexto da presente apresentação, faz sentido a colocação de Huizinga (1938/1996) que além de salientar a importância do jogo no contexto cultural e expressivo do homem, relacionando-o à tradição, ao desenvolvimento pessoal e social, à estética e até à saúde do espírito; salientando o caráter de representação presente no jogo.

Outros autores citados por Menichetti, enfocam o sentido cultural do jogo, como Brougère (2000) para quem a função do brinquedo é a brincadeira, sendo que o brinquedo fornece representações manipuláveis de imagens, abrindo possibilidades.

Muitos autores salientam a relevância do jogo e o desenvolvimento, em especial o cognitivo. A respeito das relações com o desenvolvimento afetivo emocional traremos mais adiante algumas considerações, quando abordarmos o enfoque psicodinâmico.

A começar pelo genial Piaget, o qual que estudou o jogo e concluiu que neste, predomina a assimilação quase pura, isto é, uma orientação dominada pela satisfação individual. Na medida em que ocorre a socialização da criança, surgem as regras e o simbolismo individual cede espaço para o coletivo.

Piaget estabelece a “evolução” do jogo desde o sensório-motor até os jogos de construção, e se pode conhecer a partir da observação de como a criança utiliza o material para brincar e se expressar, em diversos níveis de maturidade.

Menichetti (2003) resume as colocações de Bomtempo(2000) , que explica que a criança adquire habilidades para evoluir dos jogos de exercício para o jogo simbólico, como o faz de conta. Assim, a criança que tinha necessidade de experimentar, passa para a habilidade de pensar.

Bomtempo(2000) mostrou este desenvolvimento complementando a teoria piagetiana: o jogo sócio-dramático ocorre por volta dos dois anos e o jogo simbólico, por volta dos três anos. Aos quatro ou cinco anos, a criança tem suas próprias variações com um mesmo brinquedo, segundo a autora. Nesta idade, o jogo pode ser coletivo, com vários papéis em uma mesma história. Se os adultos auxiliam com um ambiente para brincar, favorecendo o faz-de-conta, desenvolve-se também a aprendizagem. As crianças podem pensar a fantasia com maior flexibilidade, tornando-se mais competentes. Entre quatro e seis anos, surgem as brincadeiras de encaixe e de construir com os blocos, que podem servir para jogos de exercício ou jogos imaginativos. Os jogos com regras surgem por volta dos sete a onze anos, envolvendo duas crianças ou mais. De oito a dez anos, predominam os jogos com regras que permanecem até a idade adulta.

Essa autora (Bomtempo, 1986) e muitos outros enfatizam o papel do jogo (ou do brinquedo) como um meio importante para o desenvolvimento e para o aprendizado da criança. No entanto, a escola de forma geral valoriza muito pouco o jogo no processo de aprendizagem.

Essa discussão muito relevante, não sendo o objetivo dessa apresentação, não será mais desenvolvida, mas fica a observação da relevância e pertinência da mesma. Encontramos na revisão da literatura muitos estudos que mostram essas relações entre jogo e desenvolvimento de funções como raciocínio, memória, pensamento, linguagem, entre outras.

Enfocando a partir daqui as contribuições de pensamentos de psicanalistas a respeito do brincar e do desenhar, na compreensão da vida mental de crianças (e também de adultos), poderemos tecer alguns comentários, ainda considerando o resumo apresentado por Menichetti (2003).

A começar pelo genial criador da Psicanálise, Freud que se dedicou a estudar o homem, e drama humano (Politzer, 1923), que embasa muitas considerações de Bleger (1975).

Freud trouxe assim também contribuições para o conhecimento da mente infantil e do brincar, que influenciaram outros pensadores a trazerem suas pesquisas (na maioria clínicas), descobertas e colocações e descobertas. Ele , traz em (Freud, 1908/1996) comparações entre a criança que brinca e o escritor criativo, estabelecendo como surge a imaginação.

É extremamente profícuo esse campo de investigação que estuda as relações entre a literatura e outras artes e a Psicanálise, sem reduzir esta àquelas. São muitos os trabalhos a serem citados nessa área, valendo destaque àqueles desenvolvidos no contexto do Instituto de Psicologia, no Laboratório de Arte e Psicanálise, citando Frayze –Pereira (2005), Kohn (2003) e, de uma forma particularmente importante para mim os estudos de Tardivo, R. C. (2008) em livro por mim organizado (Tardivo, e Gil, 2008) e na pesquisa que deu origem à sua dissertação de mestrado (Tardivo, R.C. 2009).

Freud não atendeu diretamente crianças, mas orientou o pai do pequeno Hans, o menino de 5 anos com fobia de cavalos. Esse trabalho clássico, onde Freud (1908) traz as principais concepções para a compreensão das manifestações fóbicas de crianças (e de adultos).

O pai de do pequeno Hans narrava as fantasias da criança, os jogos, as brincadeiras e as histórias, e Freud (1909/1976) analisava e dava orientações de como o pai deveria conversar com o filho, o qual parecia aceitar as interpretações. Nesse trabalho Freud mostrou a possibilidade de tratamento de crianças com o método psicanalítico.

Aberastury (1981), autora argentina que introduziu o método psicanalítico aplicado a crianças na América Latina, faz uma discussão desse relato de Freud, mostrando que já se encontravam lá os elementos a serem desenvolvidos anos depois por outros autores, em especial, por M Klein (mais do que pela filha de Freud, Anna Freud), e seguidores, incluindo a própria Aberastury, das possibilidades de alcance do método psicanalítico a crianças de qualquer idade, e onde os jogos (e os desenhos) tinham e tem o caráter de manifestação do ego, como expressão e possibilidade de elaboração de conflitos, de forma análoga à associação verbal do adulto.

Fundamental para a compreensão do potencial do jogo na análise de crianças (como método) e na compreensão da mente infantil, encontramos ainda em Freud a descrição do famoso “jogo do carretel” (1920/1976). Um menino de 18 meses jogava um carretel e o trazia de volta (com exclamações em alemão) e Freud interpretou este jogo como uma forma que a criança utilizava para permitir , ou lidar com o afastamento da mãe saísse sem reclamar, sendo que a criança transformava no jogo, ao experiência que vivia passivamente (a saída da mãe) em algo ativo (trazia de volta o carretel). Outro aspecto relevante nessa descrição de Freud (1920/1976), está na repetição do traumático, fazendo a criança buscar, dessa forma, se adaptar à realidade, em função da intensa angústia surgida das situações excessivas para o ego (como a angústia de separação da mãe).

A partir dessas idéias de Freud diversos autores buscaram tratar crianças com o método psicanalítico, destacando-se a filha Anna Freud e Melanie Klein, em posições contrárias.

Anna Freud (1927/1971) traz os aspectos pedagógicos na história da psicanálise da criança, o que acabou gerando muitas polêmicas, em especial com Klein. Mais do que aprofundar essa discussão das controvérsias entre as duas autoras e seus seguidores, vale destacar a contribuição de ambas para a compreensão do jogo e do desenho.

Talvez o mais importante seja a idéia de Anna Freud de que o jogo não poderia substituir a associação verbal do adulto, por não se constituir em função egóica, considerando ainda a imaturidade do ego e a dependência das figuras externas e reais, e ser mais expressão de aspectos impulsivos.

M. Klein traz , a concepção de que o jogo se constitui em função de ego e se presta , como já vimos em Freud à expressão do mundo mental infantil, dos conflitos e da própria elaboração destes, tendo inclusive uma evolução, como Aberastury tão bem apontou (1981).

Na obra *Psicanálise da Criança* (1969a), M Klein estabelece a técnica lúdica, mostrando como criança expressa as fantasias, desejos e experiências através dos jogos e brinquedos, de forma simbólica.

Nessa apresentação vamos apontar o potencial do jogo dentro do contexto diagnóstico e, portanto, remetemos o leitor para as obras de Klein e seus seguidores para um aprofundamento desses temas diretamente ligados à psicanálise de crianças. Susan Isaacs e mais recentemente, Hanna Segal na Inglaterra, , na Argentina, com as influências no Brasil das autoras contribuição de Arminda Aberastury (1984) e Raquel Soifer (1992).

Raquel Soifer (1992) trouxe relevantes contribuições importantes para o diagnóstico da criança, para a compreensão das pautas do desenvolvimento infantil , destacando ainda suas concepções sobre a função da família em ajudar os filhos a discernir entre a fantasia e a realidade, bem como na contenção dos impulsos destrutivos. Entre as funções da família de defesa da vida, está o ensino da atividade produtiva e recreativa e o próprio brincar, sendo também essa função da família: ensinar a criança a brincar.

Muitas dessas considerações podem ser feitas a respeito da atividade gráfica. Diz Hammer (1981) que os músculos de um indivíduo são muitas vezes a expressão psicomotora mais eloqüente que palavras (quando se trata de adolescentes e adultos), assim os desenhos trazem importantes elementos que mostram dados da estruturação da personalidade do indivíduo.

Autores que se inspiraram nos conceitos advindos da obra de Klein e seguidores, mostram como os conceitos advindos da teoria das Relações Objetivas, em especial a respeito da estrutura e dinâmica da personalidade e do desenvolvimento, se constituem em contribuição ao estudo das manifestações no desenho, no jogo (e nas conhecidas Técnicas Projetivas). Destacamos aí as contribuições de Ocampo (1981), Garcia Arzeno (1993) e Grassano (1996).

Os testes projetivos, os desenhos, e os brinquedos, oferecem estímulos de estruturação ambígua ou pouco definidas; o sujeito precisa apelar para diferentes condutas, sejam verbais, gráficas ou lúdicas para dar forma, organização e sentido emocional a esse aspecto da realidade que o estímulo projetivo representa.

Dessa forma, toda produção projetiva é uma criação que expressa o modo de estabelecer contato com a realidade interna e externa, sendo o produto de uma síntese pessoal. Devem ser consideradas as pautas de evolução, para se poder compreender (mais adiante definiremos o Psicodiagnóstico compreensivo), como esses elementos atuam como objetos mediadores das relações vinculares pessoais mobilizam e reeditam variados aspectos da vida emocional.

O desenho realizado pela criança, o brinquedo é sempre uma criação pessoal, que se baseia na capacidade reparadora, mais ou menos desenvolvida .

A partir desta perspectiva, cada desenho projetivo e o brinquedo podem ser analisados como um modelo do tipo de objetos internos e externos da criança e do adolescente (e também do adulto), expressos pelas qualidades do mesmo, ou seja, completos ou incompletos, quebrados, bizarros ou harmoniosos, integrados ou desorganizados que a pessoa é capaz de criar.

Assim essa produção (desenho, jogo) pode ser concebido como resultado e evidência das tentativas bem sucedidas ou fracassadas, de forma total ou parcial da capacidade de integração e reparação. Os impulsos reparadores, entre os quais a sublimação e a criatividade, tendem a integrar, completar, dar vida emocional ao objeto incompleto (o estímulo projetivo – gráfico ou lúdico) que é oferecido ao sujeito.

A predominância da hostilidade contra os objetos internos e contra a capacidade de pensamento, união e integração, interfere basicamente na criatividade, produzindo desenhos ou jogos com diferentes graus de fracasso na integração, evidenciados por desarticulação , desagregação, empobrecimento, estereotipia, ausência de vitalidade. São portanto, produções pouco harmoniosas, até mesmo bizarras, faltando vinculação, e sentido.

O predomínio de tendências reparadoras se manifesta em objetos (desenhos) com características de integração, vinculação, revelando-se mais harmoniosos e organizados. Todos esses elementos podem estar presentes quando psicólogos se aproximam de crianças e adolescentes que brincam ou desenham.

Voltamos agora nossa atenção a Winnicott, que seguindo inicialmente a teoria de Melanie Klein, foi depois elaborando conceitos próprios, inovando a psicanálise infantil. Tornou-se um dos autores mais relevantes para a compreensão do brincar infantil, como afirma Menichetti (2003), e que vem inspirando os trabalhos desenvolvidos por nós e nosso grupo (Tardivo e Gil 2008)

Winnicott traz em toda sua obra relevantes contribuições para a compreensão do desenvolvimento infantil, do ambiente, da natureza humana e no contexto dessa apresentação, vale destacar a concepção do Winnicott (1975) conceituou do fenômeno transicional como um espaço (potencial) entre a realidade interna e a externa, onde inicia-se o brincar e se expande para toda a cultura, a criatividade, o brincar, e a própria psicoterapia, o sonhar e a religião.

Winnicott reconhecia no objeto transicional, a primeira posse, reconhecida como não-eu, que pode ser um brinquedo ou objeto (ursinho, pedaço de cobertor ou de lençol). Às vezes, fica sujo ou cheira mal, no entanto, a família reconhece a importância deste objeto e o coloca para a criança dormir. Este objeto constitui-se como uma defesa contra a ansiedade de tipo depressivo. Pode também ser chamado pelo bebê por uma palavra ou som. Ou ainda, pode ser a própria mãe ou não existir, se o desenvolvimento foi perturbado. O objeto transicional representa o seio materno, mas não é interno, nem controlado de forma onipotente, mas também não é externo. Esse objeto transicional marca a transição para a dependência relativa e para a separação da figura materna. O bebê tem a ilusão de que criou o objeto, mas este já estava ali para ser criado. Este paradoxo é essencial para entender os fenômenos e objetos transicionais, que antecedem o simbolismo Brincar, que é um dos elementos centrais da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott. Assim, a comunicação entre terapeuta e paciente está sempre embasada no brincar. Ao brincar, tanto o bebê como a criança e o adulto estabelece uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo por meio do espaço transicional.

Já o espaço transicional diz respeito a uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna nem da realidade externa, mas propriamente, é o espaço em que ambas as realidades encontram-se e separam o interior do exterior.

Dessa forma, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada de brincar: 'A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas de brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o tratamento efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (Winnicott, 1971).

Diz esse autor que é por meio do brincar que o indivíduo poderá atingir a criatividade, utilizando sua personalidade de modo integrado e descobrindo o Self (Winnicott, 1971).

Podemos ainda nos referir ao conceito de criatividade. Nessa visão teórica, o centro de um viver criativo reside na ilusão onipotente do bebê (Onde ele é Deus e cria o mundo). Toda criança precisa recriar o mundo, mas isto só acontece se, aos poucos, o mundo for apresentado nos momentos de atividade criativa, e é neste movimento que o bebê alucina o seio e o encontra, sendo que para ele o seio é criado.

Dessa maneira, podemos compreender a importância da "mãe suficientemente boa" para proporcionar aquilo que o bebê mais necessita. Essa fase é a fase do holding, um estado que combina os cuidados físicos e a proteção frente às agressões fisiológicas.

Psicodiagnóstico: compreensivo e interventivo

Passaremos a refletir a respeito do psicodiagnóstico, tema dessa apresentação, onde o jogo e o desenho se revestem de extrema relevância.

Trazemos aqui a concepção de que ao fazer o psicodiagnóstico se busca conhecer alguém, compreender, ou seja tem como objetivo a compreensão da personalidade como um todo (Trinca, 1984).

Segundo o autor Trinca (1984, p.15), o Psicodiagnóstico de tipo "compreensivo", proposto por esse autor, é o busca encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional com alguém, e conhecer os motivos profundos da vida emocional dessa pessoa.

Dessa maneira, acredito, e nisso, todas as correntes em Psicologia concordam, embora partindo de pressupostos e métodos diferentes, que é preciso organizar conhecimentos que digam respeito à vida biológica, intrapsíquica e social, não sendo possível excluir nenhum desses aspectos.

Podemos assim, encarar o sintoma (o sinal de que algo não vai bem) , que muitas vezes é trazido em seus aspectos: fenomenológico, dinâmico. Muitas vezes o sintoma traz benefícios secundários que também necessitam ser compreendidos e, em geral, expressa algo a nível familiar. Sendo assim, ele significa a Ruptura do equilíbrio da pessoa e/ou de seu grupo.

No processo de Psicodiagnóstico compreensivo o trabalho do Psicólogo tem como foco, então, os processos intrapsíquicos, principalmente da estrutura e da dinâmica da personalidade.

Nesse sentido, ainda pensando o Psicodiagnóstico de forma geral, teria como principal objetivo esse conhecimento, abrangendo tanto o diagnóstico (aspectos passados e presentes), como prognósticos (futuros). Como a pessoa, em especial a criança e o adolescente, faz parte de um grupo familiar, a tarefa Psicodiagnóstica inclui também o conhecimento das relações familiares, e outras sociais.

Dentro do Psicodiagnóstico compreensivo, o Ludodiagnóstico baseado na atividade lúdica, tem fundamental importância. Muito mais do que o estabelecimento do rapport (para o que também é indicado) podemos dizer que a atividade lúdica é a forma de expressão típica da criança, e essa técnica é um instrumento para o conhecimento inicial .

Ocampo (1981) menciona como elementos fundamentais no ludo diagnóstico podem ser encarados como trazendo casos que permitem conhecer e compreender a criança. Ela traz alguns elementos que podem trazer essas contribuições, como a escolha dos jogos, modalidade do brinquedo, personificação, motricidade, criatividade, capacidade simbólica, tolerância à frustração e adequação à realidade.

Aberastury (1981) faz colocações sobre essa técnica e outros autores propõem outros sistemas de avaliação.

Citamos ainda a ENTREVISTA FAMILIAR DIAGNÓSTICA, que é uma Hora de Jogo com todos os elementos da família, e que permite a compreensão do paciente e da dinâmica familiar. Tem como objetivo a investigação da estrutura familiar e do significado do sintoma dentro desse contexto (Souza, 1995).

Os desenhos também são utilizadas para avaliação da área afetivo-emocional (Ocampo, 1981 e Garcia Arzeno, 1993).

Finalmente pensando no aspecto interventivo do psicodiagnóstico, podemos dizer que este Interventivo pode ser entendido 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 (Paulo, 2004).

Analisando o percurso no que diz respeito ao psicodiagnóstico, observa-se que de forma gradual mas incisiva, vai se consolidando esta nova vertente que valoriza uma maior abrangência do psicodiagnóstico à medida que se destaca o seu caráter interventivo.

Nesse sentido, temos em Barbieri (2004) concepções de mostram serem os mesmos eixos estruturantes entre os Psicodiagnóstico compreensivo e interventivo, os quais podem ser assim resumidos: ambos buscam elucidar os significados das perturbações; a ênfase está sempre na dinâmica emocional inconsciente; o material clínico (entre os quais o ludodiagnóstico e os desenhos) deve ser considerado como um conjunto; busca uma compreensão globalizada do paciente; são selecionados os aspectos centrais da dinâmica promotora do sintoma; em ambos sempre há o predomínio do pensamento clínico; e há o predomínio de métodos e técnicas fundamentados na associação livre (como os jogo e os desenhos, e técnicas projetivas); e são baseados na avaliação dos métodos e técnicas pela livre inspeção (Barbieri, 2002).

Como ilustrações, podemos citar diversos casos de crianças que no ludodiagnóstico ou em seus desenhos contam seus dramas e buscam também a elaboração de seus conflitos.

Por exemplo, uma criança com extrema dificuldade de fala, (uma menina de 6 anos de idade) entra na sala de atendimento com a mãe, que se senta numa cadeira de um lado da sala. A criança pega blocos de encaixe e tenta trabalhar junto da mãe, que não a ajuda , e a criança fica tentando juntar os blocos. Mãe pede para sair da sala, dizendo à filha que vai ler. Explico à criança que se ela pode ficar comigo, a mamãe vai esperá-la na sala de espera. Assim que a mãe sai, a menina traz os mesmos blocos para a cadeira onde estou e usando minhas mãos como auxílio,

tenta e consegue montar torres. Pode-se pensar que a criança estava precisando de apoio (holding) para poder “juntar” esses aspectos. Não se trata de culpar a mãe, que no momento anterior, não conseguiu compreender a comunicação da filha e não pode se oferecer para esse apoio. É possível que a criança tenha conseguido expressar a fantasia de enfermidade (sentir-se em pedaços) e a fantasia de cura, necessitar desse apoio para poder se integrar (Aberastury, 1984), por meio desse jogo.

Podemos pensar num outro caso, onde uma menina de 7 anos em processo de psicoterapia, inundava a sala com água; logo no início do processo. Pediu um pequeno rodinho (aqueles de pia) e ficávamos as duas a limpar a sala inundada com água. Chamava muito a atenção esse jogo (repetitivo) onde parecia que a criança estava lidando com fantasias ligadas à enurese. No entanto, nas entrevistas iniciais, a mãe que estava sob forte carga emocional (em função de situações por ela vividas,) não relatou nada nesse sentido. Ao contrário, conta que com respeito ao controle esfinteriano tudo era “normal”. A menina se tranquilizava ao longo das sessões; (estava vivendo um estado de maior agitação). Depois de um tempo, foi realizada uma entrevista com a mãe que refere essa melhora na filha, incluindo uma mudança praticamente total no quadro de enurese (antes intenso) da filha. A mãe ao perceber que estranhei essa observação, sem que eu trouxesse qualquer crítica, tem um “insight” e diz que se havia “esquecido” de me contar da enurese da filha, uma vez que outros fatos eram tão intensos. Portanto a filha contou de sua enurese, e de sua possibilidade de não contar com um maior holding na terapia, e também em casa pôde, então, melhorar. Na verdade, ambas puderam melhorar sentindo-se mais tranquilas e contidas, evidenciando-se aí também o potencial mutativo da atividade lúdica

Crianças que dramatizam seu sofrimento e experiências reais vividas, são também freqüentes. Vale a observação de que a leitura do jogo dramático não deve ser direta, mas a influência do ambiente é marcante no jogo, como vimos no trabalho de Pinto Junior (2005) com meninos vítimas de abuso sexual.

Em todos esses casos evidenciam-se as relações entre os processos compreensivo e interventivo do Psicodiagnóstico, ou seja, esses não podem ser vistos de forma dissociada, sendo que essa proposta já vem de mais tempo (Ancona-Lopes, 1995; e vem sendo desenvolvida a partir de trabalhos também mais recentes, como os de Vaisberg (1999); Paulo (2003); Barbieri (2004) e nossos Tardivo (2001; 2004, 2007, 2008).

Referências Bibliográficas

- ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança: teoria e técnica* (A. L. L. Campos, trad.) (3ª. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1984
- ANCONA-LOPEZ, M. (org) *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*, São Paulo, Cortez, 1995
- BARBIERI, V.. *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, SP, 2004
- BOMTEMPO, E. - *Brincar, fantasiar, criar e aprender*. In Oliveira, V. B. (Org.) (2000), *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos* (pp. 127-149). Petrópolis, RJ: Vozes., 2000
- BROUGÈRE, G. . *Brinquedo e cultura* (G. Wajskop, trad.) (3ª. ed.). São Paulo: Cortez, 2000.
- FRAYZE-PEREIRA, J.A. “A psicanálise implicada.” In: *Viver Mente & cérebro - Coleção memória da psicanálise*. São Paulo, Duetto Editorial, n. 6 (edição especial), pp. 70-79, 2005
- FREUD, A. (1927). *O tratamento psicanalítico de crianças: preleções técnicas e ensaios* (M. A. M. Matos, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1971.
- FREUD, S. (1908). *Escritores criativos e devaneios*. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad.) (vol. IX, pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, S. (1909). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad.) (vol. X, pp. 15-154). Rio de Janeiro: Imago, 1976).
- FREUD, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (C. M. Oiticica, trad.) (vol. XVIII, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GARCIA- ARZENO, E.- *Psicodiagnóstico Clínico – novas contribuições*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- GRASSANO, E. - *Os Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996

HEIMANN, P. (1952). Certas funções da introjeção e da projeção no início da infância. In KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. & RIVIERE, J., Os progressos da psicanálise (A. Cabral, trad.) (pp.136-184). Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HUIZINGA, J. (1938). Homo ludens: o jogo como elemento da cultura (J. P. Monteiro, trad.) (4ª.ed.). São Paulo: Perspectiva, 1996.

ISAACS, S.. A natureza e a função da fantasia (A. Cabral, trad.). In KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S. & RIVIÈRE, J., Os progressos da psicanálise (2ª ed. , pp. 79-135) Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

KLEIN, M. (1926). Princípios psicológicos da análise infantil (Miguel Maillet, trad.). In . Contribuições à Psicanálise (pp.177-191). São Paulo: Mestre Jou, 1970.

KLEIN, M. . Psicanálise da Criança (P. Civelli, trad.). São Paulo: Mestre Jou, 1969.

KON, N.M. A Viagem – da literatura à psicanálise. São Paulo, Companhia da Letras, 2003.

MENICHETTI, D. - A Observação Lúdica e o Psicodiagnóstico Compreensivo: aplicações do Referencial de Análise do Procedimento de Desenhos-Estórias Dissertação (mestrado) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

OCAMPO, M.L.S. E OUTROS - O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas. São Paulo : Martins Fontes, 1981.

PAULO, M. S. L. L –O Psicodiagnóstico Interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato - Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.

PIAGET, J. & INHELDER, B. . A psicologia da criança (O. M. Cajado, trad.) (15ª. ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

PINTO JUNIOR, A.A. Violência sexual doméstica contra meninos: um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor, 2005.

SEGAL, H. A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica (E. Nick, trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1982.

TARDIVO, L.S.P.C. Avaliação Psicológica no contexto da Psicologia Hospitalar In: A diversidade da Avaliação Psicológica: considerações teóricas e práticas Ed.João Pessoa: Idéia, 2001.

TARDIVO, L. S. P. C. - O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas - encontros e viagens Tese (livre docência) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo., 2004.

TARDIVO, L. S. P. C. - O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: - encontros e viagens São Paulo, Vetor, 2007

TARDIVO, L. S. P. C. & GIL, C A – O APOIAR : Propostas De Atendimentos Clínicos Diferenciados em Saúde Mental, Sao Paulo, Sarvier, 2008

TARDIVO, R. C. – Da Literatura à Psicanálise implicada: Um fazer psicanalítico no APOIAR in TARDIVO, L. S. P. C. & GIL, C A – O APOIAR : Propostas De Atendimentos Clínicos Diferenciados em Saúde Mental, Sao Paulo, Sarvierr, 2008

TARDIVO, R. C. – Porvir que vem antes de tudo: uma leitura de Lavoura Arcaica, literatura, cinema e a unidade dos sentidos. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009

TRINCA, W. Diagnóstico psicológico - a prática clínica. São Paulo, EPU, 1984.

Síntese curricular

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo é Professora Associada (Livre Docente) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora da Graduação das áreas: Psicopatologia, Atendimento Clínico (Psicodiagnóstico) e Psicologia e Deficiência. Professora e orientadora da Pós Graduação (Psicologia Clínica) de mestrado e doutorado, linha de pesquisa, intervenções clínicas em instituições. Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR), líder do grupo de pesquisa (CNPq) manifestações do sofrimento humano: avaliação , compreensão e formas de intervenção. Com livros, capítulos de livros, organização e participação em eventos nacionais e internacionais. Bolsista produtividade do Cnpq.

A Avaliação Psicológica e as Intervenções Psicológicas Breves na Instituição Hospitalar: O Modelo das Consultas Terapêuticas

Roberta Katz Abela

Resumo

Este trabalho propõe uma reflexão sobre as possibilidades e alcances das intervenções psicológicas breves com crianças no ambulatório de psicologia de uma instituição hospitalar. As contribuições de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional humano, o brincar e as consultas terapêuticas embasam a nossa discussão. Descrevemos dois recortes clínicos: um atendimento de triagem e um de consultas terapêuticas e discutimos a utilidade diagnóstica e terapêutica do brincar que revela-se um importante indicador de saúde mental, contribuindo para esclarecer dúvidas diagnósticas. Observamos que o contato lúdico favorece a comunicação significativa entre terapeuta e paciente e possibilita a integração de conflitos e aspectos dissociados da personalidade, permitindo a retomada do desenvolvimento emocional.

Palavras-chave

psicanálise; consultas terapêuticas; psicodiagnóstico; intervenção breve; Winnicott; criança; brincar; instituição hospitalar.

Artigo

O atendimento psicológico de crianças em instituição pública de saúde estimula o profissional a refletir sobre o psiquismo infantil, suas especificidades e sobre as possibilidades e alcances da intervenção psicológica neste contexto. Na instituição a demanda por atendimento é muito grande o que nos leva a buscar intervenções mais breves para viabilizar os atendimentos. Ao mesmo tempo, não são todos os pacientes que buscam a Psicologia que tem, de fato, a disponibilidade, interesse e condição de realizar um trabalho pessoal de investigação que leve a mudanças psíquicas e de personalidade. Muitos pacientes vêm encaminhados de outras especialidades, sem uma demanda pessoal, outros buscam o modelo médico de consultas esporádicas e exames objetivos e não se propõem a realizar um trabalho de maior frequência e maior implicação pessoal. As pessoas sofrem, buscam ajuda, mas não têm tempo, não podem deixar seus empregos em horário comercial, por vezes não podem mesmo custear o transporte semanal. Por isso, no trabalho institucional, nos indagamos com frequência se já pode ocorrer alguma intervenção terapêutica em um contato pontual como o da entrevista de triagem? Ou ainda, qual o alcance das intervenções breves oferecidas? O ambulatório de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) atende qualquer servidor estadual e seus dependentes que venham buscar o Serviço por iniciativa própria ou encaminhados por profissionais do hospital ou de fora do hospital, como por exemplo, das escolas. Todos os casos passam por uma triagem inicial, quando é sugerida alguma conduta e encaminhamento. Algumas vezes o trabalho pontual realizado nessa primeira entrevista mostra-se suficiente para atender às necessidades do paciente e sua família e não se faz necessário outro encaminhamento. Quando isso não acontece, costumamos oferecer aos pacientes atendimentos de avaliação psicológica, atendimentos individuais breves ou psicoterapias de grupo. Nossa experiência clínica com atendimentos pontuais e breves tem encontrado na teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento emocional, o brincar e as consultas terapêuticas, importante interlocução e embasamento teórico. Winnicott (1971b) atendeu muitos pacientes em consultas em um hospital de pediatria de Londres e desenvolveu a técnica do 'jogo de rabiscos' para estabelecer um encontro significativo com seus pacientes. Ele observou que o fato do analista e paciente poderem brincar de forma espontânea e livre favorecia a comunicação do paciente e a integração de alguma dificuldade, sofrimento ou qualquer aspecto dissociado da sua personalidade. "A criança tem uma tendência espontânea ao desenvolvimento, no entanto, sua evolução pode sofrer alterações por uma dificuldade de elaborar psiquicamente seus conflitos ou de

elaborar as situações de crise naturais da vida (morte, mudança, separação, nascimento de irmão). Essa dificuldade levaria à paralisação do crescimento e formação de sintomas” (Safra, 2005). O objetivo da consulta terapêutica seria, então, ajudar as crianças e seus pais a lidarem com a situação emergente, facilitando a elaboração da angústia vivida e a retomada do processo maturacional. Não se busca com as consultas uma resolução da problemática do paciente, ou reestruturação de sua personalidade. A consulta tem seu efeito terapêutico, mas, sobretudo tem um caráter preventivo, evitando que modos patológicos de resolver o problema se estruturam. Winnicott (1975, p.59) enuncia: “A psicoterapia se efetua na sobreposição da área do brincar do terapeuta e a do paciente.” O jogo de rabiscos utilizado por ele é uma técnica de comunicação marcada pela liberdade, espontaneidade e criatividade, como deve ser o brincar da criança. A técnica favorece o desenrolar de um processo onde, “com a ajuda do analista, a criança realiza, através do gesto criativo - o rabisco que se transforma em imagem e depois em discurso - uma experiência desveladora de seu self” (Lins, 1990). A consulta e o jogo de rabiscos são estratégias para viabilizar o encontro terapêutico. Outeiral (1999) lembra que Winnicott não propõe uma técnica estereotipada, mas espera que cada terapeuta encontre o seu próprio método. As intervenções breves infantis e o psicodiagnóstico compreensivo psicanalítico podem ser realizados nos moldes da consulta terapêutica como sustenta Lescovar (2004). Na psicanálise o analista trabalha e interpreta a neurose transferencial que se desdobra gradualmente. Nas consultas terapêuticas, o terapeuta é um objeto subjetivo, ou seja, a criança busca o atendimento dotada de uma crença sobre uma pessoa compreensiva que a ajude e o terapeuta aproveita o atendimento sob demanda para proporcionar-lhe uma experiência em que de fato possa se sentir compreendida e ajudada, fornecendo um ambiente confiável e favorecedor de experiências constitutivas do si-mesmo (self). As consultas visam que o paciente adquira maior confiança em si, na vida e em futuras intervenções psicológicas que venha a procurar. Winnicott oferece uma contribuição bastante original sobre o que pode ser terapêutico ao ser humano. O brincar não é compreendido apenas como recurso de simbolização e elaboração, mas como um processo pessoal e criativo que favorece a constituição do si mesmo. O terapêutico não está no conteúdo da brincadeira, mas na possibilidade de brincar na presença de alguém significativo. Para Winnicott (1975, p.59) quando a criança não consegue brincar o terapeuta deve buscar que ela o consiga. Safra (2005), baseado nas idéias de Winnicott, ressalta que as intervenções breves podem dar conta dos conflitos mais emergentes, ajudando as famílias a se fortalecerem e se reorganizarem para lidar com as questões da criança. No entanto, essa intervenção é indicada apenas àquelas famílias que já contam com uma boa estrutura emocional. Para o autor, no trabalho breve é importante uma ação conjunta com a família. Esta se beneficia quando participa ativamente do processo de ajuda à criança, diminuindo sentimentos de fracasso, recuperando a autoconfiança como pais, e o relacionamento com a criança torna-se menos tenso, o que em si já é terapêutico para ambos. Knobel (1977) discrimina os processos regressivos normais e reativos que podem se beneficiar de intervenções breves, daqueles processos desestruturantes e reestruturantes que necessitariam intervenções mais profundas e extensas. Discorrendo um pouco mais sobre a importância do brincar, Winnicott (1975 p.63) refere: “... a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros”. O autor descreve o brincar como uma área intermediária entre o mundo subjetivo e o mundo compartilhado. O brincar favorece a entrada na aprendizagem, a adaptação à realidade e à sociedade, de forma mais tranqüila e saudável. Enquanto brinca, a criança cria o mundo e este será descoberto como se fosse sua criação, não sendo sentido como distante, impessoal ou até invasivo, hostil e assustador. Através do brincar a criança põe as suas emoções sob o domínio do eu, vivendo experiências constitutivas de si-mesmo (self) e podendo formular sentimentos, entrar em contato com estes e elaborá-los. Winnicott observou que a criança que brinca se sente real, pode ser espontânea e confiar no mundo, podendo explorá-lo e ter curiosidade sobre ele. A criança que não pode brincar, pode se isolar, se inibir ou apresentar-se extremamente agitada, pois só a agitação externa a acalma da angústia interna. Conforme as questões internas se tornam mais complexas e a criança desenvolve maior consciência de seus instintos, conflitos e ambivalências, mais complexas ficam as brincadeiras. Cada nova experiência emocional (entrada na escola, traumas, nascimento de irmãos) leva a novas brincadeiras. Cada descoberta se reflete na brincadeira que ajuda a elaborar as questões e favorece a abertura para novas descobertas. Por ex.: o menino desco-

bre seu corpo, sua virilidade e então vai exibir-se no futebol, ao invés de mostrar seu genital. A área intermediária do brincar se mantém na vida adulta através da arte e da cultura e manifesta-se na análise pela escolha das palavras, inflexões de voz, na verdade e no senso de humor (Winnicott, 1975). O contato lúdico entre analista e paciente favorece a comunicação e a expressão espontânea de facetas do si mesmo que podem ser integradas à personalidade do paciente. Neste trabalho descrevemos dois atendimentos ambulatoriais, um de triagem e outro de consultas terapêuticas e discutimos a contribuição do brincar para o esclarecimento diagnóstico e a intervenção terapêutica. Um atendimento de triagem: A mãe de Henrique, cinco anos, procurou o Serviço de Psicologia do IAMSPE e foi atendida em triagem queixando-se do comportamento agitado, sem limites e sem receio de perigos do filho. Referiu atendimentos anteriores com psiquiatra e neurologista, sendo que o último deu o diagnóstico de 'Hiperatividade' e, apesar do psiquiatra discordar, a mãe demonstrou alívio por encontrar nesse diagnóstico uma explicação para o comportamento do filho. A mãe relatou que estava separada do pai de Henrique há uma semana, após episódio de muita violência em que sofreu chutes, apanhou e teve seu carro e utensílios domésticos quebrados. Segundo ela, há sete anos, seu casamento era marcado por violência com ela e com os filhos. Associou a violência do marido a sentimentos de inferioridade, relatou que ele fora seu aluno, é 15 anos mais novo e proveniente de nível social inferior ao seu, o descreveu como 'favelado' e rejeitado pela família. Mencionou ainda que Henrique ingressou na escola aos quatro anos, permanecendo lá por uma semana. Na ocasião apresentou extrema agitação e comportamentos descritos como de risco, tendo batido a boca e apresentado sangramento. A mãe estranhou que o filho não se assustou com o sangue, entendendo que ele não tem medo de nada e não estaria seguro no ambiente escolar. Também disse que a escola não quis se responsabilizar por ele. Henrique, por sua vez, já entrou na sala de atendimento muito agitado e excitado. Comentou algo sobre sonhos e sobre pesadelos com monstros e foi se descontrolando, correndo pela sala e subindo na mesa da terapeuta. A terapeuta e a mãe tentaram pôr limites quando ele solicitou brinquedos à terapeuta que buscou na sala ao lado uma pequena sacola de papel com alguns bonecos, bichos, carros e blocos de madeira. Henrique sentou-se no chão ao lado da mesa em que estavam sua mãe e a terapeuta e deteve-se brincando. Enquanto brincava mostrou-se atento à conversa e aproximou-se da terapeuta para comentar sobre o episódio de violência de seu pai dizendo: "Meu pai passou um pé do mau e ficou mau". A mãe então acrescentou sua suspeita de que o marido usasse drogas. Quando a mãe relatava as dificuldades observadas na primeira e única semana de escola, evidenciando sua resistência em deixá-lo nesse ambiente e em qualquer outro longe de seus cuidados, Henrique novamente se manifestou. Pegou um boneco e disse: "Crianças, essa é a única criança que não pode crescer. É o Peter Pan. Ele vai sair da Terra do Nunca, vai mudar de casa e vai crescer". A terapeuta então disse a Henrique: "Acho que você tem vontade de crescer e entrar na escola. Quem sabe com essa mudança na sua casa isso pode ficar mais fácil"? A terapeuta destacou à mãe que Henrique foi capaz de deter-se em uma brincadeira criativa e repleta de recursos simbólicos. Comentou ainda que Henrique era uma criança muito atenta e realmente estava muito angustiado e por isso se agitava. A terapeuta reforçou que a mãe descreveu questões familiares perturbadoras e que Henrique estava, aos cinco anos, preso nesse ambiente conflituoso sem poder canalizar sua energia, se entreter e desenvolver outros recursos (como os escolares) para expressar-se e lidar com suas angústias. A mãe foi orientada a colocar Henrique na escola e ambos foram encaminhados para terapia. A mãe se interessou pela possibilidade de ser atendida, porém reforçou acreditar que o filho era um 'hiperativo', compreendendo suas manifestações como fruto de uma disfunção neurológica. Nesse recorte, observamos um exemplo de como a capacidade de brincar pode nos esclarecer sobre a saúde mental e os recursos emocionais de uma criança, facilitando a compreensão da situação e a definição de estratégias terapêuticas a serem tomadas. Ao brincar Henrique demonstrou condições de concentração e atenção que não estariam presentes se a sua agitação fosse causada por fatores neurológicos. Solicitou os brinquedos, demonstrando ter uma concepção sobre suas necessidades e como ser ajudado em sua agitação. Sua brincadeira contou com riqueza imaginativa, criatividade, capacidade de simbolização e sensibilidade para captar e comunicar de forma sintética e perspicaz aspectos do funcionamento familiar. Ao brincar ele pôde colocar suas angústias sob o domínio do eu e pôde formular uma resolução às dificuldades experimentadas. Apesar de Henrique ter feito bom uso da entrevista oferecida, sua organização mos-

trou-se muito frágil, voltando a agitar-se e descontrolar-se ao final da entrevista. A mãe de Henrique, por sua vez, demonstrou precária condição de fornecer continência às suas questões emocionais e às do filho, precisando manter dissociados seus conflitos e angústias, projetados no marido e no filho, sem poder compreender as necessidades emocionais de Henrique e oferecer-lhe alguma continência. Nas situações em que a família apresenta um funcionamento mais doentio, com poucos recursos para dar suporte às necessidades emocionais, o atendimento precisa ser mais prolongado, não sendo suficiente o modelo de atendimento breve ou de consultas terapêuticas. Um Atendimento por meio de Consultas Terapêuticas: João, oito anos, chegou ao atendimento acompanhado de seus tios, encaminhado pela escola. Os tios referiram queixa escolar de agressividade, lentidão e desorganização. Eles notam que João é algo desorganizado, mas, não reconhecem nele a agressividade observada pela escola, descrevendo-o como uma criança doce, companheira, curiosa e inteligente. Apesar de discordarem da escola, trouxeram João para “tirar a questão a limpo”. João foi criado pelos tios desde os dois anos de idade, quando sua mãe faleceu vítima de um atropelamento. A terapeuta encontrou-se quatro vezes com João e pôde observar as qualidades descritas pelos tios. João falava bastante. Escolheu desenhar e investia grande energia em sua produção gráfica e na elaboração de histórias sobre os desenhos produzidos. João mostrou-se bastante criativo e sonhador. Desenhou um labirinto e ao lado uma explosão referindo-se aos desenhos como “meus sentimentos”. Contou à terapeuta sobre seu sonho de tornar-se cientista para “melhorar o corpo humano”. Dizia que para isso teria que estudar “o morto”. Desenhou um ouriço e disse que ele usava seus espinhos quando se assustava e estava em perigo. A terapeuta comentou com ele como ao sentir-se perdido ou assustado podia agitar-se e até explodir e também puderam conversar sobre sua curiosidade com os mortos, o que João prontamente associou à sua mãe, relatando sobre sua morte. A vontade de melhorar o corpo humano sugeria ansiedade relacionada à morte de sua mãe e um possível desejo de reparação pelas fantasias destrutivas direcionadas à mãe que veio a falecer. A terapeuta observou que a questão da agressividade era uma questão importante a ser elaborada por João. Na escola, João era frequentemente provocado pelos colegas que captavam sua irritação e dificuldade para lidar com seus impulsos agressivos. Assim, ele tendia a inibir-se ou explodir e apresentava-se mais ansioso e desorganizado. Aos dois anos, quando perdeu a mãe, João vivia o que Winnicott (1963) chama de estágio da preocupação, quando a criança já se dá conta de que sua mãe está separada de si e está sujeita à sua instintualidade e agressividade. Nesse estágio, amor e ódio passam a coexistir na experiência do bebê em direção a uma mesma mãe, então integrada. A mãe “sustenta uma situação no tempo”, permanecendo viva e disponível física e emocionalmente, dando ao bebê a oportunidade de enfrentar as suas experiências instintuais e de fazer reparações. Se esse “ciclo benigno” puder se estabelecer, o self do bebê é enriquecido e o sentimento de culpa se transforma em preocupação. A morte de sua mãe aos dois anos de idade colocou João à mercê de seu ódio e de sua ambivalência, levando à inibição e dissociação da vida instintiva dentro das relações afetivas. Na terapia, João demonstrou contar com muitos recursos afetivos: vinculou-se facilmente com a terapeuta e apresentou riqueza imaginativa, vivenciando, em poucos encontros, experiências emocionais significativas. Em um dos encontros João disse à terapeuta que ela parecia lhe dizer exatamente o que se passava dentro dele. Os tios também puderam conversar com a terapeuta, antes e após os encontros com João. Notou-se que a família, por estar também diretamente envolvida com a trágica perda, não tinha facilidade em reconhecer as angústias de João e ajudá-lo a lidar com elas. Em uma entrevista final, o tio reconhece que no futebol João receava chutar a bola com mais força, relacionando esse fato com as dificuldades apontadas pela terapeuta, sobre o lidar com a agressividade. Possivelmente na escola, por tratar-se de um lugar emocionalmente neutro e distante do ambiente familiar, João pôde deixar escapar a sua agressividade reprimida. A escola notou esse aspecto em João com maior facilidade e liberdade que a família, o que favoreceu a busca por ajuda psicológica. Nesse caso, o atendimento mostrou-se significativo tanto para João como para sua família que pôde ampliar a percepção sobre João, oferecendo continência e apoio às suas necessidades. O atendimento foi finalizado após quatro sessões quando a terapeuta perguntou a João se ele ainda gostaria de voltar ou se ela já podia marcar uma conversa com seus tios. João concordou que fosse finalizado o trabalho e a terapeuta combinou que ele podia procurá-la quando sentisse necessidade. A terapeuta também respondeu à solicitação escolar, enviando relatório da avaliação e colocou-se à disposição da

família e da escola. A família não voltou a procurar a terapeuta. Entendemos que a condição de brincar com imaginação, criatividade e espontaneidade é um rico indicador de saúde mental, sugestivo de recursos emocionais para lidar com conflitos e intercorrências próprias da vida. Esta capacidade pode ser observada não apenas na criança, mas também nos familiares, por exemplo, quando podem fazer associações, como as fez o tio de João em relação ao futebol e, quando podem experimentar emoções no contexto do atendimento. A brincadeira adulta também aparece na experiência analítica e indica a condição de flexibilidade, espontaneidade, acesso ao mundo emocional e riqueza de suas relações intra e interpessoais. A elaboração de algumas dificuldades, a ausência de um sofrimento mais importante e a observação de que a família mostra-se aberta, continente, e capaz de ressignificar e administrar as questões trazidas, podem servir de critério para realizar um atendimento breve. O enfoque preventivo e promotor de auxílio para que a própria família se fortaleça e dê conta de suas crianças, é particularmente interessante no trabalho institucional.

Referências Bibliográficas

Knobel, M. *Psiquiatria Infantil Psicodinâmica*. Buenos Aires: Paidós, 1977. In: Safra, G. *Curando com histórias: A inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças*. São Paulo. Ed. Sobornost, 2005. Lescovar, G Z. *As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott*. Campinas: Estud. psicol. v.21 n.2 Maio/ago. 2004 Lins, M I A. *O jogo dos rabiscos: uma aplicação da teoria do jogo de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro, 1990. In: Outeiral, J. *A Consulta Terapêutica e o Jogo de Rabiscos Let's play: uma bricolage*. São Paulo: www.joseouteiral.com, 1999. Outeiral, J. *A Consulta Terapêutica e o Jogo de Rabiscos Let's play: uma bricolage*. São Paulo: www.joseouteiral.com, 1999. Safra, G. *Curando com histórias: A inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças*. São Paulo: Ed. Sobornost, 2005. Winnicott, D W. (1971a). *Playing and reality*. England: Penguin Books. Trad. bras.: Winnicott, D W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. Winnicott, D W. (1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Londres: Hogarth Press and Inst. of Psychoanalysis. Trad. bras.: Winnicott, D W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984. Winnicott, D W. *O desenvolvimento da capacidade de se preocupar*. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

Instituição

Hospital do Servidor Público Estadual

Síntese Curricular

Roberta Katz Abela -Psicóloga do Hospital do Servidor Público Estadual - desenvolvendo trabalho em ambulatório de psicologia infantil e Hospital Dia de adultos, desde 2002. -Desenvolve pesquisa sobre Fibromialgia e Psicoterapia Psicanalítica no Centro Clínico de Psicoterapia do Depto. de Psicoterapia do Setor de Psiquiatria da UNIFESP, desde 2002 -Especialista em Psicologia Clínica - desenvolvendo atendimento em psicoterapia psicanalítica em consultório particular, desde 1999 -Especialista em Psicologia da Saúde pela UNIFESP (1999-2001) -Graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1994-1998) E-mail: rokatz@uol.com.br

O Ludodiagnóstico e o Procedimento de Desenhos-Estórias: Aspectos teórico-práticos e comparação através de um caso clínico

Dagmar Menichetti e Leila Salomão L. P. Cury Tardivo

Resumo

Apresenta o Ludodiagnóstico como sessão inicial com a criança no processo de psicodiagnóstico ou psicoterapia. Compara com o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E), utilizando para análise o Referencial de Tardivo (1985), como foi desenvolvido em trabalho anterior (Menichetti, 2003). O Ludodiagnóstico possui facilita a linguagem própria do mundo infantil na expressão de conteúdos vivenciados com sofrimento e muitas vezes sem esperança de compreensão. Por sua vez, o Procedimento de Desenhos-Estórias também favorece a expressão espontânea adequando-se ao atendimento de crianças e adolescentes. Ambos possuem características semelhantes e permitem uma situação livre, na qual o sujeito pode se expressar e revelar características de sua personalidade. Apresenta teorias sobre o jogo e o brincar, enfatizando as contribuições da psicanálise: Freud, Klein, Aberastury, Winnicott e Safra. Inicialmente, o brincar foi estudado como expressão simbólica da fantasia e de angustias primitivas. Winnicott escreveu uma teoria própria sobre o brincar, ressaltando o processo em si como terapêutico além de propiciar crescimento, saúde e integração geral da personalidade. O vínculo com o psicólogo possibilitará um espaço potencial criativo intermediário entre o mundo interno e externo. Nesta área transicional entre a fantasia e a realidade, ocorre a superposição de duas áreas lúdicas: a do examinando e a do psicólogo, semelhante a que foi vivenciada na relação de confiança entre a mãe e o bebê. O trabalho considera os aspectos éticos e técnicos na aplicação do Ludodiagnóstico, mostrando um método que inclui a sala de atendimento e o conjunto de materiais adequados para delinear um setting facilitador do encontro. Valoriza também características do psicólogo que o realiza, além de um bom senso de humor e gostar de brincar. Para ilustrar, comenta um caso clínico atendido no contexto do psicodiagnóstico compreensivo, propondo para a sua interpretação, o citado Referencial de Tardivo (1985) e compara o Ludodiagnóstico com o Procedimento de Desenhos Estórias (Trinca, 1997), analisado segundo o mesmo referencial mostrando como auxilia na identificação dos principais dinamismos da personalidade. Estes procedimentos revelaram o seu potencial em facilitar a expressão de conteúdos vivenciados com sofrimento como também da criatividade para solucionar conflitos. No caso apresentado, verificamos como resultados que a criança explora e brinca com o material oferecido vinculando-se à pesquisadora e trazendo conteúdo significativo. As interpretações realizadas através do Referencial de Análise demonstraram a utilidade deste instrumento, permitindo a comparação das sessões e uma análise mais sistematizada, recurso importante para futuros estudos e pesquisas e para os psicólogos e estudantes que iniciam a prática clínica.

Palavras-chave

ludodiagnóstico, observação lúdica, psicodiagnóstico, psicodiagnóstico infantil, referencial de análise, brincar, procedimento de desenhos-estórias, desenhos.

Artigo

O Ludodiagnóstico ou Observação Lúdica é um procedimento que inicia o contato com crianças e adolescentes e promove a espontaneidade, a expressão afetiva, cognitiva e motora da criança. Pode ser considerada uma sessão “completa”, onde a criança expressa através dos brinquedos e desenhos, as suas vivências e experiências e se sente compreendida. Há poucos trabalhos sobre a aplicação, interpretação e análise do ludodiagnóstico e por isso mesmo nosso interesse em contribuir para sua ampliação. Em nossa experiência, verificamos as dificuldades para a análise desta sessão, muitas vezes devido a pouca experiência dos profissionais com as crianças, como também devido à complexidade da aplicação de uma teoria para decifrar a linguagem do brincar, e ainda devido às questões pessoais do observador que se confronta com vivências

primitivas evocadas nesta situação. Educadores, psicólogos e filósofos, descreveram como o jogo e o brincar estão relacionados à espontaneidade, à imaginação, à interação social, à preparação para o futuro, à harmonia, à estética e à alegria, entre outras. Destacamos os estudos de Huizinga (1938/1996), Brougère (2000) Piaget (1975), Bomtempo (1986, 2000), Friedmann (1992), entre outros, que pesquisaram o brincar e concluíram que beneficia a criança no desenvolvimento motor, afetivo, cognitivo, social e, na própria aprendizagem. Freud escreveu várias obras sobre o tema. Comparou o brincar natural das crianças diferenciando-o das fantasias dos adultos que se envergonham das mesmas (Freud, 1908/1996); ou mesmo o escritor criativo à criança que conduz o seu brincar de forma “séria”, inventando um mundo próprio (Freud, 1908). Escreveu ainda sobre a utilização do brincar como o primeiro tratamento psicanalítico de uma criança (Freud, 1909) e interpretou a brincadeira de um menino de um ano e meio, de acordo com o método psicanalítico (Freud 1920). Para Melanie Klein (1926, 1929, 1969, 1978), o brincar pode expressar fantasias e desejos, com uma linguagem simbólica análoga a dos sonhos, sendo impulsionado por fantasias masturbatórias como uma compulsão à repetição. Se forem reprimidas, poderiam causar inibições nas brincadeiras e nos estudos. Winnicott (1975) discordou destas idéias e desenvolveu uma teoria própria sobre o brincar. Para o autor, “o brincar é por si mesmo uma terapia” (p.74). O vínculo do psicólogo com a criança possibilitará um espaço potencial único e criativo, sendo intermediário entre o mundo psíquico e a realidade externa, vivenciado numa terceira área da experiência, a transicional, intermediária entre o mundo interno e externo. Nesta área transicional entre a fantasia e a realidade, ocorre a superposição de duas áreas lúdicas: a do examinando e a do psicólogo, semelhante a que foi vivenciada na relação de confiança entre a mãe e o bebê. É fundamental, portanto que o psicólogo possa e goste de brincar e que tenha senso de humor. Para Safra (2006), através do modo como a criança joga, pode-se realizar a leitura psicanalítica do seu passado e de angústias de sua história (biografia). Ainda para o autor, “o brincar com símbolos nasce de um testemunhar”, o outro deverá estar presente para sustentar a criança diante de “agonias impensáveis”. Referiu também que o jogo pode ainda intermediar uma relação ou ser um não-jogo, no caso de crianças muito submetidas ao meio social, com excesso de presença, buscam um espaço (vazio) para não jogar. A compreensão da linguagem verbal e não verbal do ludodiagnóstico fornece elementos essenciais para um psicodiagnóstico como para uma psicoterapia. Verificamos que os aspectos teóricos e práticos indicam a importância de desenvolver um método próprio para o Ludodiagnóstico que poderá ter suas especificidades no acompanhar da teoria psicológica correspondente. Destacamos as contribuições de Affonso (1995), Mello (1999) e Ramiro (1997) documentam a importância do estudo do Ludodiagnóstico e do brincar das crianças. Mostram também que esta sessão pode ser analisada por diferentes abordagens. Na teoria de orientação psicanalítica, o vínculo psicólogo-criança é um dos elementos da análise e requerer que o psicólogo infantil seja ele mesmo analisado para poder lidar com a regressão que ocorre naturalmente no contato com crianças e adolescentes. Além da adequação do ambiente, o psicólogo deve providenciar o material para ser apresentado e interagir com a criança e brincar quando esta o solicitar. Sua postura é ativa, observadora e ética, na medida em que permite ao paciente existir em seu estilo pessoal, com o “self” verdadeiro. Para a realização do ludodiagnóstico, deve-se observar a adequação do ambiente, com móveis simples para criança poder sentar ou deitar, e de preferência, piso lavável. Para guardar os brinquedos, utiliza-se uma caixa com tampa. Evitam-se estampas e desenhos que possam servir como modelo para copiar, exceto se o próprio examinando criar. Esta caixa pode ficar aberta no chão. Quanto ao material, procuramos retirá-lo das embalagens para facilitar a sua utilização. Retiramos também os modelos de uso para que a criança possa descobrir o seu jeito de explorar aquele material. Lembramos que não utilizaremos conceitos pedagógicos e muito menos, a utilização convencional do material. Focalizaremos a expressão única e original daquela criança, como preconiza um método clínico de atuar ou pesquisar. Este material pode estar sobre uma mesa adequada à criança ou estar espalhado parcialmente sobre o chão: a) Material não estruturado: uma bacia pequena de plástico (na qual colocaremos a água); folhas sulfite; uma caixa de lápis de doze cores; dois lápis pretos; uma borracha; um rolo de durex; um apontador; um tubo pequeno de cola (lavável); um rolo (pequeno) de barbante; uma tesoura sem ponta; uma caixa de massa de modelar; potes de tinta guache (nas cores: vermelho, verde, azul, amarelo, branco, marrom, preto); dois pincéis (de números quatro e oito); canudos plásticos ou palitos de sorvete; um pouco de

argila; um pano limpo (tipo perfix); pedaços de madeira (lixados, lisos, pequenos, de diferentes tamanhos) e recipientes vazios (de plástico ou de papelão, sem marcas); b) Material estruturado: dois carrinhos (um maior e outro menor); dois aviões (idem); animais domésticos; animais selvagens; um conjunto de bonecos para a família (dois maiores, dois menores e um bebê); uma caixa de peças de montar; peças de encaixe; bonecos pequenos (índio, soldado, super-heróis); telefone de plástico; duas bolas pequenas; talheres de plástico (faca, garfo, colher); algumas painéis de brinquedo; alguns pratos e xícaras de brinquedo e um fogãozinho. De acordo com nossa experiência clínica, o psicólogo deveria apresentar-se para a criança, no início da sessão, contando que já conversou anteriormente com os responsáveis. O psicólogo também entrevista a criança o que está acontecendo e realizar outras perguntas possíveis para um primeiro contato. Durante a sessão, é importante investigar a brincadeira, bem como a forma de brincar, os personagens, etc. e ajudá-la somente se ela o solicitar. Portanto, a nossa postura não é passiva, procurando sempre acompanhar a criança, sem dirigi-la para brincar ou desenhar. Esperamos que ela se decida e escolha o que fazer: desenhar, brincar, conversar ou não fazer nada. Em nosso trabalho anterior (Menichetti, 2003) estudamos o ludodiagnóstico ou observação lúdica, realizando estudos clínicos através do psicodiagnóstico de tipo “compreensivo” em quatro crianças (cinco a oito anos), com o objetivo de utilizar o Referencial de análise estudado por Tardivo (1985) para a sessão de ludodiagnóstico e compará-lo com o D-E. Escolhemos um caso para ilustrar o método do ludodiagnóstico e o comparamos com o Procedimento de Desenhos-Estórias (Trinca, 1997), analisados de acordo com o Referencial de Tardivo (1985). Trata-se de um menino de 5 anos com a queixa de agressividade e dificuldades para falar. Era agitado, ficava nervoso quando não o entendiam, chegando a chutar e gritar. Não se concentrava e não aceitava limites. A família também possuía dificuldades para aceitá-lo em sua regressão. O relato do ludodiagnóstico mostrou a sua fragilidade e o seu potencial criativo. Também observamos o vínculo de confiança com a psicóloga, sentindo-se acolhido. Concluimos também que C. vivenciou uma experiência completa nesta sessão, por ter simbolizado o que era mais importante em sua vida: o retorno aos cuidados da figura materna e como se sentia diferente de todos. Esse é mais um aspectos importantes a ser destacado na sessão de ludodiagnóstico, a forma como esta é concluída pela criança que expressa uma experiência satisfatória ou não, avaliando como a criança busca solucionar seus conflitos. No D-E, verificamos desenhos e histórias carregadas de angústias e desfechos trágicos. Verificamos como os procedimentos permitiram a livre expressão de C. ao brincar e desenhar. Nesse caso, as indicações de dificuldades surgiram igualmente nos procedimentos afirmando as necessidades e angústias de C. Destacamos que no ludodiagnóstico, a situação foi demonstrada como terapêutica pela criatividade do menino e pela confiança no vínculo, que permitiu a regressão a estágios tão primitivos. De acordo com os estudos de Tardivo (1985, 1997), encontramos os seguintes traços: atitudes de oposição e insegurança em relação a si próprio e em relação ao mundo, necessidade de proteção e suas dificuldades em relação ao crescimento, identificação positiva o com o próprio sexo, trouxe a figura materna negativa. Os sentimentos expressos foram derivados do Instinto de Morte e do Conflito. As tendências e desejos se referem à necessidade de suprir faltas básicas, como proteção, abrigo, compreensão e cuidados, como também tendências destrutivas, hostis, com desejos de atacar e destruir, aspectos relacionados aos impulsos destrutivos. Concluimos que tanto o Ludodiagnóstico como o Procedimento de Desenhos-Estórias possibilitam a expressão de uma linguagem própria do mundo infantil principalmente de conteúdos vivenciados com sofrimento e muitas vezes sem esperança de compreensão. Ambos possuem características semelhantes e permitem uma situação livre, na qual o sujeito pode se expressar e revelar características de sua personalidade. No caso apresentado, verificamos como resultados que a criança explora e brinca com o material oferecido vinculando-se à pesquisadora e trazendo conteúdo significativo. As interpretações realizadas através do Referencial de Análise de Tardivo demonstraram a utilidade deste instrumento, permitindo a comparação das sessões e uma análise mais sistematizada, recurso importante para futuros estudos e pesquisas e para os psicólogos e estudantes que iniciam a prática clínica. Portanto, constatamos a valiosa contribuição que o ludodiagnóstico oferece para a compreensão clínica em psicodiagnóstico ou psicoterapia, auxiliando também a formação do vínculo com a criança, que se sente mais à vontade e participa espontaneamente. A partir de um método adequado no que se refere às condições do psicólogo, do contexto clínico, do material e da sala, é uma sessão que

possibilita a elaboração de conflitos e oferece um setting acolhedor para o par psicólogo-criança, sendo um procedimento relevante para diversos campos de atuação.

Referências Bibliográficas

Affonso, R. M. L. (1995). Ludodiagnóstico: a teoria de J. Piaget no estudo do jogo e do diagnóstico infantil. São Paulo: Plêiade. Bomtempo, E. (coord.); Hussein, C. L. & Zamberlan, M. A. T. (1986). Psicologia do brinquedo: aspectos teóricos e metodológicos. São Paulo: Nova Stella: Edusp. Bomtempo, E. (2000). Brincar, fantasiar, criar e aprender. In Oliveira, V. B. (Org.) (2000), O brincar e a criança do nascimento aos seis anos (pp. 127-149). Petrópolis, RJ: Vozes. Brougère, G. (2000). Brinquedo e cultura (G. Wajskop, trad.) (3ª. ed.). São Paulo: Cortez. Freud, S. (1908/1996). Escritores criativos e devaneios. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad.) (vol. IX, pp. 133-143). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1908). Freud, S. (1909/1976). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad.) (vol. X, pp. 15-154). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1909). Freud, S. (1920/1976). Além do princípio do prazer. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (C. M. Oiticica, trad.) (vol. XVIII, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1920). Friedmann, A. (1992). O direito de brincar: a brinquedoteca. São Paulo: Scritta: Abring. Huizinga, J. (1996). Homo ludens: o jogo como elemento da cultura (J. P. Monteiro, trad.) (4ª.ed.). São Paulo: Perspectiva (Originalmente publicado em 1938). Klein, M. (1926/1970). Princípios psicológicos da análise infantil (Miguel Mailet, trad.). In Klein, M. (1970). Contribuições à Psicanálise (pp.177-191). São Paulo: Mestre Jou. Klein, M. (1969). Psicanálise da Criança (P. Civelli, trad.). São Paulo: Mestre Jou. Klein, M. (1974). Inveja e gratidão: um estudo das fontes inconscientes (J. O. A. Abreu, trad.). Rio de Janeiro: Imago. Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. & Rivière, J. (1978). Os Progressos da psicanálise (A. Cabral, trad.) (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar. Mello, A.C.C. (1999). O brincar de crianças vítimas de violência física doméstica- Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Menichetti, D (2003). A observação lúdica e o psicodiagnóstico compreensivo: aplicações do Referencial de Análise do Procedimento de Desenhos-Estórias. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Piaget, J. & Inhelder, B. (1998). A psicologia da criança (O. M. Cajado, trad.) (15ª. ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. Ramiro, V. C. (1997). O brincar da criança cega: um estudo psicológico sobre a atividade lúdica de crianças deficientes visuais. Dissertação (Mestrado). Universidade São Marcos, São Paulo, SP. Safra, Gilberto (2006). Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio. São Paulo: Sobornost. Tardivo, L. S. (1985). Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Tardivo, L. S (1997). Análise e interpretação. In Trinca, W. (Org.), Formas de investigação clínica em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias; Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (pp.115-156). São Paulo: Vetor. Trinca, W. (Org.) (1997). Formas de investigação clínica em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias; Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. São Paulo: Vetor. Winnicott, D. W. (1975). O brincar e a realidade. (J. O. A. Abreu e V. Nobre, trad.). Rio de Janeiro: Imago.

Instituição

Dagmar Menichetti - Psicóloga do Ministério Público do Est. de São Paulo
Leila Salomão L. P. Cury Tardivo - Instituto de Psicologia da USP-SP

Síntese Curricular

Dagmar Menichetti - Pós-graduada em Psicologia Clínica, USP-SP; psicóloga do Ministério Público do Est. de São Paulo, ex- Prof. de Ética Profissional e ex-Supervisora em Psicologia Clínica na UNISANTOS.

Leila Salomão L. P. Cury Tardivo - Prof.Associada do Depto. de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP-SP.

O Ludodiagnóstico no Campo Jurídico

Roberto Evangelista; Dagmar Menichetti; Claudia Anaf

Resumo

Discute-se a relação Psicologia e Direito, destacando o ludodiagnóstico enquanto instrumental técnico no contexto institucional jurídico. Enfatiza as contribuições teóricas de Freud, Klein e Winnicott sobre o brincar como expressão simbólica, ressaltando a fantasia, a comunicação não verbal, a superação de ansiedades, criando alternativas e utilizando o potencial criativo. Descreve a observação lúdica como facilitadora de uma comunicação espontânea através das brincadeiras, dos brinquedos e das histórias cotidianas dentro de um espaço potencial criativo. Apresenta alguns casos clínicos e forenses. Conclui-se que após a leitura dos autos, a observação lúdica é uma sessão que deve iniciar uma peritagem psicoforense clássica na medida em que pode comportar um espaço terapêutico devotado por um setting acolhedor. Por fim, é um procedimento clínico relevante para diversos campos de atuação, notadamente o campo psicoforense para fins de elucidação de dinâmismos da personalidade e como facilitador de contato com a criança implicada no ordenamento jurídico.

Palavras-chave

Ludodiagnóstico; Observação lúdica; Avaliação Psicológica; Perícia Psicológica; Parecer Psicológico

Artigo

Analisa-se a relevância da avaliação psicológica para a confecção de pareceres técnicos, no contexto institucional jurídico, a fim de contribuir para esclarecer conflitos vivenciados com sofrimento e violência, principalmente na área infantil. Os psicólogos são requisitados a fim de elaborar diagnósticos, instruir os autos do inquérito policial e oferecer subsídios às autoridades do Ministério Público e Tribunais de Justiça (EVANGELISTA, 2000; EVANGELISTA e MENEZES, 1999). São muitos os aspectos da conduta humana que buscam soluções jurídicas e que são tratadas do ponto de vista psicoforense e, em particular, na área infantil. A exemplo disto têm-se frequentemente os casos de vitimização tais como maus tratos físicos e/ou psicológicos, supostos abusos sexuais praticados contra a criança/adolescentes pelos pais ou responsáveis, sevícias, confiabilidade e credibilidade do testemunho infantil, abrigo, adoção, queixa-conduta, destituição do poder familiar, modificação de guarda, disputa entre os genitores e famílias substitutas (ANAF, 1997), avaliação de dano psicológico infantil, entre outros. Este trabalho discute a avaliação psicológica realizada com crianças, particularmente o ludodiagnóstico nas instituições citadas. Em nossa experiência, utilizamos frequentemente a entrevista psicológica, o ludodiagnóstico, testes projetivos, avaliação de nível intelectual e desenvolvimental e também entrevistas com terceiros (familiares, professores, vizinhos, etc.) para melhor compreensão da dinâmica envolvida nos casos de agressão, violência e outros. Independentemente da natureza das ações judiciais na esfera psicolegal infantil, vale dizer que os achados do exame psicológico são sempre mais uma prova no conjunto dos dados que podem levar à convicção da ocorrência de um determinado evento e não uma prova cabal da existência do fato em si (ROVINSKI, 2004). O psicólogo realiza o ludodiagnóstico nas sessões iniciais com a criança, oferecendo brinquedos e materiais gráficos com a finalidade de compreender e se aproximar da linguagem natural desta fase: brincar, desenhar e contar histórias. Através do vínculo estabelecido, cria-se um espaço único e criativo para o jogo e o brincar. Segundo Winnicott (1975), neste espaço potencial entre fantasia e realidade, ocorre a superposição de duas áreas lúdicas: a do examinando e a do psicólogo. Safrá (2005) explicou que o jogo possibilita um campo de experiência, um sentido de realidade e um espaço privilegiado de vir a ser humano. Nosso trabalho anterior (MENICHETTI, 2003) examinou o jogo e o brincar na avaliação psicológica, destacando a leitura da orientação psicanalítica. Realizamos estudos clínicos de quatro crianças através de entrevistas com os pais e da aplicação do referencial proposto por Tardivo (1985) para o Procedimento de Desenhos-Estórias e para a Ob-

servação Lúdica. A análise deste material demonstrou a importância da Observação Lúdica e a comparação dos dois procedimentos. O profissional necessita estar bem preparado no que se refere ao conhecimento teórico e prático em desenvolvimento infantil, psicopatologia, psicodiagnóstico, etc. para evitar interpretações errôneas dos dados. Na área forense, informamos aos examinandos a natureza do trabalho e quem terá acesso às conclusões. Não se pode garantir o sigilo, mas o respeito à individualidade e conteúdos envolvidos. O psicólogo pode se ater ao que é solicitado pelos quesitos sem expor desnecessariamente aspectos dolorosos para os atendidos. Citaremos três exemplos de avaliação nesta área destacando a natureza da ação e o tipo de avaliação realizada. No primeiro caso, temos uma avaliação de danos psicológicos de um menino de 3 anos de idade em função de uma abrupta separação quando bebê, de sua mãe, que foi acidentada no trânsito a caminho de seu trabalho. Foram utilizados os recursos: leitura dos autos do processo, anamnese psicológica, entrevistas familiares, entrevistas com terceiros, aplicação do teste da família, desenho livre e hora lúdica. Esta constou de apresentação de uma caixa contendo brinquedos estruturados e não estruturados, algumas lâminas do CAT-A (I e IV: a dos pintinhos e a do canguru) e lâminas das Fábulas de Duss de forma pictórica e verbal (passarinho, cordeirinho e o sonho mau). Tais lâminas serviram ao propósito de brincar de contar histórias e não a aplicação dos testes em si. Neste caso, estiveram presentes um psicólogo e uma psicóloga o que possibilitou a observação da criança com ambos. O acidente ocorreu quando o lactente mamava no peito, aos 3 meses de idade. A partir desse dia, interrompeu a amamentação, passou o bebê a chorar muito, gritar, perder peso, com expressão facial de sofrimento, dificuldades para evacuação, dificuldades para alimentar-se, fala regredida, dificuldades no relacionamento social, preferindo a companhia do pai. A hora lúdica pode mostrar os prejuízos da relação mãe-bebê e as conseqüências da separação abrupta vivida pelo acidente e pela ida à creche. Em outro caso, foi realizada uma avaliação de uma menina de 4 anos, como parte da instrução criminal do inquérito de atentado violento ao pudor e estupro. A avaliação constou de entrevista com familiares, entrevista com a criança, ludodiagnóstico, Teste das Fábulas de Duss e Teste de Apercepção Infantil CAT-A (realizado antes da regulamentação do CFP). A sessão com os brinquedos possibilitou um vínculo positivo e de confiança para que a menina relatasse o que lhe ocorreu. A situação angustiante pode ser compartilhada com a psicóloga. Um terceiro exemplo ocorrido na Vara da Infância e Juventude do TJ da Capital, foi referente à avaliação de dois irmãos para colocação em família substituta (tios) após o falecimento da mãe e a partida do genitor para outro país. Além da leitura dos autos, entrevista com familiar, entrevistas com as crianças e Teste do Desenho Livre. As crianças expressaram o bom vínculo com os tios e também os sentimentos de perda e traição que sentiam com a partida do pai para longe. Nos casos discutidos, a sessão através de brinquedos, materiais mediadores e desenhos possibilitou a expressão de conteúdos sofridos e um contato maior com os psicólogos. Acreditamos que estas sessões comportam um fator terapêutico e promovem a elaboração de conteúdos traumáticos. Como referiu Winnicott (1975), o brincar por si mesmo é terapêutico. Concluímos sobre a importância do ludodiagnóstico na área forense para possibilitar o acolhimento da criança e para auxiliar a revelação de aspectos vividos em situação de violência psicológica e sexual.

Referências Bibliográficas

- ANAF, C. O papel do Psicólogo nas Varas de Infância e Juventude. In Anais do XVI Congresso Interamericano de Psicologia Jurídica. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica-PUCSP, 1997, p.72. CUNHA, J. A. & NUNES, M.L.T. Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 1993. EVANGELISTA, R. Algumas considerações sobre as perícias judiciais no âmbito civil. Revista IMESC - Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo, p.51-57, agosto, 2000. EVANGELISTA, R. & MENEZES, I. V.(1999). Avaliação do dano psicológico em perícias acidentárias. Anais do III Congresso Ibero-Americano de Psicologia Jurídica. São Paulo, Universidade Presbiteriana Mackenzie, 1999. MENICHETTI, D. A observação lúdica e o psicodiagnóstico compreensivo: aplicações do Referencial de Análise do Procedimento de Desenhos-Estórias. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2003. ROVINSKI, S.L.R. Fundamentos da perícia psicológica forense. São Paulo: Vetor, 2004. TARDIVO, L. S. Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças

paulistanas de 5 a 8 anos de idade. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1985. SAFRA, GILBERTO. Curando com histórias. São Paulo: Sobornost, 2005. WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. Trad. por J. O. Abreu e V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Instituição

Roberto Evangelista - Ministério Público do Estado de São Paulo e FMU-Faculdades Metropolitanas Unidas

Dagmar Menichetti - Ministério Público do Estado de São Paulo

Claudia Anaf - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

Síntese Curricular

1. Roberto Evangelista é Doutor e Mestre em Psicologia Clínica pela USP; Especialização em Psicologia Jurídica e Hospitalar, Psicólogo Titular do Ministério Público de São Paulo; Professor Titular e Supervisor de Estágio na FMU, Ex-perito do Centro de Perícias do IMESC-Instituto de Medicina Social e de Criminologia.

2. Dagmar Menichetti é Mestre em Psicologia Clínica pela USP; Especialização em Psicologia Clínica; Psicóloga Titular do Ministério Público de São Paulo.

3. Claudia Anaf é Mestre em Psicologia pela PUC; Psicóloga do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Especialização em Psicologia Jurídica

Emergência e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças

Claudia Maria Sodré Vieira

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir a prevalência do transtorno de estresse pós-traumático em crianças que vivenciaram desastres naturais e apresentar um relato de experiência de um trabalho de assistência psicológica realizado com a população de algumas cidades de Santa Catarina atingidas pelas enchentes de 2008, e pelo o tornado em Guaraciaba em 2009, como uma ação pertinente ao campo da Psicologia das Emergências, da qual a autora foi uma das coordenadoras. Propõe uma definição de campo da Psicologia das Emergências, apresenta o conceito de desastre como situação disruptiva e o TEPT como efeito de catástrofe pessoal. Apresenta a revisão de algumas pesquisas sobre prevalência do TETP em crianças após desastres naturais e relata experiência de assistência psicológica com população atingida por desastre natural. Conclusão: Aponta para a urgência do estabelecimento de procedimentos para instrumentalizar profissionais que possam atuar no pós desastres para diagnosticar transtornos psiquiátricos na população atingida, e oferecer psicoterapia para os mesmos, formalizar orientações para pais, professores e equipes envolvidas no acolhimento de pessoas atingidas indiretamente pelos desastres para que saibam como minimizar os efeitos das situações disruptivas.

Palavras-chave

Psicologia das Emergências, TEPT, desastres, intervenção psicológica em crise.

Artigo

Psicologia das Emergências A Psicologia das Emergências ocupa-se do estudo dos efeitos psicológicos dos desastres e das catástrofes e nos indivíduos, famílias e comunidades atingidas, bem como nos profissionais de assistência. . Estabelece interfaces com a Psicologia Social, Ambiental, do Desenvolvimento, Comportamental e Psicanálise, dentre outros. A Psicologia das Emergências estuda os efeitos intrapsíquicos, interp-síquicos, interpessoais e transpsíquicos dos desastres como potenciais desencadeadores de ambientes disruptivos e de catástrofes. Ocupa-se como prática das intervenções em ambientes que apresentam potencial traumatogênico e que afetam a qualidade de adaptação do indivíduo ao seu grupo familiar, comunitário, e que podem adquirir a dimensão de fenômenos de massa, pondo em evidência os processos regressivos característicos. É de seu âmbito a intervenção psicológica para o tratamento dos efeitos do trauma psíquico, do trauma vicário e do luto traumático, bem como do desenvolvimento de práticas psicoeducativas que favoreçam a resiliência nos indivíduos, grupos e instituições. O conceito de desastre utilizado neste trabalho agrega o de dois autores: um desastre é um evento extraordinário que origina destruição considerável de bens materiais e pode resultar morte, lesões físicas e sofrimento humano (COHEN,1989), constituindo-se como uma situação disruptiva (BENYAKAR, 2002). Segundo Benyakar (2002), uma situação disruptiva tem origem na realidade externa, é um fato que desencadeia uma ruptura abrupta na homeostase individual, institucional e/ou social. Característica da situação disruptiva é o seu potencial patogênico, dado o grau de ameaça que contém. As catástrofes, apesar de serem consideradas sinônimos de desastres em muitos trabalhos (BENYAKAR, 2002), resguardam neste contexto o contorno proposto por esse autor: a ação desestruturante do desastre no indivíduo, no grupo e/ou na sociedade. Dentre as ocorrências perigosas que desencadeiam situações crítica estão os desastres naturais. Só no ano passado, segundo dados da ONU, 211 milhões de pessoas no mundo foram afetadas por desastres e geral. (radio ONU, 22.01.2009) Do ponto de vista intrapsíquico, um dos efeitos dos ambientes disruptivos é o desenvolvimento do Transtorno de Estresse pós-traumático, a configuração patológica de uma catástrofe pessoal. O transtorno de Estresse pós-Traumático em crianças Segundo Valdivia (2002), nas crianças, o Transtorno de estresse pós-Traumático adquire características específicas, tanto na forma como se apresentam os sintomas como nos impactos que provo-

cam no desenvolvimento. Atualmente há várias pesquisas sobre a prevalência de TEPT em crianças. Na América do Norte, a prevalência na população em geral é de 1 a 14 % na população em geral e de 6,3% dentre adolescentes. Quando os desastres são de grandes proporções estudos tem encontrado prevalência entre adolescentes e crianças com índices que variam de 3% a 100%! Estudos de seguimentos mostram a persistência de sintomatologia até quinze anos depois do acontecimento traumatizante (VALDIVIA, 2002) O estudo de prevalência de desordens psiquiátras realizado com crianças atingidas pelo tsunami na província de Ranong, na Tailândia 10 meses após o desastre (PIYAVHATKUL N; PAIROJKUL S; SUPHAKUNPINYO C, 2008), ocupou-se de uma população de 47 meninos e 47 meninas de 1 a 18 anos. Foram realizadas entrevistas com psiquiátras e os diagnósticos foram estabelecidos baseados nos critérios do DSM-IV. Os índices encontrados:50% tiveram ao menos um diagnóstico psiquiátrico TEPT: 33%,Depressão maior: 9,6%, Transtornos de ajustamento 9,6%,Transtorno de Ansiedade de separação 3,2%. Em estudo exploratório também sobre os efeitos do tsunami na Tailândia (PIYASIL, V; KETUMAN, P; PLUBRUKARN, R; JOTIPANUT, V; TANPRASERT S; AOWJINDA, S; THAEEROMANOPHAP, S, 2007), foram encontrados resultados significativos. O monitoramento de sintomas do TEPT foi feito nos períodos de 6 semanas, 6 meses, 1 ano, 1 ano e meio e dois anos com 1625 crianças e adolescentes de duas escolas . A avaliação foi feita por psiquiátras e utilizando-se os critérios do DSM-IV: 6 semanas - 57,3%, 6 meses - 46,1%, 1 ano - 31,6%, 1 ano e meio- 10,4%, 2 anos - 7,6%. Dos 176 estudantes que tiveram as vidas ameaçadas diretamente pelas ondas, 27,3% (48) sofreram TEPT. Dos 1314 que tiveram amigos e parentes atingidos, 3,1% tiveram TEPT. O declínio agudo da incidência em dois anos pode ser atribuído à assistência integrada à saúde prestada a essas crianças. Com relação ao furacão Katrina (KESSLER, R C; GALEA, S; GRUBER, M J ; SAMPSON, N A ; URSANO, R J, 2008), em uma amostra de 815 pessoas que eram residentes das áreas afetadas pelo furacão que foram entrevistadas entre 5 a 8 meses após o desastre, a incidência foi de 14,9%. Contrariando o que é esperado nos estudos sobre desastres, 1 ano após a passagem do furacão houve um aumento da incidência para 20,9%. A ideação suicida foi encontrada em 2,8% na primeira mensuração e 6,4% na segunda. Os autores da pesquisa relacionam o aumento com a falta de solução para os problemas desencadeados pelo desastre. Esses trabalhos apontam a necessidade da identificação precoce de sintomas, a intervenção terapêutica e o acompanhamento das populações atingidas. Relato da experiência Em Dezembro de 2008, o Leste, Sudeste e Sul de Santa Catarina foram intensamente castigados por chuvas, provocando alagamentos, desmoronamentos e até a explosão de um gasoduto. O número de mortos chegou a 128, 16 menores de 10 anos, sendo que do total, de dez pessoas não foram informadas idades. Em Dezembro o número de desabrigados foi de 5737 e 27.236 desalojados, segundo dados da Defesa Civil. Foi nessas condições que dois professores da FMU, psicólogos e alunos de Psicologia que havia terminado um curso sobre intervenção em emergências e crise, formou um grupo de quinze voluntários para prestar assistência psicológica às pessoas atingidas pelas enchentes. Durante quatro dias, foi oferecida assistência psicológica em abrigos e nas casas das famílias atingidas nas regiões de Comburiu, Itajaí, Navegantes, Ilhota, Ilhotinha, Gaspar, Arraial do Ouro, Baú Baixo, Belchior, Belchior Alto, Sertão Verde. Entre 29 de Setembro e 2 de Outubro deste ano, mais um grupo de dez voluntários dirigiu-se a Guaraciaba, na região Oeste do Estado de Santa Catarina, atingida por tornado em 7 de Setembro de 2009, afetando 15 comunidades com ampla destruição e provocando a morte de 4 pessoas. Essa experiência ainda está em andamento. A intervenção no Vale do Itajaí As crianças que receberam assistência estavam abrigadas com familiares em escolas, Igrejas e outros locais. O procedimento técnico visava favorecer associação de relatos dos fatos vivenciados de forma direta, metafórica – através de histórias, ou apoiada em elementos gráficos, às emoções e temores. O objetivo era o de estimular a integração de experiências fragmentadas e, portanto, muito persecutórias. Foram formados grupos com crianças da mesma família, ou não, e utilizou-se de desenhos para que elas pudessem expressar o que haviam vivido e os temores que as assolavam. Outras situações eram utilizadas como oportunidades, como as brincadeiras espontâneas delas, como recursos para que os voluntários pudessem reconhecer os seus temores e orientar pais ou responsáveis. Havia vários voluntários ou mesmo técnicos em alguns abrigos, mas, e geral, as crianças eram as menos assistidas. Alguns contavam com trabalhos de recreação, o que era da maior importância porque muitos pais não podiam permanecer nos abrigos porque tinham que trabalhar. Assim, havia quem pudesse cuidar

das crianças e oferecer-lhes atividades. Notamos, entretanto que a nossa equipe era a única com uma proposta clínica, de escuta dessas crianças. Isso fez com que os técnicos responsáveis pelos abrigos solicitavam a presença de nosso grupo para orientar pais, ou para dar assistência para algumas crianças. As crianças costumavam ficar em torno dos adultos reunidos. Como não havia condições de privacidade, ao ouvir relatos dos adultos sobre os acontecimentos, as crianças representavam com suas brincadeiras a experiência vivida, ou uma forma de repará-las. Era comum o tema brincar de barco porque muitas foram resgatadas ou viram o resgate de familiares através de barcos. Outra batia em uma parede com uma madeirinha e esclareceu que era para a parede ficar bem firme para não cair. Os desenhos apresentavam cenas vividas e eram estímulos para elas relatarem suas perdas. Os sentimentos relativos às perdas materiais – as casas, os brinquedos, o boletim com as boas notas, eram formas mais distanciada de revelar os temores mais profundos de perda e desamparo. A orientação geral era de escuta empática e o diálogo travado utilizava a expressão dessas perdas metaforicamente, ou seja, não se induzia a estabelecer relação com a perda mais profundas, mas as manifestas eram consideradas como se fossem as primárias. Como o sofrimento era generalizado, as crianças, por não enunciarem a experiência desorganizadora que vivenciavam, não encontravam interlocutores para o seu sofrimento. Havia muitas pessoas oferecendo auxílio, organizando, oferecendo produtos para subsistência. Em alguns abrigos encontramos pessoas que atuavam como recreadores. Eles foram muito importantes porque preservavam a segurança física de muitas crianças e davam condições dos adultos realizarem tarefas essenciais como organização e limpeza dos espaços coletivos, cozinhar e distribuir alimentos e resgatar a rotina de trabalho. Quando alguém da equipe oferecia uma escuta empática e decodificava as brincadeiras como discursos sobre o que foi vivido e como tentativas de reparação, pequenos grupos se formavam e um diálogo comovido se estabelecia.. Algumas crianças não conseguiam afastar-se dos pais, tinham muito medo quando eles não estavam por perto. Alguns pais relataram que seus filhos passaram a apresentaram enurese, outras, perda de apetite e distúrbios gastrointestinais, insônia e terrores noturnos, sintomas do TEPT. Guaraciaba No momento da conclusão deste resumo, a equipe de voluntários ainda encontra-se em Guaraciaba. Os procedimentos utilizados são os mesmos da experiência anterior. Os dados serão disponibilizados na apresentação oral. Conclusão: Apesar de não termos nos dedicado a fazer diagnóstico do transtorno de Estresse pós-traumático nas crianças assistidas, os voluntários se referiram a presença de sintomas relatados pelos pais ou pelas próprias crianças. A identificação precoce do TEPT e a rápida intervenção psicoterápica adequada reduz a continuidade do quadro, como indicou uma das pesquisas comentadas. É urgente que se estabeleçam procedimentos para instrumentalizar profissionais que possam atuar no pós-desastres para diagnosticar transtornos psiquiátricos na população atingida, e oferecer psicoterapia para os mesmos. Formalizar orientações para pais, professores e equipes envolvidas no acolhimento de desalojados, desabrigados e atingidos indiretamente pelos desastres para que saibam como minimizar os efeitos das situações disruptivas. Favorecer as alianças e laços familiares para o acolhimento mútuo e o reconhecimento das perdas. Discutir em caráter nacional o estabelecimento de políticas para o desenvolvimento de ações de prevenção a desastres e de uma rede nacional multiprofissional de intervenções em desastres e crises.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, F. J. B. A psicologia Social dos desastres. Existe um lugar para ela no Brasil? In: Trabalho, organizações e cultura. São Paulo, Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia, 1997, p.95-104. BENYAKAR, M. Salud mental y desastres. Nuevos desafios. In: Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatria. 2002; 35(1). Ene.-mar: 3-25. BRUCK, N.R. V. A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma. Porto Alegre, 2007.195 f.Tese (Doutorado em Psicologia) - PUCRS, Fac. de Psicologia. Professor orientador: Dr. Pedrinho Guareschi COHEN, R E; AHEARN JR, F. Manual de la atención de La salud mental para víctimas de desastres. Harla, Mexico, 1989 KESSLER, R C ;GALEA, S ;GRUBER, M J ; SAMPSON, N A ; URSANO, R J et al. Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. In: Molecular Psychiatry, Nature, Jan 8, 2008 NAVASCUÉS, I. V. Apoyo psicológico em catástrofes In: Revista proteccion civil ,n3, março 2000, Ministerio del Interior: Madri, Espanha. PIYASIL, V; KETUMAN, P; PLUBRUKARN, R; JOTIPANUT, V; TANPRASERT,

S; AOWJINDA, S; THAEEROMANOPHAP ,S Post traumatic stress disorder in children after tsunami disaster in Thailand: 2 years follow-up. In : J Med Assoc Thai; 90(11): 2370-6, 2007 Nov. <http://search.bvsalud.org/regional/resources/mdl-18181322> acessado em 01.ago.2009 Radio ONU Desastres naturais mataram quase 236 mil em 2008, publicado em 22.01.2009 <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/detail/150135.html>, acessado em 15 maio 2009. SHANNON MP; LONIGAN CJ; FINCH AJ; TAYLOR CM Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 33(1): 80-93, 1994 Jan. Disponível em < <http://search.bvsalud.org/regional/resources/mdl-8138525> > acesso em 28 set. 2009 VALDIVIA, M. Trastorno por estrés postraumático en la niñez. Rev. chil. neuro-psiquiatr., Santiago, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 set. 2009. doi: 10.4067/S0717-92272002000600007

Instituição

Faculdades Metropolitanas Unidas São Paulo - SP - Brasil; www.fmu.br ;
E mail: sodrevieira@uol.com.br; claudia.vieira@fmu.br

Síntese Curricular

Claudia Maria Sodr e Vieira   Professora e Supervisora do curso de Psicologia e do curso de especializa o em Interven es Psicológicas em Emergências e crises da FMU-SP. Doutora em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Psicóloga, Psicoterapeuta.

A IMPORTÂNCIA DA POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO NA HORA DE JOGO DIAGNÓSTICA

Maria Salete Lopes Legname de Paulo

Resumo

Este estudo tem o objetivo de expor o trabalho Diagnóstico-Interventivo, que utiliza a hora de jogo com a finalidade de conhecer a realidade da criança, como técnica de investigação e como possibilidade de intervenção. Utilizamos a fundamentação teórica de Klein, quanto a interpretação da hora de jogo e de Winnicott e o modelo de “Consulta Terapêutica” para as entrevistas iniciais, em um contexto de atendimento em clínica-escola e consultório particular. Salientamos o valor das primeiras entrevistas como espaço potencial para o contato com o mundo interno do paciente e precioso como potencial para mudanças e desenvolvimento. Em alguns casos a entrevista é realizada conjuntamente com pais (mãe) e criança utilizando material lúdico incorporado à entrevista, como orientação de Mannoni. Em seguida, para ilustrar esta exposição relatamos o material clínico ilustrativo do atendimento de algumas crianças no modelo de: Triagem Interventiva e Psicodiagnóstico Interventivo sempre utilizando a Técnica Lúdica.

Palavras-chave

Ludodiagnóstico, Triagem, Intervenção, Psicanálise

Artigo

Introdução A clínica da atualidade naturalmente leva-nos à necessidade do desenvolvimento de novas abordagens de atendimento que possam adaptar-se à alta demanda da população associada às condições limitadas disponíveis nas instituições. Este trabalho tem o objetivo principal de abordar o trabalho de Diagnóstico-Interventivo, que utiliza a hora de jogo com a finalidade de conhecer a realidade da criança, como técnica de investigação e como possibilidade de intervenção, o mais precocemente possível, em um processo dinâmico que prioriza o pensamento clínico e emprega os instrumentos psicológicos e o próprio ludodiagnóstico de uma forma flexível. Ou seja, buscando flexibilizar a triagem e as entrevistas iniciais, trabalhamos com uma forma interventiva de atuação, na qual o objetivo de diagnosticar e compreender a problemática da criança torna-se indissociada da ação de intervir, que é própria do psicólogo. Consulta Terapêutica e Ludodiagnóstico Utilizamos a fundamentação teórica de Klein (1975) e Aberastury (1978) quanto a técnica da hora de jogo diagnóstica. Klein já havia observado que a criança pequena tem noção de sua enfermidade e desejo de curar-se. Apoiada no mesmo pressuposto teórico, Aberastury interpreta a primeira hora de jogo em uma dimensão simbólica na qual a criança está comunicando sua fantasia de doença e sua fantasia de cura por meio da atividade lúdica. A capacidade de simbolizar é precoce na criança e o brincar é sua forma de expressão natural. A atividade lúdica da criança tem uma finalidade e um sentido e funciona como comunicação, como a associação livre dos adultos. A criança expressa fantasias e angústias e domina medos instintivos projetando-os nos brinquedos. Interpretar seu significado revela a situação infantil. Aprofundamos a teoria no trabalho de Winnicott (1984) e o modelo de “Consulta Terapêutica” para as entrevistas iniciais de triagem e psicodiagnóstico salientando o valor terapêutico das primeiras entrevistas. Segundo Winnicott a primeira consulta realizada como espaço potencial para o contato com o mundo interno do paciente e como possibilidade de confiança tem valor terapêutico para um movimento progressivo no processo de desenvolvimento. Nesse primeiro momento o psicoterapeuta ocupa o lugar de um objeto subjetivo para o paciente, uma vez que é assimilado por este de acordo com as expectativas e crenças que de que vai ser ajudado. Além disso, o paciente apresenta-se com maior disponibilidade e colaboração e, por isso, com maior capacidade para insight. Mannoni (1981), representante da escola francesa de psicanálise, dedicou-se ao atendimento psicanalítico de crianças. Um dos aspectos originais de seu trabalho é que ela incorpora o material de jogo à entrevista diagnóstica com os pais. Parecer ter sido pioneira na possibilidade de observar o desenvolvimento do brincar da criança que acompanha o diálogo dos pais com a psicóloga. Diag-

nóstico Lúdico Familiar O sintoma alude e mostra uma marca, indicando um distúrbio psicológico, mas ao mesmo tempo o sintoma ilude, pois mascara o significado original para não contatar a angústia ao conflito. O sintoma é uma forma inadequada de lidar com a angústia. Movidos pela urgência e necessidades da clínica atual, temos desenvolvido novas abordagens de atendimento psicológico infantil. Unindo essa fundamentação teórica à prática clínica e de pesquisa estamos expandindo também, mas não só, o atendimento de Triagem e Psicodiagnóstico Interventivo (PAULO, 2004) de crianças em entrevistas conjuntas com os pais. Nessa situação, utilizamos os instrumentos psicológicos, testes ou material lúdico, como mediadores auxiliares do encontro terapêutico. Os testes são elementos auxiliares e utilizados de modo flexível como facilitadores da comunicação e como mediadores do contato com o paciente. Os instrumentos psicológicos podem ser extremamente úteis como auxiliares nas intervenções elaboradas o mais precocemente possível a partir da própria produção do paciente e, por isso, podem propiciar uma experiência mutativa. Entre as novas abordagens de atendimento infantil apresentamos a entrevista diagnóstica compartilhada dos pais e criança. Nessa proposta a sala de atendimento é preparada com o material lúdico sobre a mesa, conforme proposta de Aberastury (1978) e os pais e a criança são convidados a entrar. A psicóloga se apresenta à criança e oferece os brinquedos explicando que pode utilizá-los para brincar ali, como quiser, enquanto os pais e psicóloga conversam. Na entrevista é feita uma anamnese e a psicóloga fica atenta também aos movimentos e brincadeiras da criança. A criança brinca, observa, às vezes fala também, mas principalmente seu jogo é um meio de comunicar sua visão sobre os fatos que estão sendo comentados. A criança acompanha o diálogo dos pais e expressa simbolicamente por meio do jogo sua fantasia de doença e de cura. A comunicação simbólica do jogo constitui-se na sua fala em relação à sua história, ambiente e dinâmica familiar, angústias e fantasias. O psicanalista acompanha e permite que as angústias sejam expressas e pode intervir o mais precocemente possível e quando julgar conveniente. Isto não significa necessariamente uma interpretação, pois, como afirmou Winnicott (1984) a própria entrevista é um momento de intervenção. Acreditamos que esse encontro promove mudanças no campo intersubjetivo. Falar de si em presença do psicanalista propicia uma vivência de tolerância e sustentação, ao mesmo tempo em que se constrói uma nova versão de sua história no tempo presente. Essa experiência de holding favorece a capacidade de insight e de possibilidade mutativa em direção ao desenvolvimento. Material Clínico Ilustrativo Em seguida, para ilustrar esta exposição relatamos o material clínico ilustrativo do atendimento em “Triagem Interventiva” de um menino de dois anos e seis meses, com queixa apresentada pela mãe de agressividade e hiperatividade. O atendimento foi realizado com mãe e criança conjuntamente. A mãe demonstrou necessidade de um acolhimento inicial e de um espaço de escuta para sua demanda e ansiedade. O Ludodiagnóstico foi utilizado nas três entrevistas, nas quais foi realizada uma abordagem interventiva com a mãe e a criança. Outra ilustração clínica apresentada é um atendimento em “Psicodiagnóstico Interventivo” de um menino de 3 anos de idade, com queixa de fobia escolar. Neste caso é realizada uma entrevista inicial com os pais e a segunda entrevista é conjunta com pais e criança. A criança brinca enquanto acompanha o diálogo dos pais com a psicóloga sobre as dificuldades com a escola e itens da anamnese. Seu jogo expressa simbolicamente uma fantasia de doença diferente da queixa apresentada pelos pais. A psicóloga elabora uma intervenção que altera o curso dos relatos. Em seguida o menino apresenta novamente por meio do jogo uma comunicação significativa sobre suas fantasias de cura. Conclusão Os resultados da prática clínica têm mostrado que a experiência de utilizar a hora de jogo em entrevistas conjuntas com os pais em “Triagem Interventiva”, “Plantão Psicológico” e “Psicodiagnóstico Interventivo” tem sido uma contribuição no sentido de abreviar o psicodiagnóstico e diluir a barreira entre diagnóstico e terapia. As conclusões teóricas apontam a possibilidade de ampliar o alcance da clínica psicanalítica de crianças pequenas para o nível ambulatorial, com a possibilidade de expandir e favorecer os atendimentos especialmente no contexto institucional.

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A. Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Paidós, 1978. KLEIN, M. (1932). Psicanálise da Criança. Trad. Pola Civali. 2.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1975. MANNONI, M. A Primeira entrevista em psicanálise. Prefácio de Françoise Dolto. (1965) Trad. Roberto C. Lacerda. Rio de Janeiro: Campus, 1981. PAULO, M.S.L.L. O Psicodiagnóstico Interventivo com

Pacientes Deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. WINNICOTT, D.W. Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Tradução J.M.X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

Instituição

Universidade de São Paulo, Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia; Universidade Metodista SP.

Síntese Curricular

Maria Salete Lopes Legname de Paulo é Psicóloga Clínica, Doutora em Psicologia Clínica pela USP; autora do livro Depressão e Psicodiagnóstico Interventivo: proposta de atendimento; pesquisadora e supervisora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, docente da Universidade Metodista SP.

Winnicott e o brincar adolescente

Yvette Piha Lehman - Universidade de São Paulo

Introdução

Na teoria de Winnicott, a habilidade do brincar é uma realização do desenvolvimento emocional. Ao brincar, o bebê/criança/adulto faz pontes do mundo interior com o mundo de fora, de dentro e através do espaço transicional. Para Winnicott a qualidade do brincar no espaço transicional é sinônimo de um viver criativo e constitui a matriz da experiência do self através da vida. Transposto para a relação analítica, o brincar é uma derradeira realização de psicoterapia, porque só através do brincar o self pode se descobrir e se fortalecer.

Ritmo, constância e repetição ajudam na construção do tempo como processo e produção, fazendo com que o brincar também se altere, se ressignifique. Se num momento inicial, brincar traz à superfície a simbolização, num segundo pode trazer a desarmonia e a falta. Podemos considerar que o adolescente é um desconhecido para si mesmo, esta característica traz conflitos, fragmentação e angústia. O adolescente se vê como um ser de possibilidades, aberto, lançado no mundo, incompleto, precário na sua condição de humano. Se as capacidades de brincar, de agir criativamente e de inventar o mundo são marcos de saúde no processo de amadurecimento humano, reinstalar-se no mundo talvez seja o mesmo que poder imprimir uma marca pessoal na vida. Para o adolescente, a reinstalação do si-mesmo é um longo processo, ao qual Winnicott alerta que não precisamos ter pressa.

O adolescente se percebe como isolado dos pais e da família, e para tolerar este momento, adere ao grupo de pares, buscando seu ideal. Neste grupo que acolhe sua fragmentação e lhe serve de espelho, o fundamental é a inclusão recíproca. Ayres (1998) aponta que no espaço transicional, representado pelo grupo, o jovem pode vivenciar o imaginário como real, se tranquilizando e se permitindo experimentar o manejo onipotente dos objetos, assim pode gradativamente aceitar a realidade e fazer o luto pela perda das fantasias infantis. Isso só é possível, porque estando entre iguais o adolescente consegue perceber todos como relacionados e em permanente transformação. Finalmente, o destino do grupo de iguais é o mesmo dos objetos transicionais: é descatexizado e acaba perdendo o significado.

No adolescente o brincar tem uma especificidade na operação simbólica, seguindo um processo que se manifesta como constitutivo do ser. Talvez tenha um novo "itinerário lúdico" na busca de novos significantes.

Winnicott (1994a) revela outro aspecto pelo o qual o adolescente repete os padrões dos estágios precoces: ele padece de um sentimento grande de irrealidade e sua luta principal diz respeito a sentir-se real. A traição a si mesmo, deste modo, seria insuportável e por isso é difícil para o adolescente fazer conciliações ou aceitar falsas soluções. O processo não é simplesmente a discriminação entre as experiências do mundo interno e do mundo externo, é considerar "contexto-ambiente-indivíduo" ao invés de buscar qualquer núcleo irreduzível que poderia ser considerado a sede do desejo ou a verdade do sujeito. (1952/2000, p.165).

Winnicott teve influência do trabalho de Ferenczi, que adotava um estilo clínico inspirado no atendimento de crianças. O autor enfatiza na sua abordagem clínica o papel da "neocatarse" e do jogo no sucesso dos processos de elaboração (Ferenczi, 1930/1992d, 1931/1992c). estabelece um novo estilo clínico nomeado "análise através do jogo".

Winnicott ressalta que adolescente não tem acting out: ele todo é um palco de acting, e o seu modo de ser, é fazer. É ação comunicativa que está ligada ao instinto de vida (pode até não ser) onde se pode perceber "quem sou eu" e nessa direção seria o comunicativo. A Ação Comunicativa se coloca como um sinal típico da análise de adolescentes, como uma dramatização, no mundo externo, dos momentos vividos numa experiência emocional, a meio caminho da simbolização. Pode ser pensada como uma linguagem corporal, uma linguagem alternativa à verbal, dando espaço para interpretações.

A ênfase dada neste texto é um certo sentido paradoxal que é considerar a atuação como uma forma de brincar no adolescente. Nesta ação ou neste jogo de experimentação-brincadeira existe uma elaboração à posteriori: o adolescente atua depois elabora. Esta perspectiva enfatiza a atuação como um dos principais itinerários na busca de significantes. O trabalho pode ser uma

forma de diferenciação, se encararmos o prazer na atividade lúdica. O lúdico pode trazer uma forma prazerosa de interação com o mundo para o adolescente.

Winnicott introduz o espaço do brincar como sendo muito mais importante que a interpretação, pois favorece a criatividade dentro de um espaço e um tempo, e é muito intensamente real para o sujeito. É interessante ver como um trabalho profundo pode ser feito sem o trabalho de interpretação. É o momento significativo onde o sujeito surpreende a si mesmo e a nós.

Os gestos espontâneos provêm do verdadeiro self, e o indivíduo que é hábil em ser espontâneo é criativo na vida. Brincar pode ser considerado uma atividade criativa que possibilita um viver criativo.

A partir das contribuições de Ferenczi e Winnicott, no qual a circulação dos afetos promovida pelo brincar se torna importante, uma sugestão para a clínica com adolescentes seria dispor do humor a “brincadeira do adulto” (Freud, 1908/1980e) compartilhado entre analista e analisando. Ao rir de si mesmo, o psicanalista facilita o trabalho de desidealização e de desidentificação ao qual o adolescente se dedica em seu longo e penoso trabalho de luto. Ao mesmo tempo, a circulação do humor entre analista e analisando poderia contribuir para um escape das fobias, do pânico, e das “falsas soluções” paranóicas para a angústia do desamparo, marcadamente as da adesão a projetos fundamentalistas de existência e as da violência dos grupos delinquentes, bastante frequentes no contemporâneo (Winnicott, 1964/2002).

A atitude humorística, como já suficientemente demonstrado (Kupermann, 2003, 2005), avessa toda e qualquer idealização superegóica, e remete ao inevitável estado de orfandade, a que nos vemos submetidos desde o advento da modernidade. Uma condição decisiva, no entanto, para se poder rir de si mesmo quando se está sendo permanentemente atacado em sua posição de saber/poder, como no caso da clínica com adolescentes é, como alerta Winnicott (1964/ 2002), evitar a inveja que o adolescente nos provoca. Isso implica que o analista tenha sucesso ao se remeter a sua história de vida, a sua loucura, ao sofrimento e à liberdade, experimentados na própria adolescência.

Winnicott (1958/1990) nomeou “capacidade para estar só”, é vital seja para conquistar alguma autonomia, no caso da criança; seja para adquirir à independência, no caso do adolescente. Compartilhar dispor-se a uma comunicação direta com seu silêncio e sua solidão, estabelecendo uma ressonância afetiva que lhes permite ficar sós, mas não traumáticamente abandonados.

Luckesi (2009) afirma que o ato lúdico, traz alegria para si mesmo e para o outro, ao mesmo tempo. Discrimina estes dos atos perversos, praticados pelos adolescentes não podem ser lúdicos, mas sim conseqüência de sua inquietude.

A necessitam de aprender os limites e, para isso, pais, professores e outros adultos devem servir de educadores, mostrando outras possibilidades de ser e de agir. O ato de brincar do adolescente constrói-o; é a sua poética. Vamos ouvi-lo e acompanhá-lo na sua jornada pela vida.

Síntese curricular

Yvete Piha Lehman é psicóloga pela USP; Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP. Livre Docência pela USP. Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo.

A PSICOTERAPIA INFANTIL NA PERSPECTIVA GESTÁLTICA

Karina Okajima Fukumitsu

Resumo

O atendimento infantil na perspectiva da Gestalt-terapia envolve os temas da responsabilidade existencial e das potencialidades, relacionados diretamente às visões de homem existencial e humanista. A crença no desenvolvimento humano e na relação terapêutica, a disponibilidade do psicoterapeuta e o respeito pelas diferenças formam a tríade necessária para o enriquecimento do processo de psicoterapia. O objetivo do presente artigo é tecer considerações sobre o atendimento infantil, com base no método da revisão bibliográfica de autores da comunidade gestáltica. A relevância do estudo encontra-se na apresentação de mais uma possibilidade teórica para se compreender a criança e a dinâmica familiar daqueles que procuram processo de psicoterapia.

Palavras-chave

Atendimento infantil. Psicoterapia Infantil. Gestalt-terapia. Modalidades Psicoterapêuticas.

Artigo

INTRODUÇÃO Atender a crianças exige abertura para transformações e permissão para brincar, pois a brincadeira e o brincar em atendimento infantil auxiliam a compreensão da maneira como esse pequeno ser interage consigo, com o mundo e com suas relações. Este artigo tem o objetivo de apresentar aspectos que circundam os atendimentos infantis segundo a Gestalt-terapia. Alves (1997, p. 139) afirma que “a sabedoria do crepúsculo é um reencontro com a infância”. Reencontros com a infância resgatam, pela memória das vivências, o passado e antecipam um futuro desconhecido. Para Aguiar (2005, p. 74) “‘Infância’ é, na verdade, um determinado momento do desenvolvimento humano onde o ritmo das aquisições e transformações é mais frequente e acelerado, fazendo desse período palco de constantes desafios e inúmeros ajustamentos criativos, apesar de continuarmos em desenvolvimento até o final de nossas vidas”. A ocupação dos gestalt-terapeutas é a de atualizar a vivência imediata na realidade presente e no aqui-agora. Concebemos que buscar uma abordagem psicológica que possibilite a prática é mais importante para o psicoterapeuta do que para os clientes. A referência teórica do psicoterapeuta diz respeito ao que lhe faz sentido na compreensão do ser humano e, como aponta Perls (1977, p. 76), “Cada teoria, cada filosofia, é um mapa de onde tiramos orientação para nossas ações”. O método utilizado é o referencial teórico da Gestalt-terapia, cuja ênfase está na relação, isto é, na proposta para se compreender o self como um sistema que busca a satisfação de necessidades pela interação com o meio ambiente. Destacam-se nessa direção as contribuições expressivas de Violet Oaklander, que, em seu livro *Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*, oferece uma referência aos atendimentos infantis sob a perspectiva gestáltica. No Brasil, sem desmerecer outros estudiosos do atendimento infantil, fica aqui registrado o reconhecimento aos estudos de Myriam Bove Fernandes e colaboradores, Rosana Zanella, Ana Maria Mirabella, Célia Martinez, Luciana Aguiar – nomes importantes da comunidade gestáltica nesse segmento. Em Gestalt-terapia, Perls, Hefferline e Goodman (1997) apontam para a reflexão dos seguintes pontos: o reencontro com a infância, o futuro e o passado e o viver no aqui-agora – aspectos que se pretende focalizar no presente trabalho. Reencontro com a infância: o passado, o futuro e o aqui-agora na constituição da criança. A criança possui um repertório de esquemas sensoriais e motores e realiza suas descobertas ao se relacionar com as “coisas do mundo”, ao tentar transformá-las e ao se organizar internamente. Perls (1977, p. 30) postula que aprender “[...] é descobrir, que é uma questão de experiências novas”. Nesse momento, a figura dominante é a capacidade de explorar as sensações e percepções sobre si e meio ambiente. Para os gestalt-terapeutas, liberdade significa responsabilidade de ser livre não para fazer o que se quer, mas, sim, para se fazer o que se pode, ou seja, ser livre significa ser autônomo em suas escolhas e possibilidades. Fernandes et al. (2000, p. 23) mencionam: “Só poderemos realizar nossa humani-

dade, se conseguirmos entrar em contato com o outro como seres únicos que somos, com nossas características absolutamente pessoais”, portanto, as relações interpessoais podem facilitar a conquista da autonomia infantil. Cabe salientar que autonomia não tem nada que ver com autossuficiência, mas, sim, com a capacidade do ser humano descobrir uma maneira de lidar com o que deseja, com o que se espera dele e com a maneira de conciliar seu desejo e as expectativas sociais. A autonomia está diretamente relacionada com amadurecimento. Perls (1977, p. 67) assinala que: “Amadurecer significa assumir a responsabilidade pela própria vida, de ser por si só”. É sabido que dificilmente uma criança terá a autonomia de um adulto, mas acredita-se que a relação entre ela e seus modelos de referência devam favorecer o desenvolvimento da responsabilidade, ou seja, crianças constroem e criam com base em suas sensações e percepções, em sua maneira de ser-no-mundo, ao mesmo tempo que seus responsáveis lhe oferecem uma idéia de mundo e lhe dão suporte para que possa experimentar. Portanto, é possível depreender que é o ambiente que propicia o cuidado e a educação aos pequenos, pois segundo Fernandes et al. (1998, p. 47), “A partir não só das experiências de frustração, como de inúmeras outras experiências de si no mundo (como amor, realização de potencial etc.), acontece a passagem para a representação de si no mundo”. Concomitantemente, é preciso que desde a mais tenra idade sejam satisfeitas algumas das seguintes necessidades infantis: transição do heterossuporte para o autossuporte, segurança, estabilidade, afeto, aceitação, respeito e constância. Dessa maneira, a criança se esforça para desenvolver sua autonomia e, simultaneamente, faz-se importante que seja orientada acerca do uso da liberdade. Perls (1977, p. 20) menciona que “paradoxalmente, quanto mais a sociedade exige que o indivíduo corresponda aos seus conceitos e ideias, menos eficientemente ele consegue funcionar”. Não é desejável que a criança viva um “engessamento individual” nem conforme as expectativas dos adultos, sem a compreensão de que é um ser de possibilidades e potencialidades. Vivemos – como adultos – na dialética entre valorizar a criança como um ser em formação e apresentar limites, ou seja, preocupamo-nos em não inibi-la para que não se sinta incapaz de resolver situações corriqueiras e, igualmente, tomamos o cuidado de não atingir o extremo oposto – a liberdade excessiva –, pois tememos que se torne uma pessoa irresponsável, que não respeita nada e ninguém. Os pequenos precisam ter noção de seu lugar na família, ou seja, qualquer um deve ser compreendido como um ser inserido em seu contexto. É vantajoso perceber modificações e avanços da tecnologia, mas não podemos perder de vista o acompanhar, o entrar em contato com a oportunidade de interagir, pois o estar com a criança é a possibilidade transformadora. Os responsáveis que acolhem pedem acolhimento. Dialeticamente, os responsáveis emprestam um lugar interno, e a criança toma posse do espaço concedido – é exatamente nesse momento que acontece a interação entre organismo, meio ambiente e campo, que a Gestalt-terapia valoriza. Tal interação acontece não somente no espaço e no tempo, mas também pela fisiologia, por sentimentos e pensamentos. As vivências e o experimentar são registros que ficam arquivados no diretório da vida. É uma eterna construção. Para os pais e/ou responsáveis, validar todos os sentimentos e dar limites para que estes possam ser decodificados interna e externamente pela criança são provas de amor que permitem uma ampliação da realidade. Fazendo um paralelo com a prática, em algumas situações no consultório, percebemos que muitos pais têm dificuldades de confirmar e validar os sentimentos de seus filhos, dificultando desse modo o contato da própria criança com o outro. Por causa desse comportamento, é preciso que psicoterapeuta e cliente expandam fronteiras e acabem ambos se beneficiando, pois o atendimento em Gestalt-terapia tem o objetivo de transitar de uma awareness perceptiva para uma awareness reflexiva. A Gestalt-terapia concebe a existência como “‘atualidade’ (actuality). É tornar-se presente [...], o presente inclui uma experiência infantil se ela for vividamente recordada agora; [...]”. Sendo assim, todas às vezes que investigamos uma queixa ou o motivo pelo qual a criança foi indicada para passar pelo processo de psicoterapia, é necessário identificar a maneira como era percebida antes de apresentar os comportamentos que preocupam os pais e/ou responsáveis, como está atualmente e quais as expectativas em relação ao trabalho de psicoterapia, ou seja, passado, presente e futuro se coadunam. Compreender o sentido no aqui-agora envolve a relação entre figura e fundo e é fundamental para todos os envolvidos no processo. Perceber a criança exige uma reconfiguração do ser e do poder ser, do exercício da liberdade de escolha, da integração entre linguagem verbal e não verbal, da novidade, do determinismo, da estabilidade, permanência de valores e consistência em dar limites. Discussão Moustakas (1953, p. 10) salien-

ta que “um processo terapêutico não acontece automaticamente numa situação de brincadeiras”. Ou seja, esse processo só acontece “Quando o psicoterapeuta responde com uma constante sensibilidade para os sentimentos da criança, aceita as atitudes da criança, e conduz uma consistente e sincera crença na criança e no seu respeito por ela”. Considerando o comentário de Oaklander (1980, p. 15): “As crianças com quem trabalhei talvez não saibam, mas elas me ensinaram muita coisa a respeito de mim mesma”, constata-se que as técnicas, brinquedos e métodos têm um grande papel na terapia, mas o respeito pelos valores do cliente e do psicoterapeuta e o envolvimento entre ambos, no setting terapêutico, são tão importantes como os aspectos anteriormente citados. Axline (1969, p. 16) acrescenta: A criança é um indivíduo com seus próprios direitos. Ela é tratada com dignidade e respeito. Pode dizer qualquer coisa que queira falar – e é aceita completamente. A criança pode brincar com os brinquedos do jeito que quiser e da maneira como gostar – e é aceita completamente (tradução da autora). Se o objetivo principal em Gestalt-Terapia é a ampliação da awareness e a integração entre os ajustamentos criativos, a emergência vivencial e a experiência no aqui-agora, a postura dialógica e o constante desenvolvimento da atitude do psicoterapeuta são considerados facilitadores no atendimento infantil. O gestalt-terapeuta deve desenvolver uma atitude fenomenológica – estado no qual nada se afirma nem se nega, suspendendo-se preconceitos e teorias –, uma atitude de estar presente, abstraindo-se julgamentos prévios, a fim de ser facilitador para que a criança possa ser quem ela realmente é e descubra novas possibilidades para se desenvolver.

Referências Bibliográficas

AGUIAR, L. Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática. Campinas: Livro Pleno, 2005. ALVES, R. Retorno e o Terno. Campinas: Papyrus, 1997. AXLINE, V. Play Therapy. New York: Ballantine Books, 1969. FERNANDES et al. A gênese da construção da identidade e da expansão de fronteiras na criança. Revista de Gestalt, São Paulo, n. 7, 1998. p. 43-8. _____. Figuras de apego: matriz dos vínculos afetivos. Revista de Gestalt, São Paulo, n. 9, 2000. p. 17-23. MOUSTAKAS, C. Children in play therapy. New York: Ballantine Books, 1953. OAKLANDER, V. Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes. São Paulo: Summus, 1980. PERLS, F.S. Isto é Gestalt. São Paulo: Summus, 1977. _____. Gestalt-terapia explicada. São Paulo: Summus, 1977. PERLS, F.S. et al. Gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 1997.

Instituição

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Síntese Curricular

Karina Okajima Fukumitsu é Professora do Curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, Professora convidada do departamento de Gestalt-terapia do Instituto Sedes Sapientiae, Doutoranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (Universidade São Paulo – USP/SP). Email: karinafukumitsu@gmail.com

Evolução de um quadro conceitual para o Jogo de Areia no Brasil: Trajetórias, interfaces, novos rumos e formação do psicólogo

Aicil Franco

Resumo

Este trabalho apresenta brevemente a evolução do Jogo de Areia (Sandplay) no Brasil desde sua origem na Inglaterra e Suíça. Defende-se e fundamenta-se a inserção do Jogo de Areia na clínica psicológica brasileira como um procedimento projetivo com ilustrações de suas diferentes aplicações. Exemplifica-se através de inúmeras pesquisas acadêmicas nacionais como, em torno de um mesmo eixo epistemológico, o Jogo de Areia tem sido aplicado em múltiplas abordagens teóricas e metodológicas caracterizando-se como um rico instrumento de pesquisa, de avaliação e de intervenção. Ainda, discute-se seu lugar na Psicologia e na formação do psicólogo, apresentando-se sua potencialidade e flexibilidade também como instrumento de autoconhecimento capaz de articular o contexto de ensino (o social), a produção acadêmica (o científico) e a formação personalizada (o psicopedagógico) através do que se convencionou chamar de vivência didática no ensino do Jogo de Areia.

Palavras-chave

1. Jogo de areia; 2. Sandplay; 3. Psicologia Junguiana; 4 Formação do Psicólogo; 5. Avaliação Psicológica; 6. Técnicas Projetivas; 7. Vivência didática

EVOLUÇÃO DE UM QUADRO CONCEITUAL: O Jogo de Areia, hoje internacionalmente conhecido em sua denominação americana Sandplay, tem sido principalmente divulgado como um método de psicoterapia Junguiano. De fato, nasceu como o World Technique criado por Lowenfeld, pediatra inglesa especializada em crianças com comportamentos difíceis. Margaret Lowenfeld (1890 - 1973) foi uma das pioneiras na psicoterapia infantil, ao buscar com seu trabalho a diminuição do sofrimento de crianças após a primeira guerra mundial. Esta autora que esteve sempre envolvida em investigações médicas interessou-se também em avaliar como algumas crianças sobreviviam e se desenvolviam relativamente bem apesar de suas experiências traumáticas. Empiricamente constatou a importância do brincar não só como atividade curativa, mas também como possibilidade de expressão e apontou as linguagens verbais como meios insatisfatórios para a avaliação de seus pacientes (<http://www.lowenfeld.org/lowenfeld/index.html>). Em 1928, abandonou a medicina ortodoxa e criou “uma clínica para crianças difíceis e nervosas” (Mitchell e Friedman, 1994, p.8), uma das primeiras clínicas psicológicas infantis onde se objetivava a terapêutica integrada e multidisciplinar. Lowenfeld voltou-se então para o desenvolvimento de técnicas que permitissem a transmissão de pensamentos e sentimentos infantis sem o uso de palavras. Incorporou aportes teóricos de S. Freud (1856-1939) e D.W. Winnicott (1896-1971). (Lowenfeld, 1958, citada por Mitchell e Friedman, 1994) e criou o World Technique, composto por caixas que continham areia as quais as crianças chamaram de Wonder Boxes (caixas-surpresas), brinquedos e miniaturas. Com este material as crianças representavam aspectos de suas vidas criando na areia o que denominavam “mundos” e possibilitavam a investigação de pensamentos, emoções, sentimentos, impressões e experiências que não conseguiam expressar em palavras. Segundo Lowenfeld (1929, citada por Mitchell e Friedman, 1994) diferentes estados mentais podiam ser objetivamente registrados e cientificamente analisados. Contemporâneo a outras inclusões do brinquedo em psicoterapia - em especial as derivadas da psicanálise -, o trabalho de Lowenfeld expandiu as atividades lúdicas para situações de pesquisa, criando uma ponte entre a investigação científica e a aplicação clínica (Mitchell e Friedman, 1994). As cenas na areia, segundo Lowenfeld (Mitchell e Friedman, 1994), refletiriam a vida pré-verbal e inconsciente da criança.

Foi somente em 1956 que Dora Kalf (1904-1990), analista suíça e discípula de Jung admitiu na

técnica de Lowenfeld um meio ideal de abordagem psicoterapêutica infantil. Na década de 60, trinta anos depois de sua origem, Kalff propôs a adaptação junguiana a qual chamou em sua língua natal (o alemão) de Sandspiel, um método psicoterapêutico junguiano (Mitchell e Friedman, 1994). A versão junguiana continuou exigindo o mesmo setting (caixas, areia e miniaturas) e Kalff acrescentou a orientação aos clientes de que construíssem uma cena. Kalff também incluiu a premissa de que estas cenas deveriam ser fotografadas para um trabalho interpretativo posterior, diferenciando o momento criativo do momento interpretativo. Diferentemente da World Technique, o Jogo de Areia de Kalff expandiu-se pelo mundo, muito provavelmente porque Kalff viajou pela Europa, Estados Unidos e Japão divulgando sua técnica. De fato, em 2000, dez anos após sua morte, a Sandplay Therapists of America (STA), organização norte-americana que congrega profissionais que trabalham e divulgam este método, publicou coletânea internacional de relatos cuja abrangência alcançou quatorze países: Austrália, Brasil, Canadá, Alemanha, Havaí, Israel, Itália, Japão, Letônia, Holanda, Suíça, Taiwan, Reino Unido e Estados Unidos. A sua organizadora (Lowen-Seifert, 2000) afirmou que essa variedade de temas e de países correspondia justamente à visão global e de longo alcance de Dora Kalff.

Observa-se que nessa abordagem junguiana ortodoxa, mantida ainda em redutos dialeticamente herméticos e, de certa forma, dogmáticos, o Jogo de Areia conserva os moldes propostos por Kalff, restritos as relações psicoterapêuticas duais – ainda a característica principal da prática dos consultórios e dos limites clínicos, tal qual na Suíça do século passado.

Entretanto, Mitchell e Friedman (1994) já apontaram, internacionalmente, o uso do Jogo de Areia com grupos especiais para além das clássicas relações psicoterapêuticas duais: crianças portadoras de doenças terminais (Amatruda, 1984); crianças abusadas sexualmente (Allan e Lawton-Speert, 1989); adolescentes emocionalmente perturbados (Kiepenheuer, 1990), além de trabalhos realizados em escolas (Allan e Berry, 1987). Somam-se ainda variações de aplicações hospitalares realizadas, por exemplo, no Japão e na Itália onde Montecchi (1993) relata o emprego do Jogo de Areia com crianças e adolescentes portadores de problemas psiquiátricos evolutivos. Já Marinucci (1989, 1990, citados por Montecchi, 1993), por sua vez, realizou importante pesquisa com jovens pacientes oncológicos cujos cenários iniciais permitiram extrair indicações psicodiagnósticas sobre as raízes e a evolução da patologia tumoral, dos estágios da doença e até da previsibilidade de um possível processo psíquico de cura. Constata-se assim que como qualquer instrumento ou procedimento psicológico o Jogo de Areia através de seu desenvolvimento histórico apresenta renovações e adaptações aos diferentes contextos em que se realiza.

NO BRASIL, o Jogo de Areia é praticado, provavelmente desde o início da década de 80 do século passado. Desenvolveu-se inicialmente através de um conhecimento tácito (Michael Polanyi, citado por Kuhn, 1994) adquirido através da prática dos consultórios que, por um lado, ampliou seus limites, mas por outro deu margem a atitudes excessivamente ecléticas e geradoras de resultados não rigorosamente considerados e discutidos. Pode-se supor que este tipo de prática, ainda em vigor, tenha contribuído para o vagaroso ritmo de seu reconhecimento. Paralelamente, observa-se mais recentemente, o desenvolvimento através de trabalhos científicos que revelam inúmeras variações nas intervenções propriamente ditas e que atestam sua capacidade de adaptação à transculturalidade brasileira e a sua diversidade de estilos de vida, de necessidades e de valores.

Já em 1999 (Proteja, 1999) foi apresentado como instrumento para investigações psicossomáticas (Ramos, 1999) e como procedimento metodológico paradigmático de pesquisa qualitativa (Batista Pinto, 1999). Em decorrência, observou-se verdadeiro boom de interesses seguindo-se várias produções acadêmicas (Bazhuni e Sant' Anna, 2006; Franco, 1999; 1999a; Franco, 2003, Franco e Batista Pinto, 2002; 2003; Gimenez, 1998; Giovaneti e Sant' Anna, 2005; Gregghi, 2003; Matta, 2006; Sauaia, 2003; Scoz, 2004; Spinelli, 2002; Yoshikawa, 1999; 2002; citados por Franco, 2008).

Observa-se hoje a expansão do Jogo de Areia com heterodoxas aplicações, em diferentes contextos, tanto dentro como fora da clínica psicológica (Franco, 2003). Em sintonia com o que ocor-

re em algumas esferas no âmbito internacional, verifica-se também no Brasil já a transposição dos pressupostos junguianos do Jogo de Areia para outros enquadres: por exemplo, das situações psicoterapêuticas para outras abordagens clínicas ou educacionais; das situações duais para as grupais. Esta transposição se fez através das inúmeras interfaces entre áreas do conhecimento e como uma consequência natural de prolongamento ou multiplicação de um meio que se provou eficaz - os quais constituem movimentos que ora se comunicam, ora seguem caminhos distintos. Existe assim, uma expansão de perspectivas que vão explicitando a identidade brasileira do Jogo de Areia. Identidade esta, capaz de respeitar diferenças e em evolução para a ampliação de seu reconhecimento.

Alguns autores têm buscado viabilizar interlocuções teóricas como, por exemplo, o apontamento de interconexões práticas entre a psicoterapia de C.G. Jung e a de J.L. Moreno (Ramalho, 2006 e Nogueira - Martins, 2006, citadas por Franco, 2008). Ou, ainda, entre a de Jung e a de D.W. Winnicott (Ferreira, Franco & Tardivo, 2005, citadas por Franco, 2008).

Afastando-se do âmbito psicoterapêutico, outros autores têm também buscado interlocuções entre o Jogo de Areia e outras áreas do conhecimento. Scoz (2004) realizou um estudo em Psicologia da Educação, objetivando a compreensão da construção da subjetividade e da identidade de professores e professoras, através da configuração dos sentidos que produzam em seus processos de aprender e ensinar (Scoz, 2004, citada por Franco 2008).

Todos esses trabalhos reconhecem como especificidade central do Jogo de Areia, seu caráter de procedimento projetivo apontado por Franco (2003), o qual permite a flexibilidade desejada, o desenvolvimento de atitudes críticas bem como a inserção em diferentes contextos de forma a responder a variedade de demandas da realidade brasileira.

NOVOS RUMOS e a consolidação do seu lugar na ciência psicológica podem ser vislumbrados para o Jogo de Areia no Brasil a partir de sua contraposição a novas práticas para intervir tanto nas demandas já existentes quanto nas inéditas da Psicologia. Franco (2003) apontou a necessidade de se definir os processos psicológicos desencadeados pela aplicação do Jogo de Areia, aos quais usualmente se atribuem expressões pouco objetivas como cura, expansão da consciência, transformação de visão de mundo ou crescimento psicológico (Bradway, 1997). Sabe-se que estes processos se desenvolvem através de complexas ações: imaginativas, perceptivas, sensoriais, ideativas, mnemônicas, fantasiosas ou reativas, as quais se definidas, poderiam atribuir ao Jogo de Areia importante valor investigativo.

Nesse sentido, independentemente da sugestão e do emprego de testes de fidedignidade e padronização, os subsídios já reconhecidos, permitem afirmar que o Jogo de Areia poderia ainda ser contemplado por estudos que buscassem, por exemplo, definir critérios para inseri-lo adequadamente nos quatro grupos classificatórios – visuais, verbais, gráficos e lúdicos – descritos por Lourenção van Kolck (Kolck, 1975, citada por Tardivo, 1985). Ou ainda os que buscassem definir suas propriedades neuropsicológicas ainda totalmente obscuras.

Com base nestas considerações, pode-se reconhecer que o valor do Jogo de Areia nos processos de Avaliação Psicológica, especialmente por seu caráter lúdico e criativo, merece ainda ser melhor explorado.

FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO: Franco (2008) trabalhou com a hipótese de que o aprendiz do Jogo de Areia precisa desenvolver habilidades diferenciadas e que o ensino do Jogo de Areia necessita ser feito através de seus próprios paradigmas –lúdicos e criativos – considerando-se as características individuais e principalmente a inserção social do aprendiz. Para a avaliação de suas hipóteses, criou e analisou o que chamou de vivências didáticas – situação na qual o aluno se submete ao jogo - e estabeleceu sete categorias de habilidades a serem desenvolvidas no ensino do Jogo de Areia. Seguiu-se um enquadramento metodológico qualitativo e para a compreensão dos dados coletados subdividiu-se as reflexões em três áreas: a da formação especializa-

da, a da pedagogia e a do político social. A autora concluiu que características individuais, valores e iconografia regionais foram trabalhados nas vivências didáticas, podendo ser analisadas e integradas ao ensino do Jogo de Areia propriamente dito. O aprendizado provou-se com alto poder estruturante da personalidade dos aprendizes, proporcional às suas condições individuais e sociais, incluindo as mobilizações emocionais e o imprevisível (Byington, 2003). Verificou-se a viabilidade de um tipo de ensino singular, que se renova constantemente, inserido na realidade social dos alunos, respeitando suas constantes metamorfoses e movimentos. Trata-se de um tipo de ensino-aprendizagem artesanal, que atua diretamente na produção de conhecimento – com importante característica de retro-alimentação e desejáveis interferências na realidade social. A autora constatou a possibilidade de renovação de paradigmas e pressupostos xenófilos e dogmáticos de forma a contribuir para que o Jogo de Areia se adapte a realidade brasileira e se afaste de ações elitistas, e muitas vezes inócuas se não lesivas tanto aos seus usuários quanto aos próprios profissionais, os quais – num certo sentido – podem ser considerados tão vítimas quanto seus próprios clientes.

Referências Bibliográficas

- Batista Pinto, E. (1999). A singularidade da pesquisa em psicoterapia. Trabalho apresentado no Simpósio Natureza e Simbologia do Feminino: Ensaio, Pesquisa e Arte. [Filme-vídeo]. (Projetos e Estudo em Terapia com o Jogo de Areia). São Paulo: PROTEJA. 1 cassete VHS. 60 min. Color. Son.
- Bradway, K. (1997). Sandplay – Silent workshop of the psyche. London/New York: Routledge.
- Byington, C.A. B. (2003). A construção amorosa do saber. O fundamento e finalidade da Pedagogia Simbólica Junguiana. São Paulo: Religare.
- Franco, A. (2003). O Jogo de Areia: uma intervenção clínica. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____. (2008). Vivências didáticas no ensino do Jogo de Areia (Sandplay). Tese de doutoramento, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kuhn, T. (1994). A estrutura das revoluções científicas. (Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira, trad.). São Paulo: Perspectiva.
- Mitchell, R.R. & Friedman, H. S. (1994). Sandplay - Past, present and future. London/ New York: Routledge.
- Lowen-Seifert, (2000). International Reports on Sandplay Therapy. Sigrid Lowen - Seifert (org.). Journal of Sandplay Therapy, STA/USA, IX, (1), 90-91.
- Proteja (1999). Simpósio Natureza e Simbologia do Feminino: Ensaio, Pesquisa e Arte. (1999). [Filme-vídeo] (Projetos e Estudos em Terapia com o Jogo de Areia). São Paulo: PROTEJA. 1 cassete VHS, 60 min. color. Son.
- Ramos, D.G. (1999). A questão psicossomática e o Jogo de Areia. Trabalho apresentado no Simpósio Natureza e Simbologia do Feminino: Ensaio, Pesquisa e Arte. [Filme- vídeo]. (Projetos e Estudo em Terapia com o Jogo de Areia). São Paulo: PROTEJA. 1 cassete VHS. 60 min. Color. Son.
- Tardivo, L.S.C. (1985). Normas para a avaliação do procedimento de desenho-estórias numa amostra de crianças paulistas de 5 a 8 anos de idade. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (p. 10-11), São Paulo.

Síntese Curricular

Aicil Franco é psicóloga (PUC/SP-1976); crp 06/03272; uma das pioneiras do Jogo de Areia no Brasil, vem estudando-o e adaptando-o à realidade brasileira há mais de vinte anos. Dentre seus estudos constam pesquisas de mestrado e doutoramento no Instituto de Psicologia e colaboração no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, ambos na Universidade de São Paulo. No Instituto Junguiano da Bahia ensina desde 2002 com objetivo de expandir essa prática e instrumentalizar profissionais, apresentando-o como uma poderosa ferramenta apta a ser usada em contextos clínicos e não clínicos, terapêuticos e não terapêuticos e em diferentes enquadres teóricos. Membro do conselho editorial da Revista Psique, psicoterapeuta e supervisora clínica.

O bebê, seu corpo e sua psique: A observação de fatores de risco nos momentos precoces da constituição psíquica

Aparecida Bastos Pereira

Resumo

A clínica de bebês e crianças pequenas vem recebendo atenção especial e solicitado modalidades específicas de intervenção e prevenção, questionando as fronteiras entre corpo e psiquismo, cognição e linguagem, realidade psíquica e realidade exterior. Este trabalho propõe uma contribuição ao estudo da emergência do psiquismo no bebê, compreendendo que os sinais de sofrimento neste momento precoce do desenvolvimento referem-se especialmente às perturbações no laço entre estas crianças e seus cuidadores privilegiados. Para tanto, busca identificar nesta relação sinais de risco psíquico, orientando-se a partir de três registros fundamentais: a oralidade, que remete às trocas alimentares; a especularidade, que concerne à questão do olhar; e a pulsão invocante, referente à voz. A possibilidade de prevenção estaria neste contexto amparada nas suposições feitas em relação a estas manifestações do bebê, que seriam tomadas de ato como apelo, como um "querer dizer algo" que traduza do corpo para a fala o que se passa no início da vida desta criança.

Palavras-chave

clínica de bebês; prevenção em saúde mental; constituição psíquica; sinais precoces de risco psíquico

Artigo

O bebê, seu corpo e sua psique: a observação de fatores de risco nos momentos precoces da constituição psíquica Aparecida Bastos Pereira Sabemos que a concepção de um filho inicia-se bem antes dele ser gerado. Os pais projetam nos filhos suas expectativas e desejos, fantasiam, prenunciam um destino para esta criança nas palavras ditas em torno dela. Conferem-lhe um lugar na família, na cultura, na filiação e numa história, atribuindo-lhe um nome próprio e singular pelo qual designam o que é projetado sobre ele, ao mesmo tempo em que anunciam, com este nome, a presença de um sujeito a constituir-se. Conforme aponta Aulagnier (1997), durante a gestação temos, de um lado, no nível biológico, o lento processo que transforma a célula em ser humano, enquanto, no plano da relação, esta célula desde o início é representada pelo corpo imaginado que acompanha e precede a criança. Nesta relação imaginária a criança não é representada pelo que ela é na realidade- um embrião no curso do seu desenvolvimento-, mas como um corpo já completo e unificado, dotado de todos os atributos para isto necessários e recoberto pelas fantasias parentais. Com efeito, o que vem a constituir-se para o bebê mais tarde a vivência do seu corpo, supõe, neste momento, uma articulação entre a sua realidade orgânica e esta forma particular de investimento libidinal por parte dos pais, que envolve a ilusão antecipadora onde eles percebem o real orgânico do bebê. Trata-se de ver e escutar o que ainda não está, para que um dia possa advir. A presença de um outro no encontro com este recém-nascido humano se faz, portanto, fundamental. Este bebê que nasce, na sua condição de prematuridade constitucional, atravessa um período de dependência absoluta no qual o risco de morte não é metáfora, é real. Precisa deste outro para sobreviver, e, ainda para além da sobrevivência, para que se subjetive, para que se torne humano, necessita de alguém que o deseje. Este trabalho propõe uma contribuição ao estudo dos sinais de sofrimento neste momento precoce da constituição psíquica, compreendendo que se referem especialmente às perturbações neste laço entre as crianças e seus cuidadores privilegiados. Para tanto, busca identificar nesta relação, sinais precoces de risco psíquico, orientando-se a partir de três registros fundamentais: a oralidade, que remete às trocas alimentares; a especularidade, que concerne à questão do olhar; e a pulsão invocante, referente à voz. Cullere-Crespin (2004), buscando nestes registros a tradução clínica dos esta-

dos de sofrimento do bebê, afirma, no que diz respeito às trocas alimentares, que as recusas de alimento e os refluxos, quando resistentes à maturação e ao tratamento clássico, devem ser considerados em sua dimensão simbólica e adquirem estatuto de linguagem. Conforme a autora é na impossibilidade de um apaziguamento específico trazido pela presença do outro da relação nutriz e na qualidade do seu investimento que podem ser identificadas estas dificuldades iniciais, já que a experiência primordial de satisfação do bebê consiste em inundar-se não apenas de leite, mas da presença do seu outro cuidador. A exemplo da recusa alimentar, a autora sugere ainda no que se refere à especularidade, que o evitamento seletivo do olhar, corresponderia também a um ato do bebê visando de início o rosto do seu cuidador primordial e constituindo-se como uma forma de defesa para a criança confrontada com algo difícil neste olhar, ou com a ausência deste olhar. Conforme as suas observações, se o estado de sofrimento se prolonga e a recusa se generaliza, todo rosto humano passa a ser evitado, encontrando-se obstaculizada a constituição do olhar como função psíquica, suporte da comunicação e de relação com o outro. Ainda segundo as considerações de Cullere-Crespin (2004), no que concerne ao registro vocal, a persistência de gritos inarticulados e a inconsolabilidade seriam também sinais representativos de sofrimento psíquico no bebê. Enquanto os bebês saudáveis rapidamente se apropriam dos significantes que o cuidador lhes devolve e se tornam lisíveis para o entorno- os choros de fadiga não se parecem com os choros de fome que não se parecem com os choros de cólica ou de dor-, sabendo inclusive com o som da sua voz fazer com que este cuidador venha atender ao seu apelo, os bebês em sofrimento continuam a emitir gritos que estão no registro de simples descarga, sem visar nenhuma comunicação com o próximo. Neste contexto, a questão que se apresenta e que se torna aqui objeto de discussão, refere-se à possibilidade de intervir precocemente antes que seja demasiadamente tarde em relação aos efeitos de uma patologia. Se partirmos do corte epistemológico que a psicanálise produz neste campo, seria possível antecipar-se à inscrição da estrutura no bebê e prevenir autismo, psicoses e quadros de extremo empobrecimento psíquico? Como trabalhar com algo que ainda não ocorreu, no caso o sintoma ou a patologia? A importante descoberta de indicadores de sofrimento psíquico nos bebês, realizada por psicanalistas contemporâneos, nos leva a pensar a intervenção preventiva como a identificação de situações em que o processo de subjetivação esteja em risco antes do momento da sua cronificação, ou seja, nos fala da possibilidade de suposição em relação às manifestações corporais do bebê, suposição que pretende fazer com que estas manifestações sejam tomadas de fato como apelo, como um “querer dizer algo” que traduza do corpo para a fala o que se passa com esta criança no início da vida.

Referências Bibliográficas

AULAGNIER, P. Observações sobre a estrutura psicótica. In: Psicose: uma leitura psicanalítica. São Paulo, Escuta, 1997. CULLERE-CRESPIN, G. A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

Instituição

Hospital do Servidor Público Estadual - HSPE

Síntese Curricular

Aparecida Bastos Pereira é Psicóloga clínica e hospitalar, psicanalista, atendendo no Ambulatório de Psicologia - psicoterapia infantil-e no Serviço de Neonatologia do HSPE.
E-mail: cidabastos@uol.com.br

A SUPERVISÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR

– O ATENDIMENTO DE CRIANÇAS

Maria Tereza Viscarri Montserrat e Mariangela Bento

Resumo

Este trabalho tem como objetivo refletir acerca da supervisão do trabalho clínico do psicólogo dentro de um contexto institucional, especificamente no atendimento a crianças em um ambiente hospitalar. Delimita a supervisão como compreensão dos aspectos contratransferenciais do atendimento clínico e a situa como parte fundamental no tripé da formação do profissional. O conteúdo teórico desenvolvido é ilustrado por recortes do material clínico das supervisões de atendimentos realizados no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”.

Palavras-chave

Supervisão Psicológica. Atendimento de crianças. Instituição Hospitalar.

Artigo

O tema proposto neste artigo – a supervisão em um contexto institucional – permitiria inúmeros desdobramentos e, por isso, vamos contextualizar a instituição em questão e o referencial teórico que usaremos para abordar a temática, a fim de que então possamos contribuir para a discussão. Apesar de enfocarmos a supervisão realizada em um hospital, pensamos que tal atividade deve estar presente em qualquer circunstância na qual um psicólogo execute suas funções clínicas, seja dentro de uma instituição ou em seu consultório particular. Atuamos como psicólogas em uma Instituição Hospitalar, especificamente no Hospital do Servidor Público Estadual, que é uma instituição que atende aos funcionários públicos do Estado de São Paulo e aos seus dependentes. O Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica foi criado em 1964. Desde sua criação, esse Serviço diferenciava-se do modelo de assistência psiquiátrica tradicional, haja vista a Unidade Psiquiátrica dentro de um Hospital Geral, com o ambulatório e a enfermaria. Atualmente, a Seção de Psicologia desvinculou-se do Serviço de Psiquiatria. Esse Hospital se caracteriza como uma Instituição de apoio ao ensino e a pesquisa, pois conta com programas de residência médica e aprimoramento profissional para recém formados da área da saúde. Estes programas são financiados pela Fundação para o Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP. No caso da área da Psicologia, os programas de aprimoramento pela FUNDAP tiveram seu início no ano de 1984. Especificamente na Seção de Psicologia contamos com dois aprimoramentos em psicologia, a saber: Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar. Os programas vêm ao encontro da prioridade da instituição que é o desenvolvimento de trabalhos em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Assim, o trabalho do psicólogo na Seção de Psicologia se desenvolve em duas grandes vertentes, a saber: a) os trabalhos de interconsulta e inserção em Equipes Multiprofissionais no Hospital Geral; e b) os trabalhos clínicos no Ambulatório da Psicologia. Os psicólogos da Seção de Psicologia dividem-se em três faixas etárias para o atendimento. São elas: infantil, adolescente e adulto. Realizam atendimentos em triagem, psicodiagnóstico e psicoterapias, individuais ou em grupo. Dentre nossas atividades no Hospital está a preceptoria das atividades e atendimentos dos aprimorandos em Psicologia. Desenvolvemos atividades teóricas como seminários e reuniões e a supervisão dos atendimentos propriamente dita. Assim, é a partir dessa experiência de supervisionar psicólogos aprimorandos na sua prática clínica com crianças em um contexto hospitalar que iremos nos referir. Em nossa formação pessoal optamos pelo raciocínio clínico orientado pela teoria psicanalítica, portanto, é desse ponto de vista que encararemos a atividade de supervisão. No Dicionário da Psicanálise de Roudinesco & Plon (1988) encontramos a seguinte definição para o verbete Supervisão ou Análise de Controle: Termo introduzido por Sigmund Freud em 1919 e sistematizado em 1925 pela IPA, na condição de prática obrigatória, para designar uma psicanálise conduzida por um psicanalista que, por sua vez, encontra-se em análise didática, e que concorda em ser supervisionado ou controlado, isto é, em prestar contas dessa

psicanálise a outro psicanalista (o supervisor). A supervisão refere-se, de um lado, à análise que o supervisor faz da contratransferência do supervisionando para seu paciente, e de outro, à maneira como se desenrola a análise do paciente. Freud instituiu com isso a idéia de que a prática clínica deve se dar sob a orientação de outro profissional mais experiente, devido ao fato dessa prática se desenvolver em um campo absolutamente subjetivo. Admitindo com isso o fato de que o atendimento psicológico depende de uma tríade: conhecimento teórico, desenvolvimento pessoal do terapeuta através de seu próprio processo terapêutico e a supervisão do material clínico. Essa recomendação (Freud, 1912), tem por objetivo tentar explicitar, compreender e localizar os efeitos da contratransferência, ou seja, dos sentimentos despertados pelo material do paciente e por ele mesmo, no terapeuta. Isso garantiria, portanto, a especificidade e a objetividade do trabalho do psicólogo e, principalmente, evitaria bloqueios na atividade de pensamento e na possibilidade de acompanhar a criança em situações de sofrimento e desamparo. Lembramos aqui que, quando nos referimos à objetividade e ao rigor do trabalho do psicólogo, estamos nos articulando com a idéia de que uma descrição clínica é sempre uma reconstrução a partir da memória do terapeuta (Safra, 1993). A investigação do inconsciente a que se propõe a psicanálise se dá através da transferência, ou seja, a singularidade da experiência clínica psicanalítica. Assim, a supervisão de um material clínico é sempre e por definição um recorte subjetivo do que aconteceu em um encontro intersubjetivo, sendo que esse recorte está submetido à memória do terapeuta, ou seja, a sua subjetividade e aos seus conflitos. Lembremos aqui que a situação de supervisão é um momento de exposição pessoal de nossa imagem profissional e de nossos ideais enquanto terapeutas. Assim, a supervisão clínica evidencia a absorção que fazemos da teoria, expõe nossas fragilidades e tudo isso esbarra em questões que dizem respeito ao nosso narcisismo (Freud, 1914). Tais questões sustentam a idéia de que a supervisão é o momento no qual o terapeuta tem a oportunidade de pensar a sua prática clínica e sua eficácia ao colocar seus instrumentos à disposição para o paciente. Agora que já contextualizamos o que definimos como supervisão, podemos pensar sua importância especificamente no atendimento a crianças em um contexto institucional. Um terapeuta, por princípio deve ser alguém relativamente neutro, capaz de ter uma escuta que não se prende aos fatos e nem se propõe a repetir um status quo. Situando a supervisão como a análise da contratransferência, observamos a importância dessa atividade quando o atendimento em questão é oferecido à criança. A criança não procura um psicólogo sozinha e nem tão pouco é descolada de seu ambiente familiar, ou seja, seus pais. Essa configuração não é alheia ao profissional que, é claro, tem sua própria família internalizada e suas próprias experiências infantis. É sabido também que o tratamento de uma criança depende em parte do manejo da demanda dos pais, a fim de que estes sustentem em todos os sentidos o atendimento. Além disso, nos deparamos muitas vezes com a demanda da instituição da qual fazemos parte. Explicando: qual o objetivo e a função da instituição na qual se dá o atendimento? Quais as condições que a Instituição coloca aos psicólogos em sua prática clínica? Enfim, todas essas questões, algumas conscientes, outras inconscientes, estão permanentemente atravessando e invadindo nossos atendimentos. No contexto hospitalar, especialmente nas situações que requerem a internação da criança nos deparamos com momentos de grande mobilização das pessoas envolvidas, referimo-nos ao próprio paciente, a família e à equipe médica, cada qual a seu modo convocado a confrontar-se com a sua fragilidade e com o seu desamparo. Nem sempre há recursos internos para o enfrentamento das condições adversas que podem manifestar-se neste contexto, pois sabemos que o adoecimento implica na manifestação de mecanismos regressivos. Nestes momentos, o psicólogo pode ser convocado para atendimento de interconsulta. Com o objetivo de ilustrar algumas das questões descritas, podemos relatar um fragmento de um atendimento na enfermaria de Queimados do HSPE. A Psicologia foi solicitada mediante um pedido de interconsulta para o atendimento de uma criança de dois anos e meio, internada devido a queimaduras sofridas em um acidente doméstico: a criança derrubou uma panela de água quente em cima de si mesma. No pedido, a equipe médica descrevia a criança como deprimida devido ao choro constante e pouco colaborativa com os procedimentos médicos e da equipe de enfermagem. A supervisão da psicóloga que atendeu ao pedido nos permitiu identificar o sentimento de impotência e desamparo da profissional diante da situação, ou seja, não sabia como intervir na

medida em que importantes ferramentas para sua tarefa estavam impedidas – a fala por um lado e o brincar por outro (a criança estava com os braços imobilizados devido às queimaduras). Assim, o alvo dessa impotência foi deslocado para a equipe médica traduzida pela indignação da profissional pelo modo como a equipe descreveu a criança. Posteriormente, os questionamentos foram dirigidos para a figura da mãe da criança, ela mesma acabada de sair da adolescência e demandada por outros filhos, sentindo-se muito culpada pelo ocorrido, mas, principalmente, por ter necessidade de trabalhar e só poder acompanhar a criança no horário de visitas. A compreensão do estado de desamparo que atingiu a todos no encontro com a criança, permitiu que pudéssemos sair desse lugar provisoriamente ocupado e colocar a serviço do paciente nosso conhecimento. Oferecer à criança um objeto substituto da figura materna e de seu ambiente, fez com que ela pudesse suportar um pouco melhor o tempo de internação. Freud (1905) situa a angústia da criança como a expressão da falta que sente da pessoa amada, justificando esta manifestação diante de qualquer estranho. Os autores contemporâneos da psicanálise de crianças nos mostram como a associação livre através da fala - tão necessária como ferramenta da interpretação psicanalítica - pode ser substituída na análise de crianças por veículos de expressão simbólica, ou seja, o lúdico, através, por exemplo, do brincar, do jogo ou dos contos de fadas. A intervenção foi apoiada em inúmeros conceitos por nós conhecidos: o desamparo, a dor física e psíquica da separação e sua conseqüente angústia e, principalmente, o conceito de objeto transicional de Winnicott. Porém, a intervenção sustentada teoricamente só pôde estar à disposição, na medida em que explicitamos a contratransferência despertada. Para finalizar não podemos nos furtar de colocar em pauta outra questão: a supervisão, justamente devido a sua especificidade não pode ser confundida com o trabalho terapêutico pessoal do psicólogo e nem restrita a uma mera atividade administrativa. Com certeza o tema não se esgota apenas nas questões aqui levantadas, mas é momento de finalizar até para que novas idéias tenham oportunidade de surgir.

Referências Bibliográficas

Freud, S. (1905/1987). Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. Freud, S. (1912/1987). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. Freud, S. (1914/1987). Sobre o narcisismo: uma introdução. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. Freud, S. (1919/1987). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. (Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silvia, M.E.L. (Coord.). Investigação e psicanálise. Campinas, SP: Papyrus.

Instituição

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – FRANCISCO MORATO DE OLIVEIRA - HSPE F.M.O Seção de Psicologia: Rua Borges Lagoa 1635 – 1º andar - Vila Clementino – São Paulo – Brasil Telefone: (11)5088 8632

Síntese Curricular

Maria Tereza Viscarri Montserrat: Mestre em Psicologia – USP. Psicóloga e preceptora do aprimoramento do HSPE. Docente do Instituto Sedes Sapientiae. Supervisora do Núcleo Psicanalítico de Estudos em Psicologia Hospitalar. Email: maite@usp.br;

Mariangela Bento: Mestre em Psicologia – USP. Psicóloga e preceptora do aprimoramento do HSPE. Membro do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Supervisora do Núcleo Psicanalítico de Estudos em Psicologia Hospitalar. Email: mariangelabento@uol.com.br

Análise do Ludodiagnóstico na Demanda da Saúde Suplementar

Marisa Cintra Bortoletto

Resumo

O trabalho apresenta a saúde suplementar no cenário nacional e conta a importância da expansão dos procedimentos psicológicos nos planos de saúde. As famílias e seus dependentes, em especial, as crianças foram beneficiadas, pois a partir da sintomatologia serão submetidas ao ludodiagnóstico e então encaminhadas para os tratamentos mais adequados. Além disso, o trabalho discute a atual situação da família e as consequências na educação e as dificuldades frente aos limites infantis. Oferece um breve histórico da psicanálise infantil, citando Freud e o famoso caso "Pequeno Hans" e as psicanalistas anteriores a Melanie Klein como por ex: Hug HeLmut, Sofia Morgensten, Mille Rampert e Anna Freud. Ressalta a contribuição estruturante do atendimento infantil dada por Klein, bem com as idéias e conceitos de Donald Winnicott. Abre a questão sobre o que seria uma criança normal e introduz vértices do psicodiagnóstico. Finaliza o trabalho contando a experiência da VCP no atendimento de crianças que tiveram acesso a avaliação psicológica através dos subsídios do plano de saúde. Conclui que a partir dessa conveniência, que os pais têm a chance de desenvolver um novo olhar, uma nova atitude em relação à vida emocional saudável de seus filhos, e quem sabe a própria também.

Palavras-chave

psicodiagnóstico, clínica psicológica, planos de saúde-saúde suplementar, psicanálise de crianças.

Artigo

Análise do Ludodiagnóstico na Demanda da Saúde Suplementar Marisa Bortoletto A saúde suplementar, para os leitores que a não conhecem, apareceu no cenário nacional para suprir as deficiências da saúde pública brasileira. É composta pelas operadoras de saúde, as quais administram e comercializam os diversos planos de saúde. A agência nacional de saúde (ANS), conjuntamente com as operadoras, são responsáveis pela regulamentação do rol de procedimentos: médicos, odontológicos psicológicos, entre outros. Recentemente (2008), a psicologia clínica foi contemplada com doze sessões-ano de psicoterapia, para qualquer tipo de plano de saúde. O que significa que um número cada vez maior de pessoas tem, agora, acesso aos serviços psicológicos. Quando pensamos nas famílias e seus dependentes, sabemos que as crianças são as principais beneficiadas, pois a partir da sintomatologia serão submetidas ao ludodiagnóstico e então encaminhadas para os tratamentos mais adequados. Os resultados oferecem uma contribuição substancial aos pais, a família e a criança. A Verbo Clínica Psicológica (VCP), nos últimos vinte anos, realiza um importante trabalho clínico junto às famílias advindas da saúde suplementar. Os exemplos descritos neste texto são fruto do acompanhamento psicológico dos beneficiários de diversos planos de saúde. A investigação ludodiagnóstica, por si só é uma medida preventiva quanto aos cuidados a serem tomados frente aos transtornos emocionais infantis. E nesse sentido, a saúde suplementar ao dar acesso ao tratamento clínico, também atinge os pais através de orientações especializadas para a conscientização das melhores atitudes diante das dificuldades do filho enfermo psiquicamente. Atualidade: Como sabemos vivemos tempos de transformações, desta forma a família da atualidade apresenta características de um mundo em transição. Todavia, a estrutura familiar de hoje sofreu a influência dos modelos de família dos séculos passados. Por exemplo: a família camponesa precisava sobreviver: desta forma não existia o núcleo familiar. A aldeia era a verdadeira família, todos ajudavam no cuidado das crianças e o relacionamento homem mulher era mais baseado na amizade do que no amor. Já a família aristocrática tinha no palácio: a residência, a política e o comércio. As crianças ficavam sob a responsabilidade das amas, ou seja, distantes dos pais. Pai e mãe eram ausentes, pois estavam ocupados em seus próprios mundos, desta forma, também distantes entre si. Com a revolução industrial surge a família burguesa, a qual trouxe consigo o isolamento do núcleo familiar. Nessa época a preocupa-

ção com a transmissão de doenças torna a questão da higiene um fator de aproximação entre mães e filhos. Inaugura-se a relação materna estreita e a valorização dos cuidados maternos, desta maneira emerge com maior intensidade os sentimentos de culpa, a ambivalência entre amor e ódio e a expressão dos conflitos familiares. É nesta época que os papéis femininos e masculinos ficaram caracterizados: a personalidade feminina é vista como emotiva, frágil, irracional e passiva, enquanto a personalidade masculina é reconhecida como possuidora dos elementos de controle, agressividade, racionalidade e pro atividade. Então, o que teria ocorrido com a família atual? A família pós-moderna sofreu profundas transformações econômicas e culturais. Novos valores se manifestam a partir da mudança da família patriarcal para a família nuclear, onde ambos os pais estão inseridos no mercado de trabalho e já não contam como o apoio da antiga “grande família”, isto é dos avós, tios e tias. Esta composição familiar foi substituída pelo cuidado infantil compartilhado com os berçários, escolas infantis, babás entre outros. Uma nova geração se exhibe como “fast kids”, crianças concebidas por pais não tão rápidos como os filhos “no fast parents” (Outeiral -2003). São tempos da cultura descartável, do mundo delivery, da banalização dos costumes, sexo e violência. Uma expressão viva da presença marcante do mecanismo de defesa a negação, o qual tem o poder de alienar o ser humano de seus sofrimentos e emoções. Uma das conseqüências da pós-modernidade é a maior dificuldade dos pais para discriminar as diferenças entre: liberdade e necessidade de impor limites e a dificuldade de frustrar os filhos diante do consumismo ilimitado. A família atual vive o isolamento em relação à comunidade. As relações familiares são ao mesmo tempo mais íntimas e mais distantes. A aldeia agora é global, múltiplos modelos de identificação concebidos através da internet, TV, videogame, entre outros. O que ocorre é que ainda não sabemos quais serão as conseqüências emocionais desta nova maneira de acessar o mundo e de construção da personalidade infantil. Será que o tempo interno para as elaborações psíquicas estaria também tão rápido? Quando lembramos da repressão sexual do início do século XX, época em que Freud desenvolveu sua teoria vê um enorme contraste. Na atualidade, no exame da configuração da personalidade contemporânea aparece o predomínio do sentimento de vazio, das questões narcísicas, das faltas e do desamparo. Breve histórico: Na história da psicanálise infantil Freud, em 1909 já orientava o pai de menino de cinco anos, acometido por uma fobia de cavalos. Caso que se tornará amplamente conhecido como o “Pequeno Hans”, cujo pai interpretava o comportamento da criança através da supervisão e indicação do próprio Freud. Nessa mesma época surgem analistas que começam a investigar a possibilidade do atendimento infantil. Uma delas, Hug Helmut brincava com os meninos e meninas no próprio ambiente doméstico, procedimento que se mostrará anos mais tarde como inadequado a evolução do tratamento infantil. Na França, Sofia Morgensten estudava os contos, sonhos e devaneios procurava como Freud o que estava latente. Porém, foi através do desenho infantil, que aprendeu sobre a expressão angústia por meio da representação gráfica e lúdica do desenhar. Mille Rampert, na Suíça, realizava um trabalho com fantoches, onde era possível acompanhar a expressão dos conflitos familiares. Entretanto os fantoches se mostraram restritos e limitados para terapia crianças pequenas ou com distúrbios graves. Anna Freud no seu livro: Introdução à Psicanálise de criança, 1927, ao buscar a sistematização do atendimento infantil, afirmava que a criança não teria capacidade de desenvolver a transferência com o analista. Tratava as crianças seguindo o método do seu pai, Freud, de analisar os sonhos infantis e apoiava-se no desenho como um complemento para essa interpretação. A crítica essa autora estava calcada na idéia de que a criança não realizava a verdadeira neurose de transferência, desta forma necessitaria de um trabalho prévio educativo. Segundo, o ponto de vista da autora, a criança não teria consciência da doença o que impediria a análise da transferência negativa. Nessa época Anna Freud era tachada de pedagógica e a psicanálise por ela desenvolvida como ortopédica. Granã (2005). Como sabemos, a psicanálise infantil teve duas mães, Anna Freud e Melanie Klein. Esta última revolucionou o atendimento infantil quando descobre, através de várias experiências clínicas com crianças, que o brincar infantil era o substituto da associação livre do adulto. Percebe, ao contrário de sua rival, que as crianças desde muito pequenas são capazes de desenvolver a transferência bem como capazes de suportar a interpretação tanto da transferência positiva e como negativa. Klein foi responsável pela hipótese teórica sobre a existência dos estágios primitivos do ego e superego. Confiava na idéia de que o bebê ao nascer estaria sob a pressão do medo de aniquilamento, desta forma as ansiedades esquizoparanóides apareceriam com intensi-

dade, as quais seriam aplacadas através do acolhimento materno. Com o crescimento infantil por volta de dos seis meses o bebê já experimentaria as ansiedades depressivas, ou seja, a ambivalência entre o amor e ódio pela mãe, os sentimentos de perda e reparação. Klein julgava que essas ansiedades infantis eram revividas na ludoterapia e desta maneira poderiam ser interpretadas com o objetivo diminuir a divisão entre os objetos perseguidores e idealizados. Este procedimento proporcionava a recuperação dos sentimentos amorosos, isto é a recuperação dos bons objetos internalizados. A fantasia inconsciente com imagens terríficas poderiam ser abrandadas e aproximadas do real. O estabelecimento da relação entre primeiras experiências infantis e as situações atuais constituíram o principal meio de cura. Como sabemos Klein em sua obra enfatizou o mérito da fantasia inconsciente e seus desdobramentos na relação transferencial. Os objetos internos danificados pelo sadismo oral-anal-uretral e a inveja primária seriam o foco das interpretações, as quais teriam como objetivo maior a recuperação desses objetos. Winnicott irá se opor a essa idéia afirmando que antes da transferência objetal teríamos a transferência ambiental. O desamparo do bebê ao nascer solicitaria uma mãe ambiente, ou seja, aquela que é capaz de oferecer o holding adequado à criança, isto é a sustentação necessária a sobrevivência física e psíquica. Nos anos 60, Winnicott traz uma valiosa contribuição à avaliação diagnóstica através da técnica do jogo do rabisco. Este autor acreditava que a primeira entrevista com a criança abarcava um espaço especial para o pequeno paciente. Este primeiro contato constitui um setting capaz de mobilizar a capacidade do paciente de acreditar na possibilidade de receber ajuda e confiar naquele que a oferece. “O que se necessita deste último (do terapeuta) é um setting estritamente profissional, no qual o paciente fique livre para explorar a oportunidade excepcional que a consulta proporciona para a comunicação”. “P.230”. O jogo do rabisco (squiggle game) é uma das formas de comunicação referida por Winnicott. Trata-se de um jogo sem regras definidas, ele ocorre a partir de um rabisco o qual será transformado de acordo com o que a criança desenha após o rabisco. O jogo se realiza em uma ou no máximo três sessões e foi denominado pelo autor como: “consulta (diagnóstica) terapêutica”. Este procedimento oferece as crianças algo além do diagnóstico, estas se sentem atendidas em suas necessidades e podem alcançar alguma expansão da personalidade. Esta técnica tem sido utilizada principalmente com crianças pequenas com resultados surpreendentes. Esta é uma das técnicas úteis no momento do ludodiagnóstico, porém antes de utilizar o jogo do rabisco iremos investigar quais as queixas dos pais que motivaram a busca e ajuda. E enfrentaremos também os sentimentos e angústias dos pais diante do filho com problemas emocionais. Vale lembrar que a questão ludodiagnóstica começa na definição do que seria uma criança normal? Como sabemos a idade cronológica nem sempre corresponde à idade emocional. Crianças com desenvolvimento físico e intelectual dentro da faixa etária podem apresentar transtornos emocionais. Trata-se de discriminar a saúde e a doença. Na saúde a criança busca todos os recursos que a natureza lhe conferiu para lidar com a angústia e o conflito, em compensação na anormalidade iremos encontrar a limitação e a rigidez, parte das vezes expressa no brincar empobrecido Winnicott, 1975. Quando o sintoma infantil torna-se um incômodo tanto para os pais como para a criança, é então que ocorre a busca pela avaliação diagnóstica. Comportamentos infantis como urinar na cama, não querer comer determinados alimentos, entre outros, podem ser entendidos como uma forma de auto-afirmação diante daqueles que cuidam da criança, isto é uma expressão de crescimento. As entrevistas com os pais é momento da avaliação infantil que merece toda a consideração, pois serão os pais a aqueles que nos oferecem um retrato inicial da criança. Retrato repleto de suas expectativas e frustrações em relação ao filho. As entrevistas de anamnese mostram como os pais estão enfrentando as deficiências da criança e se essas estão representando os próprios fracassos, os sentimentos de impotência e de culpa. Como sabemos, as dificuldades emocionais dos filhos podem levar a revivência do narcisismo infantil dos pais. Freud, 1914 no artigo Uma introdução ao Narcisismo já observava o que o nascimento de um filho podia revelar: “ao repararmos na atitude de pais afetuosos para com seus filhos, seremos forçados a reconhecer que se trata de uma revivência e de uma reprodução de seu próprio narcisismo, há muito abandonado... Assim, eles se vêem compelidos a atribuir à criança todas as perfeições _ ainda que uma avaliação sóbria não desse motivo para tal_ e tendem a encobrir e esquecer todos os defeitos dela” p.110. Deste vértice há de se entender como falar do filho enfermo pode ser tão angustiante. E as lacunas nos relatos evidenciam os boicotes inconscientes, a negação da realidade, o que implica em dados

omitidos e encobertos. Quando encontramos a colaboração dos pais é possível recolher dados privilegiados e estaremos diante genitores com maior capacidade de tolerar a sintomatologia infantil. Os fundamentos do ludodiagnóstico infantil está baseado na idéia de coletar, ordenar dados, interpretados a luz da teoria psicanalítica e a construção de hipóteses sobre o funcionamento mental da criança. O diagnóstico infantil visa descobrir o que tratar (objeto) e como tratar (método e técnicas). O cuidado nesse procedimento é permitir que a criança expresse seu sofrimento e assim possa receber posteriormente a ajuda que merece. Além disso, é a partir das entrevistas devolutivas que iremos implicar os pais a aderir e permitir a ludoterapia para a criança. Experiência VCP: Na VCP temos inúmeros exemplos de ludodiagnóstico, os quais se revelaram uma contribuição importante à melhoria das relações familiares. Uma menina de cinco anos de idade estava encontrando sérias dificuldades para adaptar-se à escola infantil. Filha de pais separados, a guarda teria sido dada ao pai, que assumiu seus cuidados quando ela tinha dois anos e meio. A mãe alegou não ter condições emocionais e financeiras para ficar com a criança. Após esse fato, a criança passava a maior parte do tempo com a avó paterna e sua irmã mais velha de dez anos de idade. Passou a chamar a irmã de mãe e a irmã comportava-se como se fosse sua “mãezinha”, por vezes, impondo castigos pouco adequados. Após um ano dessa situação o pai casa-se novamente e as crianças que então moram com ele passam a viver com a avó paterna durante a semana e aos finais de semana com o pai e a nova esposa. Quando chega a clínica apresentava comportamentos de irritabilidade frente a limites e vez por outro batia nos colegas de escola ou no próprio pai. A situação familiar um tanto confusa a deixava sem uma figura de apoio além da irmã, a mãe pouco via a menina e era vista como se fosse uma tia distante. Aliado a isto, os diversos ambientes que freqüentava exigiam da criança uma constante capacidade de adaptação. Havia passado por duas escolas infantis e perante a agressividade manifestada, o pai decidiu que ela passaria seis meses fora da escola. Quando volta à escola começa a apresentar os comportamentos descritos. Tratava-se de uma menina afetiva, inteligente e criativa. Ela nas observações lúdicas precisou que o pai permanecesse junto dela. Era evidente o quanto estava assustada e como estava sendo complicado saber quem de fato cuidava dela. O pai mostrava se preocupado com a menina, principalmente pelo que chamou de “abandono da mãe”, porém parecia não saber muito que fazer com a filha caçula. Na observação lúdica o pai dá a perceber que essa estava sendo uma oportunidade de aprender a brincar com essa filha. Embora, ansioso e um tanto autoritário com a menina, esta logo indicou o quanto ele não sabia dos jogos e brincadeiras da sua idade. O encontro de pai e filha permitiu o desenvolvimento de uma relação afetiva mais estável, oferecendo a criança mais confiança nos laços amorosos com o pai. A partir desse momento foi possível a ludoterapia dessa pequena menina perdida em seus afetos fundamentais. Este exemplo traduz as novas configurações familiares, as quais a partir da separação dos pais multiplicam as relações afetivas. Isto é, nova esposa do pai também pode ter seus próprios filhos, assim como a mãe poderá ter uma nova família. O que não se pode perder de vista é o fato da criança, em seu franco desenvolvimento, precisar de alguém que a proteja e ajude na continuidade do seu crescimento físico, intelectual e principalmente emocional, isto uma figura parental de identificação e referência. Pais tão ocupados a refazer suas vidas, nem sempre percebem o quanto abandona os filhos a própria sorte. Por isso, podemos compreender que, a maior parte das vezes, o sintoma infantil é um pedido de ajuda, um alerta a quem ainda não possui os recursos para entender e elaborar os medos, fantasias e angústias e próprio contexto familiar. Desta forma, o brincar infantil traz a possibilidade de a criança expressar seus sentimentos. No brincar o dano é imaginário, não real. Através do brincar a criança pode odiar, ferir na fantasia. Quando o brincar fica empobrecido pela angústia, este se torna compulsivo, pois este não estaria produzindo a elaboração dos impulsos. Aí, então a necessidade de ajuda específica para proporcionar a criança à compreensão das experiências emocionais de sua vida. Winnicott, 1975, enfatiza o brincar como o espaço para a brincadeira e a fantasia. É uma alternativa eficaz para a sensualidade e permite a integração da personalidade. Um dos principais benefícios da saúde suplementar foi permitir o acesso de famílias aos procedimentos psicológicos, os quais vêm permitindo um novo alcance frente aos sintomas infantis. Tem sido uma oportunidade de aproximação afetiva e relacional entre os membros de uma família. Talvez, sem a sistemática dos planos não iremos dar a conhecer algumas comoventes histórias infantis. Recentemente, chegou à Clínica Verbo, uma menina de cinco anos, a qual recebeu o nome fictício da “pequena notável”, dotada de uma extraordinária

inteligência, a criança surpreendia pela capacidade de dominar e controlar os pais. Desenvolta e extrovertida encontrava com rapidez argumentos para convencer os pais do que desejava. Os pais encantados com a pequena prodígio estavam sempre prontos a atendê-la, tal atitude dos genitores contribuía para aumentar a tirania infantil. Por outro lado, esta pequena notável sofria com seus medos e fantasias. As estórias infantis em livros ou filmes a afligiam sobre maneira e só assistia um DVD se os pais contassem o final. Enfim, estava evidente que algo precisaria ser modificado no comportamento dos pais e da criança no intuito de minimizar a defasagem entre os aspectos emocionais e intelectuais. O “menino dos objetos”, por exemplo, desenvolveu a estranha mania de comer grampos (grampeador), pedaços de madeira (retirados da própria cama). Esses comportamentos só foram notados pela mãe, quando aos 10 anos tirou uma chapa da coluna e lá encontraram os pedaços de metal e madeira. A partir desse fato foram orientados a buscar ajuda psicológica para o filho, então aos 12 anos passou pelo psicodiagnóstico e muito se pode compreender a respeito dos comportamentos do menino e da desatenção dos pais. Um outro garoto, com apenas cinco anos parecia ser um “pequeno adulto” seus pais o tratavam como se ele tivesse a mesma idade que eles. A criança correspondia às exigências dos deles, mostrando uma precoce independência. Todavia, também era tomado pela insegurança e assim sua ansiedade transformava suas brincadeiras repetitivas e empobrecidas. Esses e tantos outros exemplos nos oferecem uma amostra significativa do quanto à população, que utiliza dos planos de saúde, necessita de um espaço de expressão das questões maternidade e paternidade. E é a partir dessa conveniência, que os pais têm a chance de desenvolver um novo olhar, uma nova atitude em relação à vida emocional saudável de seus filhos, e quem sabe a própria também.

Referências Bibliográficas

Aberastury, A, 1991 Abordagens em Psicanálise de Crianças, Artmed, PA. Aratangy, L.R. 2007 O anel que eu me deste. Artemeios, SP Arzeno, Ocampo1981 Processos Psicodiagnóstico e as técnicas projetivas, Martins Fontes, SP. CRPSP, 2008. Bortoletto, M. 2009 Convênios Psicológicos e Psicoterapia Psicanalítica, Ed.Escuta, SP. NúcleodaSaúdeSuplementar.
http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?Id1084&id_original=0 Freud, S. (2004) A Guisa de Introdução ao Narcisismo, (1914) in: Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol1, Imago, RJ. Graña, R e Piva, A. (2005) A Atualidade da Psicanálise de Crianças, Casa do Psicólogo, SP. Klein, M. (1955) A técnica Psicanalítica através do brincar: Sua história e significado, in: Inveja e Gratidão, Imago, RJ, 1985. Outeiral, J.O. (2003) Adolescer, Revinter, RJ. Winnicott, D.(1994) O Jogo do rabisco in:Explorações Psicanalíticas.Artmed, PA Winnicott, D.(1975) A criança e o seu mundo, Ed. Zahar,RJ.

Instituição

Verbo Clínica Psicológica e Centro de Estudos (VCP-SP) São Paulo, Capital, Brasil E-mail:verboclinica@hotmail.com

Síntese Curricular

Marisa Cintra Bortoletto, psicóloga clínica, diretora e fundadora da Verbo Clínica Psicológica e Centro de Estudos - VCP-SP, responsável técnica pelo CRP-SP,especialista em psicoterapia psicanalítica-USP, mestre em psicologia clínica PUC-SP,especialista em psicologia clínica CRP-SP. Supervisora teórica-clínica. Autora:"Convênios Psicológicos e Psicoterapia psicanalítica", Ed.Escuta,2009. E-mail: marisabortoletto@verboclinica.com.br

Psicoterapia em Grupo Infantil: Possibilidades

Milene Shimabuku Silva Berto

Resumo

Este trabalho fundamenta-se em reflexões realizadas a partir dos atendimentos em psicoterapia de grupo com crianças e seus pais em uma Instituição Hospitalar. Por meio dessas experiências clínicas foram possíveis algumas constatações a respeito do alcance desta modalidade de trabalho em uma intervenção breve. A fundamentação teórica deste trabalho apóia-se na Análise Psicodramática, desenvolvida pelo psiquiatra brasileiro Victor Roberto C. S. Dias, que amplia as idéias contidas no Psicodrama de Jacob L. Moreno. Entendemos que a psicoterapia de grupo é uma prática de atendimento eficaz e com uma ampla gama de possibilidades, dentro dessas, constitui-se um valioso recurso diagnóstico da psicodinâmica de seus membros. Sabemos que a psicoterapia de grupo com crianças surgiu nas instituições como uma necessidade prática, em razão da alta demanda e isto contribuiu para desmerecer esta modalidade de atendimento. Por meio das reflexões a que este trabalho propõe, pretendemos reduzir os conceitos que desvalorizam esta intervenção clínica.

Palavras-chave

Psicoterapia em grupo. Grupo com crianças. Grupo com pais. Psicodrama.

Artigo

INTRODUÇÃO Este trabalho baseia-se nos atendimentos de grupos psicoterapêuticos de crianças e seus pais, realizados no Ambulatório de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual. A nossa intenção em trabalhar estes dois grupos é estimular a percepção e a compreensão dos dois pólos envolvidos nesta relação - pais e filhos. Sabemos que a criança emerge de um grupo, que é a família. O núcleo familiar influencia na formação da criança, favorecendo ou não o seu desenvolvimento psicológico. A família apresenta para a criança modelos de conduta, formas de relações, conceitos morais, entre outros. A somatória das vivências desta criança, principalmente, no ambiente familiar, contribui para o estabelecimento da noção em relação a si mesma, dos outros e do próprio mundo, denominada, pelo Dr. Victor Dias, Conceito de Identidade. Dessa forma, consideramos relevante a participação dos pais ou responsáveis neste processo psicoterápico. Pretendemos, com o atendimento dos pais, que o investimento na compreensão e no estabelecimento da correlação entre a queixa trazida e a psicodinâmica familiar seja compartilhado entre pais e filhos. O grupo, por ser uma amostra do social, possibilita vivenciar dentro dele as dificuldades das relações interpessoais, o aparecimento das defesas psicológicas, a qualidade das reparações, entre outros. Consideramos o grupo como uma caixa amplificadora das emoções. **CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS** Como mencionado anteriormente, para desenvolver este trabalho me apoiei no referencial teórico da Análise Psicodramática, desenvolvido pelo psiquiatra brasileiro Victor Roberto C. da Silva Dias. Faz-se necessário, portanto, uma breve localização desta abordagem dentro do cenário das teorias psicológicas. Jacob Levy Moreno, fundador do Psicodrama, iniciou seu trabalho com o Teatro Espontâneo, experiência que constituiu a base de suas idéias da Psicoterapia de Grupo e do Psicodrama. A primeira sessão psicodramática oficial se deu no dia 1º de Abril de 1921 em Viena, época e local onde se fortaleciam cada vez mais o Movimento Psicanalítico. O Psicodrama teve eficiência no campo sociológico. Sua aplicabilidade, porém, na psicoterapia individual e mesmo de grupo, de forma processual e a longo prazo apresentou algumas lacunas. Isto pode ser explicado porque Moreno trabalhava apenas com atos terapêuticos, visando ampliar o acesso à psicoterapia. Com isto, desenvolveu largamente as técnicas psicodramáticas, os conceitos de espontaneidade e criatividade, bem como a postura terapêutica, porém não explorou a psicopatologia e o processamento das psicoterapias. Entendemos como processamento da psicoterapia a tentativa de explicar, com base em um referencial teórico, o fenômeno psicológico desencadeado. Victor Dias, em 1984, durante uma mesa-redonda no Congresso Brasileiro de Psicodrama sobre o ensino desta abordagem fez o seguinte comentário: "A maioria do psicodramatista só é alcançada quando ele consegue, após fazer

uma sessão intuitiva, ir para o quadro-negro e explicar de alguma forma coerente aquilo que ele fez”. No Brasil, o Psicodrama de Moreno foi difundido por Bermúdez e por Bustos, terapeutas argentinos e psicodramatistas formados em Beacon pelo próprio Moreno, que foram exemplos de sucessores que se debruçaram nestas lacunas deixadas por Moreno e desenvolveram teorias. Segundo a psicodramatista Virgínia de Araújo Silva (2008), com o crescimento do movimento psicodramático desenvolveu-se várias tendências teóricas, tendo todas estas escolas em comum: (1) Postura Fenomenológica Existencial e uma Filosofia Relacional; (2) Reconhecimento do Universo Relacional Télico; (3) Reconhecimento do Universo Relativo ao Mundo Interno e Mundo Interno Projetado; (4) Reconhecimento das Relações Complementares Internas Patológicas (Conceito de Transferência e de Contratransferência); (5) Fundamentação Teórica com base Psicodinâmica e/ou Psicanalítica; (6) Reconhecimento dos Mecanismos de Defesa do Psiquismo. Victor Dias ampliou as idéias de Bermudez e desenvolveu uma teoria que abrange o desenvolvimento psicológico, a psicopatologia e o processamento das sessões da psicoterapia psicodramática, que denominou “Análise Psicodramática”. Após essa breve contextualização do Psicodrama, bem como do trabalho de Moreno e Dias, torna-se possível falarmos de psicoterapia de grupo a partir deste referencial teórico. Victor Dias (1994) destaca que o processo de psicoterapia tem uma parte técnica e outra relacional, as quais mudam conforme a abordagem teórica. No Psicodrama, a parte técnica é composta por procedimentos para a abordagem intrapsíquica do paciente. No caso do atendimento com crianças estes procedimentos ocorrem pelo recurso lúdico, como, por exemplo, dramatizações, brincadeiras, recursos gráficos, assim como pelas técnicas psicodramáticas (espelho, duplo, tomada de papel, solilóquio etc.). Na parte relacional temos o estabelecimento do clima terapêutico para que o paciente possa se apoiar nesse vínculo e realizar os questionamentos e o aprofundamento intrapsíquico. O Clima terapêutico é definido por Victor Dias (1987) como um clima afetivo presente na relação com o terapeuta em que existe aceitação, proteção e continência em relação às partes do cliente rechaçadas por ele mesmo. Durante a psicoterapia, o material que mais vai ser trabalhado é exatamente aquele que foi excluído de sua consciência e que, portanto, há uma ausência de um clima afetivo interno acolhedor em relação a partes de si mesmo, o que afeta a capacidade de autocontinência. O clima terapêutico vai funcionar como uma rede de proteção que possibilita que o paciente entre em contato com suas partes censuradas e menos nobres. Na psicoterapia de grupo a sustentação do clima terapêutico não fica somente a cargo do psicoterapeuta, mas também do próprio grupo. Devemos buscar sempre um clima facilitador, pois será a rede de sustentação para o desenvolvimento do processo, dando continência para que o indivíduo possa se manifestar espontaneamente. O autor sistematizou quatro configurações básicas dos grupos, que são fundamentais para o estabelecimento do clima terapêutico: (1) Configuração Basal – na qual os elementos do grupo estão ligados ao terapeuta, não existindo relação entre eles na presença do terapeuta. É uma fase em que o terapeuta precisa ser mais atuante e diretivo, assumindo o papel de diretor e líder do grupo. Nessa fase a continência grupal fica quase que exclusivamente com o terapeuta. A configuração basal de grupo aparece com frequência quando o grupo entra em fortes defesas, em situações de muito medo ou agressividade. (2) Configuração de Integração – os elementos do grupo continuam ligados ao terapeuta, porém o grupo inicia o estabelecimento de vínculos entre eles, mas são vínculos que ainda dependem da proteção ou da presença do terapeuta. O terapeuta passa a exercer a função de facilitador ou de objeto intermediário entre as relações dos elementos do grupo. (3) Configuração de Circularização – os elementos do grupo estão ligados ao terapeuta e também entre si, existe relação entre eles na presença do terapeuta, com ou sem a sua participação. É uma fase em que o terapeuta pode deixar de ser o condutor para acompanhar o desenrolar do grupo, intervindo quando necessário ou quando solicitado. (4) Configuração de Hierarquização - os elementos do grupo estão ligados ao terapeuta e entre si como na circularização, mas já existe uma hierarquia entre eles. Os líderes do grupo dão a tônica da sessão e são eles os protagonistas ou alguém escolhido por eles. Essa liderança não é fixa e diversos elementos vão ocupar esta posição. Victor Dias considera que a configuração ótima para o trabalho com o psicodrama em grupo é a Hierarquização, pois é nela que o clima terapêutico do grupo oferece o máximo de sustentação ao protagonista. O autor realizou toda esta sistematização baseada na psicoterapia com adultos e verificou que em 5 sessões aproximadamente, o grupo encontra-se nesta última configuração. Em minha experiência com grupos de crianças, verifiquei que nas

duas primeiras sessões esta configuração já pode ser alcançada, possivelmente em razão do nível de aquecimento das crianças, da pouca cristalização das patologias psíquicas e, portanto menor mobilização das defesas intrapsíquicas. Victor Dias (1987) pontua que a psicodinâmica de um grupo é caracterizada pelo surgimento de um protagonista, que é o indivíduo que detém naquele momento todos os afetos, necessidades de percepção e explicações que aquele grupo necessita. É o indivíduo que sintetiza um clima presente no grupo, sendo, portanto, seu porta-voz. O protagonista não é necessariamente um indivíduo, podendo muitas vezes ser uma relação dentro do grupo, o próprio grupo e até mesmo o terapeuta. Devemos ter claro, portanto, que na psicoterapia em grupo existe um ponto que liga todos os indivíduos presentes, que chamamos de protagonista. Temos que os conflitos das pessoas são manifestados de formas diferentes e pessoais, porém, o ponto de encontro não é a semelhança dos problemas apresentados, mas o fato de que qualquer tipo de problema está vinculado a um conflito que, por sua vez, está relacionado a um núcleo afetivo básico e estes são características intrínsecas de todo ser humano. Por exemplo, uma criança ao falar sobre a relação conflituosa com a professora, mesmo que os demais não tenham dificuldades nesta relação, este assunto pode estar ligado a uma sensação de medo ou abandono e é este o ponto em comum. Portanto, a ligação que se estabelece numa terapia de grupo não é dos problemas exteriorizados, mas dos núcleos de afeto vinculados a esses problemas.

APRESENTAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA No Ambulatório de Psicologia do HSPE, as crianças chegam por encaminhamentos de escolas, pelas clínicas médicas especializadas do Hospital ou por procura espontânea de seus pais ou da própria criança. A porta de entrada destes pacientes é a entrevista de triagem, que ocorre semanalmente, e tem como objetivo principal avaliar a demanda desta família. Por meio deste primeiro contato, estabelecemos as condutas e os encaminhamentos necessários para cada paciente, além deste atendimento ter um caráter interventivo. Após a triagem, o paciente aguarda, em fila de espera, o início dos atendimentos. Entre os possíveis encaminhamentos externos à Seção de Psicologia, temos: fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social, nutrição, psicomotricidade, psicopedagogia, além das especialidades médicas, sobretudo a neurologia, psiquiatria infantil e pediatria. Dentro das modalidades de atendimento da Seção de Psicologia temos: psicodiagnóstico, psicoterapia individual breve e psicoterapia de grupo. A seleção das crianças para os grupos psicoterapêuticos são realizados pela análise dos registros que as profissionais realizam durante a entrevista de triagem ou após realização de psicodiagnóstico; considerando faixa etária, nível intelectual e gravidade da sintomatologia apresentada. Por exemplo, crianças com histórico de tentativa de suicídio, depressões graves, deficientes mentais ou psicóticos são critérios excludentes para a elegibilidade do grupo. É necessário, portanto, que a equipe de profissionais mantenha uma linha de raciocínio clínico coesa para evitarmos interferências prejudiciais na prática. Para minimizar estas diferenças, que são naturais, mantemos freqüentemente discussões dos casos clínicos. Entendemos que a entrevista de triagem é uma das fases mais importantes, pois é por meio desta que o encaminhamento para as modalidades de atendimento e, portanto, para o atendimento de grupo, se realiza. Victor Dias (1996) considera que “um grupo inicialmente bem formado tem uma longa vida útil, ao passo que erros na primeira estruturação organizacional refletem toda a dinâmica desse grupo, contribuindo para sua desestruturação prematura” (p. 89) É importante considerar que além da seleção das crianças, temos os pais. Quando realizamos a entrevista de triagem e verificamos a elegibilidade da criança para o grupo, identificamos também a disponibilidade interna destes responsáveis para a participação no grupo de pais. O nosso grupo de pais tem a proposta de trabalhar o papel de pais e a relação estabelecida entre eles. Camila Salles Gonçalves (1988), psicodramatista infantil, destaca que este papel, obviamente foi desenvolvido a partir de papéis e vivências anteriores. Portanto, durante este grupo, observamos que alguns pais atingem um aprofundamento intrapsíquico que não é impedido, pois consideramos necessário para a compreensão de que suas relações e vivências anteriores são atualizadas nas relações com os filhos. Porém, durante essa prática observamos que os pais apresentam maiores mobilizações de defesas intrapsíquicas e esse aprofundamento ocorre de maneira paulatina e esporádica. Estes grupos são fechados, com o número de 6 à 8 integrantes e as vagas dos pacientes desistentes durante o processo não são preenchidas, uma vez que o grupo tem duração breve. O primeiro atendimento é realizado com os pais e responsáveis em grupo, sem a presença das crianças. Neste primeiro contato,

informamos a respeito da duração, o horário e a periodicidade dos atendimentos. Apresentamos a proposta do trabalho e solicitamos para que todos se apresentem. Findado os atendimentos do grupo, são agendadas sessões individuais com os pais e a criança, para uma devolutiva de todo o processo e realizar os encaminhamentos necessários – psicoterapia para os pais, continuidade no grupo psicoterapêutico, entre outros.

DISCUSSÃO DE RECORTES DE ATENDIMENTOS GRUPAIS Considerando as observações de Victor Dias (1996) sobre o funcionamento da psicoterapia de grupo, temos que, diferentemente da psicoterapia individual, na qual freqüentemente o indivíduo entende as motivações do seu comportamento e tenta modificá-lo no mundo externo; no grupo acontece comumente o inverso, o indivíduo começa a sofrer modificações para mais tarde entendê-las. Isto pode ser compreendido por que o grupo terapêutico é uma amostra do social e, portanto, todas as dificuldades que o cliente tem nas relações interpessoais tendem a aparecer em maior ou menor intensidade dentro do grupo. Por exemplo, uma criança que tenha dificuldade em se posicionar diante de relações agressivas ou invasivas, se esta situação ocorrer dentro do grupo, possibilita um trabalho psicoterapêutico com esta dificuldade. No social, quando deparamos com situações mobilizadoras de angústia, tendemos a evitá-las. Compreendemos que a grande riqueza da psicoterapia de grupo é o aparecimento da psicodinâmica do indivíduo no aqui e agora, o que pode ser considerado um valioso recurso diagnóstico. Para ilustrar a importância desta prática, destacamos fragmentos de sessões de psicoterapia de grupos com crianças e pais. Os nomes são fictícios. **Cena I:** Primeira sessão de um grupo psicoterápico, composto por 7 integrantes, sendo 5 meninos e 2 meninas, na faixa etária de 10 à 12 anos. Na dinâmica de apresentação das crianças todos comentam sobre o motivo pelo qual estão em atendimento psicológico e a maioria destaca a irritabilidade na relação com seus familiares, devido a provocações de irmãos, a punições injustas dos pais e a falta de autonomia (sic). Após as apresentações, observa-se o início de um clima mais espontâneo e de relações entre os membros do grupo – parece se configurar, neste momento, a integração. Daniel, 10 anos, propõe uma brincadeira - duro ou mole - que é aceita por todos os membros. Vale destacar que a mãe de Daniel descreve-o como uma criança fechada, agressiva, mal-humorada e sem iniciativa. Durante esta brincadeira é possível observar a forma como cada integrante se posiciona diante do objetivo do jogo e na relação com os demais participantes, revelando suas dificuldades e seus recursos psicológicos. Carla, 10 anos, se prontifica ser a “pegadora” (sic) e demonstra muita disposição para tal tarefa, cumprindo em pouco tempo e despertando surpresa nos meninos. É aquela que se posiciona de forma mais provocativa, confrontadora e controladora em relação aos demais membros do grupo. Rodrigo, 12 anos, demonstra dificuldade em se proteger na brincadeira, é sempre pego nos primeiros momentos, embora não evite o confronto. Tiago, 10 anos, se destaca pelas quedas durante a brincadeira, parece carecer de energia agressiva, não consegue se sustentar quando em confronto. Ricardo, 12 anos, é atento às regras do jogo e cobra dos demais participantes o cumprimento destas. Victor, 10 anos, pouco se expõe verbalmente, sua movimentação corporal revela firmeza. Vitoria, 12 anos, chegou atrasada, o grupo não a acolhe e esta, por sua vez, não tenta aproximação. Por meio deste recorte é possível realizar uma leitura da dinâmica presente no grupo e compreender o ponto que liga os seus membros, além de identificar as expressões individuais. Entendemos que quando a proposta da brincadeira (duro ou mole) é aceita por todos os membros, esta é a situação que protagoniza a necessidade do grupo, que pode ser compreendida como o estabelecimento de um contato, inclusive corporal, e assim favorecer um clima de maior intimidade entre eles. Também observamos, porém, a exclusão de uma parte deste grupo, quando não acolhem a chegada do último membro. O que pretendem excluir? **Cena II** Grupo composto por 8 crianças, sendo 4 meninos e 4 meninas, de idade entre 8 e 10 anos. Todos os pacientes tinham como queixa principal a agressividade: seja por comportamentos agressivos explícitos ou encobertos, como no caso da criança obesa (voracidade/agressividade direcionada à alimentação) ou da criança que apresentava sintomas físicos, tais como náuseas, febres e dores de cabeça sem qualquer justificativa clínica (agressão ao corpo). Em um primeiro momento a agressividade no grupo era velada e no discurso estes comportamentos eram rechaçados. Um dos pacientes disse: “Não quero que tenha brigas no grupo, se isso acontecer vou contar para a psicóloga” (sic).

Este discurso foi entendido como uma expressão da não aceitação do grupo dos aspectos considerados menos nobres, como a raiva, a agressividade e o confronto, além de delegar à terapeuta a função de interditá-los. Este pedido não foi complementado, na medida em que autorizei os aspectos considerados negativos, porém, foi definido um limite, a partir do qual as agressões físicas não seriam admitidas. No decorrer das sessões, as agressões se explicitaram e o grupo se dividiu em 2 subgrupos: meninos e meninas, inclusive com a divisão física da sala de atendimento. Foi observado que as agressões ocorriam dentro dos subgrupos e entre os subgrupos. Até mesmo os elogios agrediam: uma das pacientes ficou furiosa quando os meninos elogiaram sua beleza. Além de ocorrer a intensificação na exteriorização dos conteúdos internos, observamos também uma psicodinâmica comum nesta faixa etária: a separação entre gêneros. Neste momento, percebi que estava me impondo como a juíza do grupo, ao mesmo tempo em que estes me colocavam neste lugar, se opunham à medida que eu assumia este papel. O favorecimento da expressão dos conteúdos do grupo foi realizado por meio das brincadeiras que possibilitavam a descarga, como, por exemplo, boliche, tiro ao alvo, queimada, barra manteiga, teste de força, entre outros; e, ao mesmo tempo, as normas eram estabelecidas pelas próprias regras dos jogos e pelo grupo. Desta forma, o grupo foi estimulado para assumir esta função de juizes de si mesmo. No final do grupo, a divisão entre meninos e meninas começa a ser quebrada e aos poucos começam a aceitar esta integração. Para o último atendimento sugeriram um “amigo secreto” e foi proposto que a identificação do amigo, ocorreria pelos “defeitos” e aspectos menos nobres; o que transcorreu em um clima tranquilo e muito espontâneo. Foi uma fase em que o grupo se tornou muito organizado, no sentido de buscar dentro do próprio grupo as soluções para os problemas que emergiam, as regras, os limites, além de integrarem os aspectos inicialmente repelidos em si e no outro. Cena III Recorte de uma sessão do grupo de pais, cuja proposta era o atendimento simultâneo de dois grupos: um de pais e outro de crianças, com uma psicoterapeuta em cada um, em um breve período de tempo (3 meses). Esse grupo era composto por 6 pais, de crianças entre 8 e 10 anos, com queixas de enurese e dificuldades nas relações interpessoais, seja pela agressividade ou pela introspecção. Neste atendimento estão presentes somente 3 pais e o tema central é a autonomia dos filhos. Cida se destaca como a porta-voz do controle, revela que não abre espaço para o filho assumir responsabilidades e faz tudo por ele. Essa mãe se coloca em uma posição rígida, sem qualquer questionamento. Os demais interrogam essa forma controladora, embora reconheçam em si atitudes em que o controle aparece de forma velada. Luiza não havia se manifestado, porém fazia expressões que denunciavam incômodo e foi solicitado para que esta se expressasse. Luiza conta que sua história como filha foi marcada por muita rigidez e controle, seus pais a expulsaram de casa quando souberam que estava namorando e isto lhe mobilizava muito angústia, pois freqüentemente se percebia autoritária com a filha. Simultaneamente, no grupo de crianças, a filha de Luiza, Renata, produz uma história em quadrinhos em que uma menina é expulsa de casa pelo pai, que era muito bravo, por que ela ia namorar. Gabriel, filho de Cida, faz um desenho de uma família parada para tirar uma foto. Observamos que Renata revela claramente a história da mãe e talvez uma sensação do cerceamento dos próprios desejos e intenções. Gabriel, por sua vez, retrata a rigidez das relações familiares, da falta de movimento e espontaneidade. Este é apenas um recorte, dentre muitos, que exemplifica o quanto as crianças denunciam o drama familiar, que é captado do clima destas relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS O trabalho com grupos é uma tarefa árdua e que necessita de muitos investimentos daqueles que se debruçam sobre essa prática. Contudo, as considerações apresentadas neste trabalho podem colaborar para uma visão da psicoterapia em grupo infantil de caráter interventivo, além de um recurso diagnóstico das psicodinâmicas de seus membros. Por meio do clima terapêutico, do manejo técnico e do atendimento sistemático aos pais ou responsáveis é possível melhorar a compreensão de si mesmo, do outro e de como as relações podem favorecer ou não a manutenção de um sintoma; dentro de uma proposta grupal e breve. Chego ao término deste trabalho acreditando que existem muitas discussões e explorações a serem realizadas dentro deste campo de atuação, o que abre caminho para outros trabalhos.

Referências Bibliográficas

DIAS, V.R.C.S. Psicodrama: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 1987. DIAS, V.R.C.S. Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica. São Paulo: Ágora, 1994. DIAS, V.R.C.S. Sonhos e Psicodrama Interno na Análise Psicodramática. São Paulo: Ágora, 1996. DIAS, V.R.C.S., & Silva, V.A. Psicopatologia e Psicodinâmica na Análise Psicodramática, volume II. São Paulo: Ágora, 2008. GONÇALVES, C.S. (Org.). Psicodrama com Crianças: uma psicoterapia possível. São Paulo: Ágora, 1988.

Instituição

Hospital do Servidor Público Estadual São Paulo, S.P.

Síntese Curricular

Milene Shimabuku Silva Berto é Psicodramatista pela Escola Paulista de Psicodrama, Psicóloga do Hospital do Servidor Público Estadual, Preceptora Colaboradora do Curso de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica e Hospitalar do HSPE e Docente do Núcleo Psicanalítico de Estudos em Psicologia Hospitalar. e-mail: mileneshimabuku@ig.com.br

SEÇÃO
DE
TEMAS LIVRES

Tempo de nascer: Que jogo é esse?

MAZZOLINI, Beatriz Pinheiro Machado

Área: Clínica e Escolar

Fonte: Consultório particular e clínica-escola.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é refletir acerca dos aspectos envolvidos na primeira sessão de ludoterapia.

Método: Como método de investigação/intervenção tem-se o olhar e a escuta do gesto espontâneo da criança e de seu saber inconsciente, a partir da possibilidade de a criança ser livre para brincar ou fazer o que quiser. Um encontro entre uma criança (em sofrimento) e uma psicóloga (com sua história de vida e fundamentações teóricas) em um setting psicoterapêutico (com objetos disponíveis que veiculam determinadas experiências culturais).

Desenvolvimento: Anna, aos sete anos, não quer mais sair de casa e não quer que os pais saiam também, alegando medos (de assaltos, de morte, de ficar sozinha ...). Anna apresenta seu drama na primeira hora lúdica, esteticamente narrado pelo jogo do nascimento do bebê e o seu retorno à barriga da mãe. Seu jogo/drama é acompanhado pela psicoterapeuta, presente como testemunha viva e humana. A oferta de um espaço ético (ethos) para ser ela mesma parece trazer estabilidade e segurança à menina, que pode criar e colocar em trânsito, e sob o domínio de seu eu, o próprio nascimento. Autores como Winnicott e Safra ajudam a estabelecer o diálogo com as primeiras hipóteses sobre a história clínica, o sofrimento psicológico e o devir de Anna.

Conclusão: Questões existenciais como o nascimento e o viver criativo necessitam de espaço, tempo e acolhimento humano para trazer sentido à vida de alguém. O trabalho retoma e aponta para a importância da pesquisa sobre o tema da primeira sessão em ludoterapia.

Email: biamazzolini@uol.com.br

Constituição das Infâncias: Espaços e Tempos de Brincar das Crianças que Vivem em Vilas Militares

KORTMANN, Gilca M. Lucena

Área: Professora universitária - Coordenadora de Graduação e Pós-graduação

Fonte: Educação Infantil / Terapia Familiar / Psicopedagogia

Objetivo: Analisar e compreender o brincar infantil: na construção, na transformação, na reinvenção das brincadeiras entre as crianças e sua convivência com os adultos, no tempo para brincar na rua, diante de outros espaços de brincadeiras. Compreender de que forma a produção de culturas infantis ocorre no espaço Vila Militar.

Método: O foco deste trabalho não é estudar as crianças como indivíduos, mas como grupo! TIPO: qualitativa em nível exploratório-descritivo CUNHO: etnográfico ÊNFASE: referencial teórico da Sociologia da Infância LINHA DE PESQUISA: Educação, História e Políticas PERÍODO DE VIVÊNCIA: Outubro/2005 – Agosto/2007 (1 ano e 10 meses) GRUPO EM ESTUDO: crianças da Vila Militar de (7 a 14 anos) FORMAS DE REGISTRO: notas de campo, entrevistas formais e informais, documentos, fotografias e gravações.

Desenvolvimento: Essa pesquisa se deu a partir de uma observação do tipo etnográfica sobre as culturas do brincar das infâncias, tendo a Sociologia da infância como sustentação teórica e Vilas Militares como campo empírico. Os registros fotográficos amadores servem nessa pesquisa como registro restrito das ações temporais e dos acontecimentos reais, concretos, materiais a serviço da pesquisa com crianças. As fotografias foram produzidas pelas crianças na maioria das vezes, sendo poucas vezes produzidas por mim (mais em situação de flagrar alguma cena inusitada das brincadeiras). Às crianças foi possibilitada a experiência de fotografar situações que mostravam momentos de interações de brincadeiras ou encontros entre eles que revelavam, de certa forma, a construção das subjetividades das crianças que se encontram para construir espaços culturais. Na pesquisa com crianças, Corsaro (2005) nos ensina a observar repetidamente e também participar como um membro do grupo, e nos pontua que as crianças nas suas culturas infantis têm suas próprias culturas de pares.

Conclusão: Os elos de configuração da pesquisa foram articulados sobre as formas das crianças constituírem suas culturas e o tempo e espaço de brincar dessas crianças, de onde emergiram seis categorias de análise: Espaço e Segurança; Lugares Sociais e Aprendizagem; Tempo para Brincar e Reinvenção das Brincadeiras; Conflitos e Rupturas, Relações entre Grupos e Convívio com Adultos. Essas categorias revelam as múltiplas vivências das crianças como produtoras de culturas infantis. Assim, a Vila reflete o movimento articulado das crianças que nela transitam, seus tempos e culturas, suas formas de se constituírem e se narrarem. Encontrei ao longo das ruas das Vilas muitas crianças e muitas infâncias carregadas de culturas próprias.

Email: glkortmann@yahoo.com.br

Crianças Especiais em Ludodiagnóstico

VAZ, Sonia Regina L.

Área: Psicologia Clínica

Fonte: Psicologia Junguiana e, especialmente, Nise da Silveira em seu trabalho no Hospital Psiquiátrico de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro.

Objetivos: Tempo estimado para apresentação: 05 min. O principal objetivo é manter um espaço para a expressão artística e de psicodiagnóstico dos alunos desta Escola. Os objetivos secundários e consequentes, se compõem de observação, acompanhamento e avaliação dos conteúdos psíquicos projetados, tanto na produção de cerâmica quanto na produção de telas em pintura.

Método: Tempo estimado para apresentação: 05 min. O presente trabalho será apresentado em data show. Os materiais utilizados na Sala de Ludodiagnóstico são: tintas, pincéis, telas, madeiras, papéis para pintura, argila e forno para sua queima. Sessões em grupo de cinco alunos com duração de 50 minutos. Sequência do Processo: 1 - Produção em argila e pintura; 2 - Análise do conteúdo psíquico projetado; 3 – Ludodiagnóstico; 4 - Entrevistas com professores, familiares e equipe interdisciplinar; 5 - Comprovação ou não do Ludodiagnóstico; 6 – Entrevista Devolutiva para os pais, professores e demais técnicos da equipe; 7 - Orientação à Monitora e Artista Plástica quanto à aplicação de temas que deverão ser ampliados ou aprofundados por um determinado aluno; 8 - Retorno ao primeiro item e sua sequência.

Desenvolvimento: Tempo estimado para apresentação: 05 min. A artista plástica, na função de Monitora, ensina aos alunos as técnicas de pintura e as técnicas para a fabricação de cerâmica com a orientação de não interferir em sua forma e expressão. Deixando a cargo do aluno a espontaneidade e criatividade, sem nenhum tipo de direcionamento no processo. Os conteúdos psíquicos são assim projetados nos trabalhos apresentados por esses alunos. Em seguida são examinados pelo setor de Psicologia utilizando o conhecimento dos arquétipos para a ampliação do tema apresentado no trabalho. Na sequência, faz-se um resgate no histórico pessoal desse tema que foi visto em ampliação, de forma a verificar sua temática no dia a dia do aluno, bem como em seu comportamento. Após entrevistas com os professores, familiares e demais técnicos da equipe interdisciplinar, são conduzidas novas entrevistas com o aluno de modo a obter a confirmação ou não do pré-diagnóstico, norteando e atualizando o processo que ocorre na Sala de Ludodiagnóstico. Como Monitora, a artista plástica, observa o comportamento dos alunos, questiona alguns conteúdos após orientação da Psicóloga e direciona o feito da produção de algum tema em particular requerido pela orientação do setor de psicologia após a pesquisa já citada a partir do Ludodiagnóstico. Na entrevista devolutiva aos pais, professores e equipe técnica inclui-se a orientação adequada mediante o Ludodiagnóstico, bem como o prognóstico e procedimento apropriado para cada aluno.

Conclusão: Tempo estimado para apresentação: 15 min. Para concluir apresentaremos, em data show, dois trabalhos de dois alunos respectivamente: Pintura: O menor, figurativamente denominado Marcelo, com a idade de 09 anos, apresentando CID 10 - F.71. Marcelo mora com a mãe e o padrasto. Seu pai se encontra preso numa cidade vizinha. Seu irmão mora com a avó materna. A mãe é agressiva, demonstrando comportamento histérico. O marido viaja e ela imediatamente coloca o filho em sua cama. Ora o trata como se fosse um bebezinho, ora o ameaça de mandá-lo para o orfanato. Seus castigos incluem deixá-lo sem comer pelo dia todo. Os vizinhos reclamam de que ela é muito agressiva com ele. O menor apresenta dificuldade na retenção de conhecimento e na fala. Suas pinturas retratam a figura da mãe ainda em forma primitiva. Muitas vezes, o feminino é uma aranha. Produz mandalas espontaneamente. O que significa tentativa em se organizar. Na casa que desenhou, conta que mora um menino que ao crescer gostaria de se casar, mas só poderá fazê-lo se a mãe morrer. Argila: A menor, figurativamente denominada Ana Luisa, com a idade de 10 anos e apresentando CID 10 – F.71. Ana Luisa mora na zona rural com os pais e mais cinco irmãos. O pai demonstra comportamento rude. A mãe é portadora de defici-

ência mental. Três de seus irmãos associam à doença mental, um quadro de esquizofrenia. A família sobrevive através de benefícios sociais. Na produção de cerâmica Ana Luisa vai aos poucos , revelando comportamentos em família que se escondem sob o lençol. Depois, Ana Luisa entra em grande tristeza e inicia uma série de figuras de sereias que expressam seu repúdio à vivência sexual. Posteriormente, Ana Luisa passa da tristeza para a compreensão de que sua família tem sérios problemas e que ela é a única pessoa com maior capacidade de entendimento. Tanto na pintura quanto na argila, os conteúdos psíquicos são revelados e é possível perceber seu desenvolvimento. E-mail: sonialvaz@hotmail.com

O que Pensam Alunos da Primeira Série do Ensino Fundamental de uma Escola Pública sobre o Brincar em Sala de Aula

SILVA, Dayane C. N. da; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do.

Área: Psicologia Educacional.

Fonte: ALMEIDA, Danielle Barbosa Lins de. Sobre brinquedos e infância: aspectos da experiência e da cultura do brincar. Educ. Soc., Campinas, v. 27, n. 95, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0101-73302006000200011 ANTUNES, Celso. O Jogo e a educação infantil: falar e dizer / olhar e ver escutar e ouvir. Petropolis, RJ: Vozes, 2003. ARIÉS, Phillipe. História social da criança e das família. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. CARVALHO, Alysso Massote; ALVES, Maria Michelle Fernandes; GOMES, Priscila de Lara Domingues. Brincar e educação: concepções e possibilidades . Psicol. estud., Maringá, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1413-73722005000200008 DELVAL, Juan A. Crescer e pensar: a construção do conhecimento na escola. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. FANTIN, Mônica. No mundo da brincadeira: jogo, brinquedo e cultura na educação infantil. Florianópolis: Cidade Futura, 2000. GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. KISHIMOTO, Tizuko Morchida. O jogo e a educação infantil. São Paulo: Pioneira, 1998a. _____. Jogos infantis: o jogo, a criança e a educação. 5.ed. Petropolis, RJ: Vozes, 1998b. _____. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2003. LORDELO, Eulina da Rocha e CARVALHO, Ana Maria Almeida. Educação infantil e psicologia: para que brincar?. Psicol. cienc. prof. [online]. jun. 2003, vol.23, no.2, p.14-21. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414. Acesso em: 9 Mar 2007. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 80p. PACHECO, Andressa. A representação social de acadêmicas do curso de Pedagogia sobre o brincar e o aprender: 2006. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Andressa%20Pacheco.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2007. RODRIGUES, et al. Quando brincar e aprender: a magia do lúdico na escola. In: Seminário Internacional Educação Intercultural, Gênero e Movimentos Sociais, 2, 2003, Florianópolis. Publicação de textos... Florianópolis: UFSC. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/663-of10a-st2.pdf>> Acessado em: 10 Outubro de 2007. ROSSI, Cláudia Maria Soares. Brincadeira na escola: perda de tempo ou preciosa ajuda?. Educação on line, fev. 2002. Disponível em: <http://www.educacaoonline.pro.br/brincadeira_na_escola.asp?f_id_artigo=390>. Acesso em: 20 de Abril de 2007. VIGOTSKY, L. S.. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: M. Fontes, 1984. WAJSKOP, Gisela. O brincar na educação infantil. Cadernos de Pesquisa : Revista de Estudos e Pesquisa em Educação, São Paulo, n.92,, p. 62-69, fev. 1995.

Objetivo Analisar a concepção de alunos da primeira série do ensino fundamental, de uma escola pública, sobre o brincar em sala de aula, utilizado no processo de aprendizagem.

Método Foi realizada uma pesquisa qualitativa, sendo os sujeitos onze crianças com idades entre seis e sete anos, que estudam na primeira série do ensino fundamental de uma escola pública. Na coleta de dados foi utilizada a observação (durante uma semana); a filmagem (em dois momentos distintos de sala de aula: brincar e aula) e a entrevista com os sujeitos (chamados individualmente para assistir o vídeo e apontar momentos que consideravam como brincar ou não, explicando ainda o porquê desta consideração). Desenvolvimento Foi realizada uma filmagem em sala de aula, com duração média de 60 minutos. Para tal solicitou-se da professora o desenvolvimento de atividades de seu cotidiano e que segundo sua percepção fossem consideradas como lúdicas, tendo em vista os objetivos da pesquisa, mas que estejam vinculadas aos conteúdos pedagógicos programados. A partir dessas filmagens as crianças pré-selecionadas

foram chamadas individualmente para assistirem as cenas e apontarem aquelas que consideram como “brincar”. Para cada uma das cenas escolhidas a criança respondeu as seguintes perguntas: O que essa atividade/brincadeira tem relação com o que você estava estudando? Quando você está na escola, em sala de aula estudando, você acha melhor fazer tarefas ou brincar para aprender?

Conclusão Em geral, os sujeitos demonstraram que momentos distintos podem ser considerados como brincar, já que a percepção de cada um pode influenciar nesta escolha. Os momentos considerados como brincar pelos sujeitos possuem uma característica em comum nas justificativas, a maioria afirma que determinado momento é brincar, pois tem um caráter prazeroso e de diversão para quem participava daquele momento.

Maria Isabel do Nascimento-André E-mail: misabel@univali.br

Ludoterapia e Psicoterapia Infantil para Tratamento do 'Transtorno de Estresse Pós-Traumático' (TEPT)

SILVA, Velma Mattos; ZANETTI, Sandra Aparecida Serra; CUNHA, Rosemary ; RIBEIRO, Rosely

Área: Psicologia Clínica

Fonte: S. Freud; M. Klein; autores de orientação psicanalítica freudiana e kleiniana; além de autores de orientação piagetiana: Affonso, R. M L. (1998). Ludodiagnóstico: A teoria de J. Piaget no estudo do jogo e do diagnóstico infantil. In em entrevista Lúdica para o diagnóstico infantil. São Paulo: Plêiade. Axline, M. V. (1972). Ludoterapia: a dinâmica interior da criança. Belo Horizonte: Interlivros. Ajuriaguerra, J. (1976). Manual de Psiquiatria Infantil. 3^o.ed. Barcelona: Tora Masson. Freud, S. (1927-2006). O Futuro de uma Ilusão. In S. Freud, O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos (1927-1931). Vol. XXI. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. (pp. 13-63). Rio de Janeiro: Imago Editora. Jorge, M. R. (1995) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV. America Psychiatric Association. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. Klein, M. (1970). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In M. Klein. Contribuições à Psicanálise. São Paulo: Mestre Jou. Vieira Neto, O. & Vieira, C. M. S. (2005). Transtorno de Estresse pós-Traumático: Uma neurose de guerra em tempos de paz. São Paulo: Vetor. Wadsworth, B. J. (1997). Inteligência e afetividade da criança na teoria de Piaget. São Paulo: Pioneira.

Objetivo: Este trabalho tem como intuito apresentar o caso clínico desta menina, que após apresentar sintomas do 'Transtorno de Estresse Pós-Traumático', foi tratada com Psicoterapia Infantil e Ludoterapia, o que favoreceu a melhora dos sintomas.

Método: O procedimento de Psicoterapia Infantil e Ludoterapia foram baseados em estudos de psicoterapia descrita em Vieira Neto e Vieira (2005) e Affonso (1998), de orientação psicanalítica (S. Freud e M. Klein) e piagetiana, respectivamente. Todo o procedimento envolveu, portanto, a inserção de brinquedos e jogos diversos, desenhos e a idéia de que a brincadeira tem um significado a ser explorado. O trabalho todo ocorreu em 12 sessões semanais de 45 minutos de duração.

Desenvolvimento: A técnica de Psicoterapia Infantil associada à Ludoterapia favoreceu à paciente expressar seus sentimentos em relação ao evento traumático, tanto oralmente quanto através de desenhos. Com o decorrer das sessões, os sintomas foram cedendo espaço para um melhor entendimento do evento traumático pela criança. O sentimento do desconforto deu lugar a um de maior segurança; a criança compreendeu que as perdas foram somente de objetos pessoais; e esta passou a ficar mais calma e confiante, voltando a dormir bem em seu quarto.

Conclusão: Concluímos que o trauma afeta a possibilidade de real reconhecimento do mundo externo, pois a emoção da memória do evento traumático provoca a absoluta incapacidade de suportar o desprazer provocado. Trata-se do que Freud (1927/2006) denominou de cerne da verdade no delírio e alucinação. O que temos não é o "retorno do reprimido", mas o retorno da realidade impossível de ser aceita porque o registro é da ordem do incompreensível e isento de palavras (Vieira Neto & Vieira, 2005). Portanto, consideramos que as sessões de Ludoterapia associada à Psicoterapia Infantil proporcionaram à paciente desenvolver novo significado ao acontecimento vivido, minimizando o poder das perdas dos seus pertences e por esta poder reconsiderar a realidade externa ao perceber que ela e sua mãe estavam bem.

Velma Mattos Silva E-mail vmsilva2003@hotmail.com

Psicomotricidade:

Promovendo o autoconhecimento pelo brincar

Eliziane; MARTINEZ, Mariana da Silva; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do; NUNES, Ediléia; SANT'ANNA, José Hermínio; TESTOLIN, Amanda B.

Área: Psicologia Educacional

Fonte: ALMEIDA, P. N. de. Educação Lúdica: Técnicas e jogos. São Paulo: Ed. Loyola. 1998
ANTONI, C.; KOLLER, S.H. O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. *Psicol. Ciênc. e Profissão*, vol.21, n.1, p.14-29, 2001. ARPINI, D. M. Repensando a perspectiva institucional e a intervenção em abrigos para crianças e adolescentes. *Psicol. cienc. prof.* [online]. mar. 2003, vol.23, no.1 [citado 31 Março 2009], p.70-75. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. BLEGER, José. Temas de psicologia: entrevista e grupos. Trad. Rita M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980. BUENO, J. M. Psicomotricidade: teoria e prática estimulação, educação e Reeducação Psicomotora com atividades aquáticas. São Paulo: Lovise, 1998 FERREIRA, J. F., FRANCISCHINI, R., FERREIRA, E. O. Crianças em situação de Abrigo – Casas Lares: os vínculos e a composição do espaço sob o olhar das crianças. Natal, RN, 2006. Disponível em: <http://www.consec.rn.gov.br/downloads/Crian%C3%A7as%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Abrigo.pdf> FONSECA, V. da. Psicomotricidade. Ed. Martins Fontes, São Paulo. 1993. HANSEN, J., MACARINI, S. M., MARTINS, G. D. F. et al. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da Psicologia Evolucionista. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. ago. 2007, vol.17, no.2 [citado 28 Junho 2009], p.133-143. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000200015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1282. MEUR, A. de; STAES, L. Psicomotricidade: educação e reeducação. São Paulo: Manole, 1991. OLIVEIRA, G. de C. Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. PRADA, C. G.; WILLIAMS, L. C. de A. e WEBER, L. N. D. Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Psicol. teor. prat.* [online]. dez. 2007, vol.9, no.2 [citado 31 Março 2009], p.14-25. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687. ROTONDARO, D. P. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicol. cienc. prof.* [online]. set. 2002, vol.22, no.3 [citado 07 Julho 2009], p.8-13. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000300003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Apr. 2009. doi: 10.1590/S0102-71822006000100010. SCHINCA, M. Psicomotricidade ritmo e expressão corporal. São Paulo: Manole, 1991. WINNICOTT, D. W. Privação e delinquência. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Objetivo: Promover espaço para reflexão como forma de resgatar o autoconhecimento e a melhora nas relações sociais de crianças abrigadas. Desenvolver ações psicomotoras baseadas em atividades lúdicas e jogos dirigidos.

Método: São 12 crianças, de ambos os sexos e que se encontram em situação de abrigo provisório; sendo assim distribuídos: de 4 a 6 anos: 5 meninos; de 8 a 12 anos: 5 meninas, e acima desta idade: uma menina de 15 anos e um menino de 17 anos. A partir dessa escolha e considerando-se a peculiaridade de alguns dos sujeitos na observação realizada na Instituição, foram formados dois grupos devido à diversidade de comportamento, interação e interesses, sendo propostos os seguintes temas: atividades de conhecimento corporal, conceito corporal e autoimagem e expressão corporal. Para isto foram realizados encontros semanais com os gru-

pos, sendo os primeiros em espaços da Universidade e os demais no lar onde residem as crianças. As atividades propostas englobam conhecimentos da psicomotricidade e de dinâmicas de grupos, sendo sempre permeados por atividades lúdicas ou jogos dirigidos, dependendo do contexto e dos objetivos propostos.

Desenvolvimento: São realizados encontros semanais de aproximadamente 01 (uma) hora de duração, sendo que as sessões são estruturadas em acolhimento/aquecimento; desenvolvimento de atividade específica e fechamento/reflexão. Nessas sessões são propostas atividades lúdicas diversas que promovam a percepção da autoimagem, onde cada sujeito escolhe a sua forma de trabalho, constituindo assim espaços lúdicos, ou ainda, em ocasiões específicas, a proposta de algum jogo dirigido, dependendo do objetivo proposto para a sessão. Os encontros realizados na Universidade tiveram como meta a aproximação dos estagiários com o grupo de crianças e o estabelecimento de uma nova atividade com o grupo e foram efetivados no primeiro mês de intervenções. Os demais encontros estão sendo realizados no próprio abrigo/Lar e abordam mais diretamente as atividades psicomotoras que ajudem a compreender/estabelecer a autoimagem de cada indivíduo. Constituem propostas livres e têm sido desenvolvidas de forma lúdica.

Conclusão: Até o momento as atividades propostas têm sido desenvolvidas pelo grupo de crianças de forma positiva, pois embora sejam livres em optar pela participação, todos têm se demonstrado interessados no grupo. Quanto a percepção da equipe de profissionais que atuam na instituição, o feedback apresentado demonstra o interesse na continuidade além do relato da melhora em alguns comportamentos que envolvem o respeito a si mesmo e ao outro.
Maria Isabel do Nascimento-André Email: misabel@univali.br

Pedagogia da Alegria: Uma Potente Alternativa de Atendimento Especial

SOUZA, Renata Menezes

Área: Pedagogia

Fonte: DELEUZE, Gilles. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

Objetivo: A PA pretende, por meio das afecções, gerar potência no indivíduo, a fim de trazer à tona o fio de vida que há em cada ser, pois esta se dá por meio da experiência como uma prática da existência que se compõe com tudo o que aparece e nos afeta.

Método: A investigação de caráter qualitativo e teórico foi desenvolvida a partir de leituras e análises dos textos: Espinosa: Filosofia Prática (Deleuze, 2002), Pedagogia Hospitalar (Matos e Mugiatti, 2006), Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde (Matos e Mugiatti, 2006), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96), Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90), entre outros.

Desenvolvimento: A idéia é gerar um “conhecimento para ação” por meio daquilo que pode um corpo, desnaturalizando a lógica de que o enfermo é passivo, promovendo, na medida do possível, a expansão da vida, com sua potência de afetar e ser afetado, a fim de que esta seja vivida com tudo o que a compõe e não seja resumida a simples condição de saúde/enfermidade. O intuito é entrelaçar o campo da saúde com o da educação para forjar uma PA como uma alternativa de atendimento especial potente, que investe muito mais na formação, numa certa filosofia de trabalho do pedagogo, do que nas práticas superficializadas de projetos que não singularizam a condição do indivíduo enfermo e se resumem a momentos de recreação e aquisição de conhecimentos didáticos.

Conclusão: Neste sentido, tal proposta de trabalho se apresenta como uma singularização, como um investimento por meio de um conhecer que afeta e se deixa afetar, conhecimento este que não se dá por meio de práticas vazias ou representacionais, mas por experiências que se configuram como uma ética da existência. Desta forma, por meio da proposta deste trabalho, a prática do pedagogo deve estar aberta para viver e pensar a experiência do ensino e da aprendizagem no ambiente hospitalar, ou seja, uma prática que escape da racionalização e pense no processo por meio das afecções.

Renata Menezes de Souza

Email: menezes-re@hotmail.com

O Jogo Simbólico no setting da Psicomotricidade Relacional

LUCCHIN, Adriana Cristine

Área: Educação e Saúde Reabilitação Clínica Psicopedagógica

Fonte: André Lapierre; Winicott; Françoise Dolto

Objetivo: Avaliar os efeitos da Psicomotricidade Relacional sobre o autoconhecimento, autonomia e diminuição do estresse. Desenvolver e aprimorar as relações interpessoais dos adolescentes, através do jogo simbólico no setting Psicomotricidade Relacional.

Método: Os participantes foram filmados para análise do desempenho e alteração de comportamentos autorizados pela família. Os resultados qualitativos foram visualizados e relatados em forma de estudo de caso.

Desenvolvimento: Não se trata de uma psicoterapia que põe em jogo a personalidade do sujeito através da análise de sua problemática inconsciente, mas sim, de uma decodificação de seus comportamentos atuais, evidenciando suas significações simbólicas e as necessidades que expressam. Proporciona-se um espaço de legitimação dos desejos e dos sentimentos, liberação de suas fantasias, medos e ambivalências na relação consigo mesmo, com o outro e com o meio. Potencializa-se o desenvolvimento global, a aprendizagem e o equilíbrio da personalidade, facilitando as relações afetivas. Os materiais disponibilizados são facilitadores desse jogo; porém, a importância maior é a forma como cada elemento do grupo se disponibiliza, como cada um estabelece as suas relações, e a forma que se relaciona com a figura do adulto, com os objetos e com os outros integrantes.

Conclusão: Foram realizadas somente dez sessões. Algumas modificações foram mais visíveis e outras mais sutis, porém em poucas sessões já pôde-se evidenciar grandes avanços.

Adriana Cristine Lucchin Email: alucchin@gmail.com

A importância do brincar entre pais e filhos

– Uma experiência no parque

SANCHES, Christiane; RESENDE, Ana; ASSIS, Maria;
SANTOS, Rosemeire; AMORIM, Aline; JUNIOR, Ricardo;
NASCIMENTO, Helison; COSTA, Leila; MACEDO, Milena S.

Área: Psicologia Infantil; Psicologia do Desenvolvimento

Fonte: Psicanálise; Winnicott

Objetivo: analisar a qualidade das relações estabelecidas entre pais e filhos por meio do brincar na cultura de uma grande metrópole.

Método: levantamento bibliográfico a partir do referencial Psicanálise. Pesquisa qualitativa por meio da observação direta de crianças e pais em parques de São Paulo (regiões centro, oeste, leste e norte) por duas horas nos finais de semana. Os observadores foram alunos de Psicologia.

Desenvolvimento: Observou-se diferenças entre os locais de observação e faixas etárias. Na zona leste observou-se que os pais envolviam-se nas atividades com os filhos, principalmente nas faixas etárias entre 4 e 6 anos. Nas regiões central, norte e oeste os pais demonstravam papel de cuidadores e observadores da brincadeira e preocupavam-se em registrar o momento por fotos. Outro ponto verificado foi a preocupação pedagógica dos pais, por meio de informações sobre os recursos naturais do parque. Indaga-se tal resultado no que se refere a pouca valorização da integração entre pais e filhos na brincadeira. Os pais se colocam no papel de cuidador ou de educador. Nesta observação, verificou-se que o brincar é tido como uma experiência exclusiva da criança. O brincar é uma forma de criar e fortalecer vínculo sendo fundamental para pais e filhos (Mitre, 2000).

Conclusão: Talvez, tal cenário esteja refletindo as dificuldades das relações entre as pessoas, numa grande metrópole, e também o papel imposto socialmente para estes pais como cuidadores e educadores. Provavelmente, estes pais tenham esquecido ao longo de seu próprio desenvolvimento que o brincar é uma forma de estreitar vínculos afetivos e melhorar os relacionamentos e transmissão de conhecimentos.

Christiane Sanches E-mail: christianesanches@uol.com.br

Brincar e autismo: Que implicações e aplicações?

SOARES, Julia Maciel

Área: Psicanálise clínica e psicopatologia

Instituição: Université Paris 13

Fonte: Winnicott; Freud; Lacan; Roussillon; Danon-Boileau; M-C Laznik; AEVA (página da web).

Objetivo: Assim, diante da impossibilidade do brincar (simbólico) dessas crianças, e sabendo da importância do brincar para a constituição subjetiva, cabe-nos perguntar em que medida o brincar desempenharia um papel na retomada da constituição subjetiva, no caso do autismo.

Método: É essa a questão que me mobiliza a realizar atualmente uma pesquisa de um método de tratamento de crianças autistas através do brincar, conhecido por “método dos 3i’s”. O método francês, adaptado do americano Son-Rise, tem por objetivo entrar no “mundo da criança” através do brincar. Trata-se de um método desenvolvimentista, não cognitivista, cujo espírito é a brincadeira, o prazer, a alegria, a diversão. A duração prevista do tratamento é de dois anos, com sessões intensivas, interativas e individuais, realizadas por voluntários capacitados no método, no domicílio da criança, em uma sala de jogo adaptada. O método dos 3 i’s foi desenvolvido após o sucesso obtido com o 1º caso.

Desenvolvimento: Os dados fornecidos pela Associação (AEVE) responsável pelo método permitem constatar a eficiência dessa proposta de terapia lúdica intensiva. Resta-nos, então, analisar de que forma isso acontece.

Conclusão: Em outras palavras, investigar de que maneira o brincar torna possível a retomada da constituição subjetiva (se é que é isto que está em jogo), a fim de situar com maior precisão o papel do brincar na clínica de crianças autistas.

Julia Maciel Soares E-mail: ju.macielsoares@gmail.com

Pikachu - herói em evolução: O desenho-estória como recurso terapêutico no tratamento do TOC

GOMES, Cássia Amélia

Área: Psicologia Clínica

Fonte: Relato de experiência de um caso atendido numa Unidade Básica de Saúde, através da Análise do Comportamento, na modalidade breve.

Objetivo: Inicialmente buscou-se identificar os indicativos de estresse, ou seja, aversivos que agiam como eliciadores de comportamentos e cognições compulsivas e obsessivas. A partir disso, através de recursos terapêuticos - desenhos-estória enfocando o personagem Pikachu e treino de habilidades sociais buscou-se ensinar novos repertórios, adaptados. Com a identificação dos estressores (dificuldades relacionais na escola e no relacionamento com a mãe), procurou-se contribuir para que estes, retratados por rituais compulsivos e obsessivos pudessem ser eliminados, utilizando-se de estratégias, as quais, treino de habilidades sociais e desenhos-estórias. Além disso, proporcionar uma intervenção com enfoque na modelagem de repertórios sociais da criança, visando à diminuição de comportamentos ritualísticos prejudiciais à interação desta com outras pessoas.

Método: No contato inicial com a criança foi estabelecido o contrato terapêutico, através do qual se explicitou os recursos que seriam utilizados para trabalhar “seus medos” na terapia. Desta forma, durante dois meses de atendimentos semanais, com a duração de cinquenta minutos à uma hora cada sessão foi-se abordando a problemática através dos desenhos-história e o treino de habilidades sociais. Inicialmente, os desenhos-histórias foram utilizados como estratégia para diagnosticar conflitos, reconhecer comportamentos e cognições. Desta forma, o fantasiar serviu como recurso terapêutico auxiliando o acesso da terapeuta a diferentes classes de respostas, sua manifestação, e a relação estabelecida com o meio. De acordo com Regra (1999) ao se trabalhar com o relato verbal de histórias fictícias (fantasia), onde a criança descreve os sentimentos dos personagens e as possíveis regras que governam seus comportamentos, se deve ao fato de que este instrumento – a fantasia – favorece a identificação de possíveis sentimentos da própria criança, através de inferências baseadas em seu relato verbal. Com isso, foi focado o personagem Pikachu, do desenho animado Pokémon como referencial dessa inferência aos comportamentos e cognições da criança. Depois de diagnosticada as contingências reforçadores de obsessões e compulsões, foi trabalhado o aprendizado de novos repertórios. Utilizou-se do treino de habilidades sociais, através do qual se trabalhou a “prevenção de respostas”, que consistiu em expor a criança à situação que elicia ansiedade e evitar a emissão da resposta ritualístico-compulsiva. Desta forma, o treino de habilidades sociais neste caso de TOC, visou à análise funcional dos comportamentos inadequados da criança, prevendo a investigação das contingências mantenedoras deste padrão, possibilitando o planejamento de intervenções promotoras de comportamentos desejados. Isso porque as relações sociais da criança - familiar escolar e amigas encontravam-se prejudicadas, sendo que tal prejuízo vinha ocorrendo porque o contato social era percebido como ameaçador, e também pelos longos períodos dedicados à execução de rituais e planejamento de meios para esquiva de estímulos eliciadores de ansiedade. Esse treino de habilidades realizado com a criança foi utilizado devido ao repertório social bastante limitado que a mesma possuía o que produzia poucas conseqüências reforçadoras sociais ou de outra natureza. Com isso o fortalecimento de uma classe de respostas concorrente aos comportamentos ritualísticos, especificamente, a de comportamentos de interação social, contribuiu com a diminuição da frequência de respostas da mesma. A noção de desenvolvimento de habilidades sociais nesse relato de experiência refere-se a intervenções terapêuticas que objetivaram a promoção de comportamentos sociais, valendo-se da análise funcional. Desta maneira, o presente relato supôs que uma intervenção que enfoque a modelagem de repertórios sociais em indivíduos com diagnóstico de TOC pode ser eficaz na diminuição de rituais prejudiciais à interação com as pessoas. Isso porque, a análise funcional do comportamento pode auxiliar na identificação de

condições para a modelagem e manutenção de comportamentos de interações sociais que promovam a concorrência desejada com os comportamentos ritualísticos.

Desenvolvimento: Trata-se de um caso atendido em uma Unidade Básica de Saúde, na modalidade Breve, na Análise do Comportamento. A mãe da criança, durante a anamnese queixou-se de rituais obsessivos e compulsivos que o filho vinha desenvolvendo há alguns meses. Dentre estes, medo de morte, de engolir saliva e asfixiar-se, de se contaminar com bactérias. Além disso, a criança estabeleceu rituais e crenças, as quais passaram a gerar dificuldades relacionais no contexto escolar. Durante as aulas, a criança tinha por necessidade evitar engolir saliva, pigarreando constantemente, sempre que a professora lhe chamava a atenção. Desta forma, a criança estabeleceu um ritual perante as solicitações da professora para que mantivesse a atenção nas aulas, gerando assim um ciclo – distração durante as aulas por focar a atenção na retenção da saliva – professora que lhe solicita a atenção – criança pigarreia em decorrência da solicitação da professora por atenção – com o ato de pigarrear compulsivamente a criança foi desenvolvendo uma obsessão. Além disso, a crença de que as quintas-feiras era um dia macabro, pois tudo de ruim poderia lhe acontecer neste dia. Devido a isso, a criança passou a faltar nas aulas, às quintas-feiras por medo de algo ruim lhe acontecer, com isso reforçando o ciclo de dificuldades relacionais no contexto escolar. Para a condução do processo utilizou-se da dialética entre terapeuta e paciente, do treino de habilidades sociais e desenhos-estória como recurso terapêutico. O diagnóstico dos comportamentos e cognições compulsivas e obsessivas se deu através dos desenhos-estória. Através destes foi trabalhado o personagem do desenho animado Pikachu, como um herói que se encontra em processo de aprendizado, de evolução. Pikachu, para se “transformar” em Raichu necessita aprender a emitir novos poderes, ultrapassar vários níveis, assim, quando este atinge o nível máximo de evolução e aprendizado está preparado para transformar-se em Raichu. Desta forma, trabalhou-se com a criança, através de desenhos-estória, o aprendizado de novos repertórios, que pudessem encorajá-lo a enfrentar os estressores sem necessariamente desenvolver compulsivamente e obsessivamente comportamentos e cognições. A criança, com o decorrer das sessões, relatou, em um dos desenhos-estória, que para que Pikachu evolua para Raichu o mesmo além de querer necessita aprender novas estratégias para vencer os inimigos, isto é, fortalecer seus poderes. Isso é ilustrado no universo Pokémon – transformação é o termo usado para quando um Pokémon evolui, ou seja, muda de forma, acompanhado de uma melhora em seus atributos. Portanto, “o fantasiar pode ser utilizado como um recurso cuja finalidade é facilitar a discriminação de “padrões de comportamento das personagens da história que podem fazer parte do repertório de comportamentos das crianças e de seus familiares” (REGRA, 1999, p. 107). Assim, é possível identificar as contingências em vigor, a formação de conceitos dos personagens a respeito de si e das situações nas quais estão envolvidos e as regras que, provavelmente, estão no controle dos comportamentos. Com isso, o comportamento de fantasiar foi utilizado como recurso de diagnóstico e intervenção, uma vez que a terapeuta pôde planejar a intervenção com base nas informações fornecidas pela criança e atuar nos “momentos de fantasia”, levando a criança a discriminar os determinantes de seus comportamentos inadequados e as possíveis alternativas. No que diz respeito ao treino de habilidades sociais, as mesmas foram inicialmente identificadas utilizando-se da dialética e de desenho livre. Através destes foi possível verificar que o estresse poderia ser superado por meio de comportamentos e cognições adequados, aprendidos por modelação. Dentre as habilidades sociais, trabalhou-se o futebol, jogo de vídeo game, brincadeiras com amigos – pipa, pega-pega, bonecos dos personagens do desenho animado Pokémon. Através dessas brincadeiras a criança poderia melhorar a qualidades de suas relações sociais que se encontravam prejudicadas em decorrência dos rituais, que lhe tomavam tempo e facilitava o afastamento da criança dos contatos sociais devido aos comportamentos desadaptados (compulsivos e obsessivos). Enfim, a psicoterapia realizada junto à criança utilizou-se do fantasiar, que possibilitou a identificação de sentimentos, regras e eventos ambientais determinantes de comportamentos inadequados. Além disso, o treino de habilidades sociais permitindo à criança a emissão de respostas mais adequadas, facilitando sua inserção social. Portanto, os recursos terapêuticos puderam favorecer novas aprendizagens, devido à exposição a outras contingências ou modelos comportamentais.

Conclusão: Através do caso atendido em psicoterapia, verificou-se que cabe ao analista do comportamento identificar as variáveis que estão mantendo o comportamento-problema e atuar na modificação de contingências, buscando a diminuição do sofrimento da criança, tratando-se de quaisquer comportamentos, inclusive os que tipicamente, caracterizariam o TOC. Desta maneira, a terapeuta deu ênfase nas descrições das queixas, enfocando os aspectos relativos à resposta obsessivo-compulsiva, como a exposição com prevenção de respostas.

Cássia Amélia Gomes E-mail: cassia_psyc@yahoo.com.br

O Lúdico no Diagnóstico e Intervenção de Crianças com Autismo: Um Estudo Bibliográfico

BREITSCHWERDT*, Jael C. B.; MIRANDA, Caroline F. S.; FIGUEIRÊDO*, Ivoneide G.; ZAQUEU*, Livia da C.C.; SILVA*, Rosana S. da

Área: Ludodiagnóstico nos Transtornos Globais do Desenvolvimento

Fonte: Distúrbios do Desenvolvimento

Objetivo: Apresentar artigos que tratam do diagnóstico de crianças com autismo, e propostas de ludo intervenção para esta clientela.

Método: Buscas na base de dados Pubmed e Scielo, utilizando os descritores “Autism” and “Diagnosis”. Delimitação: Publicações de 1997-2009. Encontrados 866 (Pubmed) e 23 (Scielo). Selecionados 11 artigos

Desenvolvimento: Os artigos tratam do diagnóstico precoce e intervenção em crianças com autismo. São detalhados critérios diagnósticos, propostas de intervenção que utilizam da brincadeira simbólica, contato visual, objetos e atenção compartilhada. As intervenções empregam estratégia de imitação e interação iniciada pela criança.

Conclusão A utilização das diversas ferramentas disponíveis para o diagnóstico e intervenção, como abordagem desenvolvimentista e lúdica, tem se mostrado essencial para a estimulação do desenvolvimento das áreas afetadas e redução de comportamentos inadequados de pessoas com autismo.

Rosana Sebastião da Silva E-mail: rosebas3@yahoo.com.br

* Mestrandas em Distúrbios do Desenvolvimento *

Um Olhar sobre a Concepção de Ludicidade do Corpo Discente do Curso de Formação de Professores da IES “X” privada na Bahia

SASAKI, Karlla Tieko Moraes; RAMOS, Rosemary Lacerda

Área: Educação

Fonte: IES privada no município de Lauro de Freitas – BA

Objetivo Geral: Compreender as concepções que o corpo discente do Curso de Formação de professores da IES “X” possuem da Ludicidade. **Objetivos Específicos:** - Verificar como o corpo discente entende e conceitua: ludicidade, jogo, brinquedo, brincadeira a luz do “referencial teórico X”; - Identificar a opinião deste sobre as contribuições que o Curso ofereceu para o desenvolvimento de uma Prática pedagógica lúdica; - Analisar em qual nível de ensino acreditam ser importante a prática de atividades lúdicas articulada à prática pedagógica.

Método: A metodologia utilizada está embasada numa abordagem qualitativa e quantitativa, cujo recorte metodológico é o de Estudo de Caso, este que é utilizado com uma estratégia para “investigar um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto” (YIN, 2001, p.32), sendo os seus instrumentos: a observação, entrevista escrita e questionário. Trabalhamos com uma amostragem de 10% dos discentes do Curso de Formação de Professores da IES “X”, que dos 179 alunos, corresponde a 17 atores pesquisados, separados em dois grupos: [A] os que já cursaram a disciplina Ludologia e [B] os que ainda não cursaram. Bem como o uso de análise de dados de ordem documental, bibliográfica, digital e periódica.

Desenvolvimento O brincar para o aprendizado e desenvolvimento dos educandos do ensino fundamental seja estes na esfera psicomotora e/ou cognitiva, o método focal deve ser voltado para o explorar de maneira significativa à essência lúdica, pois no campo educacional faz e se prova se praticando, um educador mais que humano, ou seja, um educador integral cômico de sua conduta, perante a seu educando bem como, da sociedade. E para corroborar com esse saber, verificamos as contribuições dos teóricos Jean Piaget (1896 -1980) e Lev Semionovitch Vygotsky (1896 – 1934), onde consideram os aspectos do desenvolvimento e aprendizagem relativos aos Estados de Ludicidade no Ser humano, que estão subdivididos em três ações, a primeira ação está relacionada às atividades imitativas, requerendo exercícios físicos ou psicomotor, esta surge ao nascer e se desenvolve até o surgimento da linguagem; a segunda é das atividades simbólicas, que a partir do surgimento da linguagem até os 6/7 anos se destaca; por fim a terceira ação que tens fins socializadoras, as atividades reguladoras, esta que surge a partir dos 5 anos. Que segundo o quadro relativo aos Estados de Ludicidade no Ser humano desenvolvido no Núcleo de Estudo Avançados em Ludologia, do Núcleo de Estudos Avançados em Ciências da Educação da UNIME (NEAL/NEACE), coordenado pela Dra. Rosemary Ramos (2006), destaca-se as denominações atribuídas a cada ação e a marca que cada uma recebe. A saber, a primeira ação para Piaget é denominada de Jogo de Exercícios e afirma que tal ação não possui regra externa ou interna, já Vygotsky não a reconhece como estagio Lúdico, mas sim como uma Atividade Funcional, por reflexo; a segunda ação Piaget a denomina de Jogo Simbólico e persiste em registrar a ausência de Regras, entretanto Vygotsky afirma que esta possui regras, mas interna e designou várias nomenclaturas como: Jogo de papéis, Brincadeira, Faz de Conta e Brinquedo; a terceira ação tanto para Piaget quanto Vygostky a denominação é comum a Jogo de Regras sendo marcado por possuir regras fechadas. Salientamos que, as ações ainda que apresentadas em uma ordem elas não possuem um caráter executivo isolado, pois elas ocorrem respeitando os estágios cognitivos do aprendizado no ser humano conforme a teoria da Epistemologia Genética defendida por Piaget. Portanto devemos encará-las como pré-requisitos em uma esfera processual para o desenvolvimento equilibrado do ser humano, pois como qualquer outra aprendizagem a ludicidade ainda que um fenômeno, também perpassa pelos estágios de assimilação,

acomodação e a adaptação que favorece a busca pelo equilíbrio. Uma vez que acumulamos, aperfeiçoamos e criamos a partir de experiências diretas - estas ocorrem desde sua existência e/ o nascimento, pois o fenômeno lúdico é tal qual o dom da vida, inerente e inato a capacidade do brincar – possibilita-nos por conseguinte obter graus significativos de uma estrutura mental de dados, que se adaptam entre si e se dá a acomodação. De forma a ratificar que o gênero humano é o ser mais adaptável do mundo, essa pesquisa enfatiza que nenhum conhecimento nos chega do exterior sem que o mesmo sofra alguma alteração de nossa parte, ou seja, tudo o que aprendemos é influenciado por aquilo que já tínhamos aprendido, enfim nós o ressignificamos dentro do paradigma da transformação, para evoluirmos. Nesse sentido a ludicidade se faz necessária no processo de aprendizagem enquanto método e recurso.

Conclusão: Ao dirimir esta pesquisa, constatamos uma maior transparência da necessidade de se conhecer, ampliar e construir um corredor de aprendizagem sobre o fenômeno lúdico enquanto essência, concepção teórica e prática entre o professor em ato e os professores em potência, logo os que estão em formação de nível superior, uma vez que sabemos que ambos estão em processo de expansão dos seus saberes, pois o ser humano é uma obra inacabada e de potenciais ilimitados. Assim os sujeitos pesquisados em sua maioria (82%) revelam que consideram o jogo, brinquedo, brincadeira como elementos distintos, da mesma forma crêem que em ambos níveis (ensino infantil e fundamental) deve haver uma práxis intensamente lúdica e essas opções advêm do fato desses acreditarem que a disciplina Ludologia contribuiu na sua formação enquanto professores em potência. Na fala e nos questionários aponta-se uma preferência sutil por Piaget (59%) em detrimento a Vygostsky (41%), e não há divergência na crença do brincar ser relativo a saúde, ao esporte, a arte, a música, ao teatro, a dança. Enfim, a todos os movimentos estão intrinsecamente ligados a uma educação de fato lúdica, pois ela fomenta o processo evolutivo de uma educação integral do indivíduo, porquanto propicia uma reflexão sócio-histórica do movimento humano, bem como oportuniza à criança investigar e problematizar suas as práticas psicomotoras, advindas das mais diversas manifestações culturais e presentes no seu cotidiano, para melhor compreensão. Entendemos ainda que a partir deste trabalho é possível refletir mais sobre as possibilidades de transformar o trabalhar na sala de aula em um ambiente favorável ao processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças com muito humor, alegria, prazer, beleza, riqueza e significação, logo explorando a expressão livre e criadora das suas próprias atividades. Nesta perspectiva, proporcionar uma ação inter-multi-transdisciplinar facilitadora de vivências lúdico-pedagógicas, torna-se algo imprescindível ao desenvolvimento dos discentes (professores em formação) contemplando assim, o caráter lúdico do movimento humano como fonte de prazer e alegria, no ambiente escolar e, em especial, no processo de desenvolvimento. Uma vez que valorizando o movimento natural e espontâneo da criança sem priorizar unicamente o conhecimento tecnicista, que expulsa o brinquedo e as práticas lúdicas do espaço de liberdade e exigências da cidadania, ignorando-se as dimensões educativas da brincadeira e do jogo como forma de atividade particularmente poderosa para estimular a vida social e a atividade construtiva da criança. Por fim, comungamos com variados autores neste, mas partindo ao âmago de todas essas reflexões o realce é que, mais que brincar, o lúdico é um fenômeno que permeia o nosso bom viver enquanto seres humanos.

Síntese curricular

KARLLA TIEKO MORAES SASAKI [Graduada em Normal Superior (UNIME). Mestranda do Curso Profissional e Multidisciplinar em Desenvolvimento Humano e Responsabilidade Social (CEPPEV-FVC); Membro do Grupo Estudos Multirefencial em Ludicidade, Educação e Saúde (LUDES). Contato: karlla@terra.com.br]

ROSEMARY LACERDA RAMOS [Graduada em Educação Artística (UCSal), Mestra em Educação (UFBA) e Doutora em Educação (UFBA). Líder do Grupo Estudos Multirefencial em Ludicidade, Educação e Saúde (LUDES-FTC). Diretora Acadêmica da Faculdade de Tecnologias e Ciências (FTC). Contato: rosell.ramos@gmail.com

A Educação Infantil e o brinquedo: Recomendações a partir do interesse das crianças – um estudo comparativo

GENNARI, Simone Moraes; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do.

Área: Psicologia Educacional.

Fonte: BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990. CEVERA, A. F.; ALIMBAU, C. G. Rincones de juego y de trabajo en el aula de P-3: una propuesta para tratamiento de la diversidad. In: Cooperación Educativa Kikiriki, nº 50. Sept-oct-nov. Sevilla (España): Ed. MCEP, 1998. HEEMANN, J. A. A educação Infantil e o brinquedo: recomendações a partir do interesse das próprias crianças. Monografia. UNIVALI. Itajaí, 2004. HORN, M. G. S. O papel do espaço na formação e na transformação do educador infantil. In: Revista Criança – do professor de Educação Infantil. Nº 38. jan. MEC. Brasília: MEC. 2005. KISHIMOTO, T. M. nome do capítulo. In: KISHIMOTO, T. M. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1999. MOYLES, J. R. Só brincar? O papel do brincar na educação infantil. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

Objetivo: Identificar quais brinquedos são recomendáveis em uma sala de aula infantil a partir do interesse da criança em idade pré-escolar de uma escola privada do município de Itajaí. Levantar a partir de observação das mesmas crianças a preferência pelos brinquedos à disposição em seu ambiente escolar, assim como levantar indicadores sobre as funções dos brinquedos no processo de aprendizagem. Comparar os dados obtidos nesta pesquisa com os dados da pesquisa de Heemann (2004).

Método: Seguindo o objetivo de comparar os dados obtidos nesta pesquisa com a pesquisa de Heemann (2004) referente ao mesmo tema que teve como amostra crianças em idade pré-escolar de uma escola pública. Para garantir estes objetivos a análise dos dados teve caráter qualitativo e quantitativo, fazendo uso de uma grelha de observação elaborada na pesquisa realizada por Heemann (2004), a qual tem como objetivo qualificar as escolhas das crianças pelos brinquedos propostos, relacionando a faixa etária e a organização social. Outro instrumento utilizado foi a filmagem, apurando através desta os dados qualitativos, onde se pode analisar o processo das escolhas e a forma como as crianças utilizam os brinquedos escolhidos.

Desenvolvimento: A brincadeira está presente no cotidiano da criança e é através do brincar que esta desenvolve o significado do real. Para a criança o brincar é o caminho de estar no mundo e nos revela grande importância para o desenvolvimento infantil. Segundo Kishimoto (1999), através da brincadeira a criança reconstrói o real, utilizando os seus próprios recursos e respeitando o seu próprio tempo. Para reconhecer importância do brincar para a educação infantil e o papel do brinquedo para este processo, assim é necessário discriminar os conceitos de brinquedo e brincadeira, sendo o primeiro o suporte da brincadeira. Além de refletir sobre o lugar disposto na educação infantil para o brincar, a utilização do lúdico como forma de aprendizagem deve estar respaldado nos direitos da criança presentes no estatuto da criança e do adolescente e na relação criança brinquedo como a construção do significado.

Conclusão: Podemos rever o brinquedo e a sua função perante sua significação para a sociedade, não se preocupando em determinar brinquedos, mas dar subsídios aos professores, para que estes possam oferecer em sua sala de aula um ambiente lúdico capaz de proporcionar a aprendizagem. Baseando-se em assuntos como o espaço ideal e o brinquedo na educação infantil, conseguimos reconhecer a importância do lúdico como forma de aprendizado, assim como oferecer aos professores subsídios para o reconhecimento deste processo de aprendizagem.

Maria Isabel do Nascimento-André Email: misabel@univali.br

Avaliação Psicológica Psicodramática: Uma Experiência Terapêutica

FERNANDES, Maristela Couto

Área: Clínica

Fonte: Clínica da Infância e Adolescência

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi proporcionar um ambiente psicoterápico lúdico onde o adolescente pudesse então relaxar mais facilmente e expor com mais facilidade os seus conflitos.

Método: A avaliação foi realizada em uma adolescente de 17 anos encaminhada pelo médico devido ao elevado grau de ansiedade e angústia que apresentava. Levantou-se a queixa da dificuldade no relacionamento familiar com constantes discussões e agressões físicas, especialmente com a mãe e a irmã mais velha. Os atendimentos se constituíram em 7 sessões de 50 minutos cada em sala de atendimento clínico particular. Utilizou-se o método psicodramático, seguindo as 3 etapas básicas: o aquecimento, onde se procura levantar a queixa principal; a dramatização, onde se trabalha a queixa através das técnicas psicodramáticas; e o compartilhamento, com relatos sobre os sentimentos vivenciados .

Desenvolvimento: No desenvolvimento da experiência de avaliação, foram utilizadas as seguintes técnicas: 1) o outro me apresenta – uso do boné com finalidade de pesquisar e estimular a percepção de si e do outro – que trouxe o resgate dos aspectos positivos das vivências com sua rede social; 2) inversão de papéis – coloca-se no lugar do outro para ampliar a percepção – que trouxe a vivência de ser solidária com as dificuldades da mãe e a vivência da identificação com a irmã, permitindo admitir a raiva dela em alguns momentos; 3) imagem da família – uso de fantoches para pesquisar as principais vinculações familiares – verificou-se a exclusão da relação com a mãe e com a irmã e sua forte ligação com o pai. Como resultados verificaram-se a remissão dos sintomas de ansiedade e angústia, maior aproximação com os pais, diminuição das discussões e o início de um namoro (até então ela nunca havia namorado, apesar das propostas).

Conclusão: A partir da experiência, pôde-se concluir que as técnicas psicodramáticas proporcionaram um contato com as questões familiares de forma menos ansiogênica, favorecendo a vivência das partes conflitantes apresentadas pelo paciente e facilitando a obtenção de insights para os conflitos, demonstrando que o jogo psicodramático é um excelente recurso para o trabalho investigativo e terapêutico com adolescentes, contribuindo na compreensão dos conflitos e na sensação de bem-estar que o lúdico proporciona.

Maristela Couto Fernandes Email: maristelacf@hotmail.com

Estudo De Caso - Tendência Anti-Social Frente à Privação Afetiva

SANCHES, Alessandra Rios; BENITES, Clarice Cristina A.

Área: Clínica

Fonte: Clínica e Bibliográfica

Objetivo: O estudo de caso “Tendência anti-social frente à privação afetiva”, demonstra os relatos o psicodinamismo do desenvolvimento da criança entre 2 e 3 anos, suas relações afetivas e de ajustamento social a partir da interação mãe-filho. Sua finalidade é a avaliação da influência deste relacionamento no desenvolvimento biopsicossocial da criança. Abordando em sua metodologia a Prática Clínica e a utilização da “Escala de Desenvolvimento de Denver”.

Método: Experiência Clínica, dados bibliográficos, testes HTP, Fábulas de Duss, horário Jogo Diagnóstico.

Desenvolvimento: Para Winnicott, (1963) boa parte dos problemas emocionais, tem sua origem nas primeiras etapas do desenvolvimento; em sua teoria de sustentação ou Holding, a mãe deve proporcionar proteção segurança e aceitação para promover a integração da criança ao ambiente, nesta fase a mãe funciona como ego auxiliar do bebê. Dentro da díade mãe-bebê há uma troca de vínculos, tanto a mãe precisa do bebê para a realização da maternidade e concretização de seu papel, como o bebê precisa da mãe com estímulos afetivos para seu desenvolvimento; ou seja, uma mãe “suficientemente boa” que irá proporcionar um ambiente mantenedor capaz de suprir suas necessidades. Quanto ao histórico do cliente levantado durante a anamnese, é notório a ausência da mãe, ficando os cuidados sob responsabilidade da avó paterna, e esta não conseguiu um bom vínculo com o neto, e como ensina Bowlby (1982), no curso do desenvolvimento sadio, o comportamento de apego, leva ao desenvolvimento de laços afetivos, inicialmente entre a criança e o adulto que dele cuida. B. foi privado de certas características essenciais da vida familiar, denominado por Winnicott (1956) como “Complexo de privação”, segundo ele, tais cuidados são essenciais para que a criança consiga se integrar, desenvolvendo assim um ego sadio, quando existem falhas, são traduzidos em experiência subjetiva que obstaculiza o desenvolvimento normal e que a tendência anti-social é resultado de uma privação afetiva, já, Melanie Klein (1913), compreendia que o sentimento de inutilidade característico dos pacientes depressivos nasce de um senso de que os pais internos bons foram transformados em perseguidores, em razão das fantasias e impulsos destrutivos do paciente “a posição depressiva no desenvolvimento emocional”. B. além das privações vivenciou várias dissociações acarretadas pelo divórcio dos pais, mudou várias vezes de casa, foi transferido várias vezes de escola no correr do ano letivo, que segundo Dolto (1988) é prejudicial. “A confusão sentida pela criança é, dupla: de um lado, seu ser íntimo, o sujeito tal como formado por aqueles dois seres estruturantes, fica abalado; de outro, seu ser social, que depende dos colegas de sua faixa etária, é danificado”. (DOLTO, 2003,p.23)” Sabemos que existe uma forte relação entre as experiências afetivas de um indivíduo com seus pais ou substitutos e o modo como se estabelecem vínculos afetivos posteriormente (BOWLBY, 1982), conclui-se que B. diante das experiências viveu em constante ansiedade, foi exposto pelos pais a pressões e atuou como figura de ligação para o casal, o que é inverso a sua necessidade, e segundo Bowlby (1982), os indivíduos tratados desta maneira tendem a tornar-se, dominados por sentimentos de culpa, assim como ansiosamente ligados, podendo apresentar fobia escolar; estão sujeitos a fortes anseios inconscientes de amor e apoio, o que se expressariam por meio de alguma forma aberrante de comportamento eliciador de cuidados. “A criança sente-se o centro do mundo. Quando acontece qualquer coisa em função da qual ela vem a sofrer ou alguém vem a sofrer, ela acredita ser o agente provocador”...(DOLTO, 2003,p.96)” B. expressou através da agressividade suas culpas, seus anseios de cuidados, atenção e amor da mãe, pai e da sociedade. Conforme percebido nas sessões e confirmado nos teste B. demonstra um certo controle nas

situações, nas respostas sempre prontas, o que ficou mais claro após a convivência com o pai, antes de ser “resgatado” pela mãe. (S.I.C.). “O controle é uma maneira de negar a dependência, de não admiti-la, e, no entanto forçar o objeto a satisfazer uma necessidade de dependência, pois um objeto totalmente controlado é, até um certo ponto um objeto do qual é possível depender. O sentimento de triunfo é uma negação dos sentimentos depressivos de desvalorização e de cuidado do objeto; ele se liga à onipotência... o desprezo é ainda uma forma direta de negar o valor do objeto, o que é tão importante na posição depressiva, agindo como uma defesa entre a sensação de perda e culpa. Um objeto desprezível não é um objeto que inspire culpa e o desdém com o qual se o trata torna-se uma justificativa para atacá-lo ulteriormente...(MAZET apud SEGAL, 1990,p.75)”

Conclusão: A oportunidade vivenciada no estágio, não é só a do conhecimento através do contato direto com o paciente, mas o privilégio na intervenção de orientar e possibilitar a compreensão do comportamento humano e a influência da família como agente estruturante e socializador. A observação clínica deu a oportunidade de constatar a importância do vínculo materno e da afetividade na formação desta criança, as transformações e mudanças dentro da dinâmica familiar a partir da concepção do indivíduo, e suas influências. Esta experimentação possibilitou dar visibilidade à teoria, onde segundo Winnicott,(1956) a maioria dos transtornos afetivos e psicossociais começam nas primeiras relações da criança, e também a Tendência anti-social frente à privação afetiva. Outros teóricos foram de suma importância como, Melanie Klein, Bowlby e Françoise Dolto.
Alessandra Rios Sanches E-mail: alessandra.psi@enterms.com.br

A Literatura Infantil como Recurso para Abordar a Morte no Contexto da Educação

PAIVA, Lucélia Elizabeth

Área: clínica, hospital, educação

Fonte: Pesquisa realizada para obtenção do título de Doutor - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Objetivo: 2.1. Objetivo Geral: Verificar e discutir a viabilidade da utilização da literatura infantil sobre a morte como meio facilitador para abordar o tema da morte no contexto como os educadores observam a questão da?escolar. 2.2. Objetivos Específicos: quais aspectos consideram relevantes para lidar com?morte no contexto escolar; como? como trabalham a temática morte no contexto escolar; ?o tema da morte; se consideram o livro?apreendem os livros infantis sobre o tema da morte; ?infantil um instrumento viável para trabalhar o tema da morte com seus alunos; se promovem e como promovem, para seus alunos, espaços de reflexão e expressão como poderiam?dos sentimentos e emoções relacionados ao tema da morte. explorar os livros infantis sobre morte como recurso para abordar esse tema com os alunos.

Método: Foram realizados 3 encontros com 54 educadores de 5 escolas de São Paulo (3 particulares e 2 públicas). Cada escola participou com um grupo de aproximadamente 10 educadores. Cada encontro teve, em média, duas horas de duração, realizados semanalmente. Esse critério foi pensado levando-se em consideração as seguintes atividades propostas: 1º encontro: - discussão sobre o tema morte; - questões sobre a experiência dos participantes em lidar com essa situação na escola; - a pertinência da discussão sobre esse tema com crianças de Educação Infantil e Ensino Fundamental I; - viabilidade de abordar-se o tema no contexto escolar e o modo como deve ser abordado. 2º encontro: - exploração dos livros infantis sobre a morte, previamente selecionados pela pesquisadora; Obs.: Foram escolhidos livros facilmente encontrados nas livrarias. 3º encontro: - continuação da exploração dos livros infantis sobre morte e discussão sobre a possibilidade de utilização desse material com as crianças no contexto escolar. Os encontros ocorreram semanalmente, para que não houvesse quebra no processo das reflexões e discussões propostas. No entanto, uma das escolas participantes optou pelo encontro mensal, pois era o único horário disponível. A participação dos educadores foi voluntária, seguindo as considerações éticas.

Desenvolvimento: De início, os educadores mostraram-se um pouco resistentes ao tema, dizendo que não apareciam no contexto escolar e não faziam parte do universo infantil. No entanto, conforme iam discutindo sobre o assunto, foram percebendo que esse tema faz parte do cotidiano das crianças na escola. Verificaram que esse tema surge de vários modos: - a morte latente – quando as crianças falam sobre seus medos, nas produções de texto, desenhos; - morte de familiares, de amigos, professores, de bichos de estimação; - como parte do ciclo vital; - a morte simbólica - separação, desemprego. Os educadores trouxeram a dificuldade que sentem para abordar esse tema com as crianças e perceberam que costumam utilizar a questão religiosa como explicação para a morte. Perceberam que em muitos momentos sentem-se despreparados e impotentes diante de situações de seus alunos que envolvem tal tema. Ficaram surpresos diante de tantos livros que abordam a morte, afirmando desconhecer tais livros. Embora alguns dos títulos apresentados já fossem conhecidos por alguns (poucos) educadores, nem sempre associavam o conteúdo dos livros ao tema da morte. Alguns educadores disseram tê-los utilizado no contexto escolar para trabalhar outras questões relativas ao universo da criança. Ao final, perceberam que o tema da morte não só faz parte do contexto escolar como também é possível abordá-lo nas rodas de conversa que promovem com seus alunos, nas aulas de Ciências, nas biografias, nos contos de fadas, pelos medos e, inclusive utilizando vários livros infantis. Os educadores referiram, também, o quanto esses encontros serviram de espaço de compartilhamento

e reflexão para eles próprios.

Conclusão: Esta pesquisa mostrou de maneira nítida e significativa, a importância da utilização dos livros infantis que abordam o tema da morte, assim como da criação de um espaço de reflexão e compartilhamento para crianças e também para educadores. Embora essa pesquisa tenha demonstrado a importância de introduzir o tema morte para as crianças, apontou, também, para a necessidade de capacitar os educadores para essa tarefa. Durante a exploração dos livros pelos educadores, foram percebidas situações que reforçaram estudos que fazem refletir sobre a importância da literatura infantil num aspecto que vou denominar aqui de terapêutico-aprendizagem, ou seja, a leitura feita com prazer possibilita um processo de envolvimento que pode proporcionar efeitos terapêuticos, benéficos ao processo de aprendizagem. Como se pode notar, a morte faz parte do universo infantil e, por isso, deve fazer parte do conteúdo abordado na escola. Como foi visto neste trabalho, a morte não precisa ser abordada de maneira trágica e pesada, mas apresentada de forma natural. Afinal, faz parte do processo natural do existir. Para isso, pode-se utilizar ou introduzir alguns espaços que fazem parte da rotina escolar: a roda de conversa, a hora do conto, de forma transdisciplinar (nas aulas de Literatura, Ciências, História, Filosofia, Religião, Artes... No entanto, percebeu-se, também, a necessidade do cuidado ao educador, através de espaços de reflexão e discussão, supervisão, grupos de estudos e capacitação de educadores para tratar de temas existenciais: por meio de reuniões de discussão sobre o assunto, experimentação, vivência, workshops. O objetivo principal dessas atividades é promover um espaço de acolhimento ao educador. Esse espaço pode prover suporte ao educador e favorecer a percepção de si mesmo, de seus sentimentos e reações, possibilitando a identificação de situações críticas ou difíceis para si mesmo e para os alunos, além de direcionar a atenção para um olhar mais atento à criança. Esse espaço de acolhimento poderia minimizar o sentimento de solidão do educador, promovendo mais prazer em suas tarefas profissionais, prevenindo o estresse e a síndrome do burnout. Representa um espaço de humanização dirigido ao educador. Se o educador for cuidado, poderá cuidar do outro. Se ele for acolhido, poderá acolher melhor o outro. Além disso, esse estudo mostrou a importância de se trabalhar junto às editoras, no sentido de publicação de livros infantis que tratam de temas existenciais junto às escolas. Outra questão pensada a partir dessa pesquisa foi a de capacitação de bibliotecários: nas escolas, nas universidades, nos hospitais e as públicas, para que sejam mais bem preparados para lidar com o livro infantil, estimulando a leitura e promovendo o respeito pelo livro e o gosto pela leitura. Desta forma, poder usufruir da leitura em toda a sua potencialidade: como prazer, ferramenta terapêutica, meio de aprendizagem, meio de socialização, passa-tempo, entre outros.... Ficou nítido que o primeiro passo para que se possa introduzir o tema da morte na escola seria não negá-la. A partir disso, o trabalho com os educadores (como sugerido por eles mesmos nesta pesquisa). É necessário que aqueles que habitam o espaço escolar como educadores, estejam dispostos a encarar esse desafio, com a empatia necessária, para poder desenvolver esta tarefa com sucesso.

Lucélia Elizabeth Paiva E-mail lucelia_paiva@uol.com.br

A Compreensão Bioenergética do Ludodiagnóstico

NASCIMENTO, Périson Dantas do

Fonte: Revisão de literatura Atendimento de casos clínicos

Objetivo: Apresentar a fundamentação teórica e técnica do ludodiagnóstico realizado na psicoterapia corporal com crianças, a partir de uma leitura energética e caracteriológica.

Método: Revisão de literatura em autores nacionais e internacionais sobre a utilização de brinquedos com fins diagnósticos na psicoterapia infantil, no enfoque bioenergético. Atendimento a 15 pacientes na faixa etária de 5 a 11 anos, em consultório privado.

Desenvolvimento: Os instrumentos utilizados no processo de ludodiagnóstico consistem basicamente em brinquedos e brincadeiras diversas, escolhidos de acordo com uma extensa pesquisa que verificou com 150 crianças, a qualidade e a mobilização das defesas e da energia investida em aproximadamente 100 brinquedos. É interessante observar como as crianças, no decorrer do processo, podem mudar a qualidade do brincar o mesmo brinquedo de diferentes formas, de acordo com a energia caracterial que ela está exibindo no seu momento de desenvolvimento. Assim, temos as temáticas caracteriais centrais: esquizóide (brinquedos de juntar fragmentos ou buscar contenção para a sua desorganização e agressividade/congelamento), oral (necessidade de brincar com brinquedos que evoquem conteúdos de separação), psicopata (brinquedos que lidam com o controle), rígido (tema da individuação, Édipo e independência). Ou seja, cada criança escolherá os brinquedos que ela precisa para elaborar os desafios e angústias inerentes ao seu processo de desenvolvimento. O brinquedo, nessa perspectiva, representa o corpo e é utilizado como uma interpretação e/ou intervenção no processo psicocorporal da criança.

Conclusão: O ludodiagnóstico bioenergético serve como ferramenta importante para uma compreensão global do desenvolvimento infantil, somado a instrumentos de testes, anamnese e análise da dinâmica familiar. O trabalho encontra-se em constante aprimoramento, com alimentação das pesquisas e observações a partir da práxis clínica.

Síntese curricular:

Périson Dantas do Nascimento - Professor do curso de graduação em Psicologia da UESPI; Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta Corporal. Email: perisson@hotmail.com

O Brincar como Forma de Enfrentamento na Hospitalização de Crianças

DUARTE, Milene Campos; OLIVEIRA, Rodrigo Pablo de;
AQUINO, Magno Geraldo de

Fonte: CHAVES, P. C; Projeto Brinquedoteca Hospitalar nosso cantinho – Relato de Experiência de Brincar; Belo Horizonte, SET/2004, p. 1-7 CHIATTONE, H. B. C. A criança e a Hospitalização In: ANGERAMI, A.V. A Psicologia no Hospital. São Paulo: Traço Editora, 1987. CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M e GIMOL, B. P. (org.). Temas em Psicologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 269. CUNHA, N. H. S. Brinquedoteca: um mergulho no brincar. 3 ed. São Paulo: Vetor, 2001. LAZARO, V. Z. A. Brinquedos. Revista do professor, Porto Alegre, ano X, n.40, p.5-8, out./dez.1994.

Objetivo: O objetivo é auxiliar a instituição hospitalar, e conscientizar os profissionais da equipe multidisciplinar, que diante da hospitalização de uma criança saibam possibilitar um tratamento mais humanizado e que diminua o sofrimento psíquico, e uma dessas formas seria proporcionar um ambiente próprio para a criança brincar dentro do hospital.

Método: Para esta pesquisa/estudo foram utilizados como instrumento de coleta de dados a entrevista com familiares das crianças hospitalizadas e a observação das crianças hospitalizadas em situação de brincadeira na brinquedoteca hospitalar. As entrevistas eram realizadas antes do contato com as crianças, o objetivo das perguntas era identificar qual o comportamento da criança no processo da hospitalização e da administração de medicamentos e de outros procedimentos como: soro, injeções, raio-x, etc. Após a entrevista, fazíamos a intervenção com a criança, se a mesma podia locomover íamos a brinquedoteca, se por motivos médicos a criança precisa de repouso, as atividades lúdicas eram oferecidas no leito. As brincadeiras variavam de acordo com preferência e o desejo das crianças. Depois a criança era devolvida ao responsável, esperávamos alguma horas e retornávamos submetendo os pais/responsável a uma segunda entrevista, com o objetivo de constatar na criança alguma melhora, seja no humor ou na hora de administrar o medicação e exames.

Desenvolvimento: Pode-se considerar que a brincadeira é um recurso que a natureza encontrou para promover o desenvolvimento mental da criança, pois a brincadeira capacita a criança a controlar angústias e dominar impulsos, assimilar emoções e sensações, estabelecendo contatos sociais e compreendendo o meio. Porque, como afirma Cunha (2001), é brincando que a criança se desenvolve, exercitando suas potencialidades. O desafio contido nas situações lúdicas provoca o pensamento e leva a criança a alcançar níveis de desempenho que só as ações por motivação intrínseca conseguem. A criança esta acostumada a uma rotina de vida, com brincadeiras, ir à escola e outras atividades, mas quando se depara com uma doença ela é poupada de todas as atividades que eram prazerosas para ela e se vê frente a uma realidade completamente diferente e ameaçadora para ela. Como afirma Lázaro (1994), os aspectos avaliados como mais difíceis do adoecimento para essas crianças são as hospitalizações, a dor e a impossibilidade de fazerem o que as crianças saudáveis da mesma idade podem fazer. O hospital como instituição que acolhe essa criança no seu período de sua doença tem a responsabilidade de oferecer um atendimento humanizado, que diminua o sofrimento, e uma das formas é montar e manter brinquedotecas, contratar brinquedistas e também fazer programas voluntários como os “doutores da alegria”, tudo para diminuir as tensões emocionais da criança no ambiente hospitalar.

Conclusão: De todas as crianças que participaram das atividades com brincadeiras foi possível perceber a melhora de humor, a diminuição da tensão, como também aceitação de medicamentos e também das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, no hospital. Com este estudo pode-se perceber que as crianças que aceitavam participar das atividades lúdicas respon-

diam ao tratamento médico de uma forma mais eficaz do que os que não participaram das brincadeiras. A criação e a manutenção da brinquedoteca em um hospital é fundamental, tanto para o desenvolvimento da criança e também uma tentativa de diminuir os danos da internação. Como afirma CUNHA: “A Brinquedoteca é espaço criado para favorecer a brincadeira e acima de tudo fazer as crianças felizes” (2001). Na internação de crianças fica mais fácil a comunicação com estas através das brincadeiras, pois a criança só brinca de forma a compreender o seu mundo, através da brincadeira podemos ajudá-la a internalizar esse momento tão complicado e tentar minimizar o sofrimento.

Síntese curricular: Milene Campos Duarte - Cursando o 10º Período de Psicologia Estagiária do Hospital Vaz Monteiro de Lavras e da Santa Casa de Misericórdia de Lavras.
Email milenecduarte@yahoo.com.br

O Psicodiagnóstico Interventivo em Atendimento Infantil na Clínica Escola

FERREIRA, Verônica Maria

Área: Estágio oferecido pela faculdade no 7ª semestre. Clínica escola

Fonte: Ancona-Lopez, M. (Org.). (1995). *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*, (1ª ed.). São Paulo: Cortez. Barbieri, V. (2002). *A família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. Barbieri, V. Jacquemin, A. (2004) *Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de criança anti-sociais*. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, Ribeirão Preto, v. 14 n.28, p. 153-167, maio/ago. 2004 Barbieri, V.; Jacquemin, A.; Alves, Z.M.M.B. (2007). *O psicodiagnóstico interventivo como método terapêutico no tratamento infantil: fundamentos teóricos e prática clínica*. *Psico* v.38, n. 2, p. 174-181, maio/ago, 2007 Bellak, L. (1974). *The use of the TAT in psychotherapy*. In *The TAT, CAT, SAT in clinical use*. (pp. 143-152). New York: Grune & Stratton. Cunha, J. A., Freitas, N. F., & Raymundo, M. G. (1986). *Psicodiagnóstico*, (1ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Friedenthal, H. (1976). *Interrogatório, test de limites y señalamientos en el Test de Relaciones Objetales*. Em R.F. Verthelyi (org.), *El Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson* (pp. 61-95). Buenos Aires: Nueva Vision. Gomes, I.C., & Bronstein, M. O. (2000). *O psicodiagnóstico como forma terapêutica: o uso da hora lúdica num caso de obesidade infantil grave*. Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos, 2. Resumos e Programas. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos Morgan, C., & Murray, H. A. (1935). *A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test*. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306. Ocampo, M. L. S.; Arzeno, M.E.G.; Piccolo, E.G. (1987). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (5ª ed.) São Paulo: Martins Fontes. Ribeiro, D.P.S.A. (2008). *Transicionalidade e uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema nas primeiras entrevistas clínicas*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP Santiago, M.D.E. (1995) *Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise?* In Ancona-Lopez, M. *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, PL 9-25. Winnicott, D. W. (1948). *Pediatria e Psiquiatria*. In: *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise* (pp. 287-311). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. Winnicott, D. W. (1971). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo compartilhar a experiência vivenciada no Psicodiagnóstico Interventivo, o qual tem se revelado uma prática cada vez mais estudada e utilizada nas universidades. Este trabalho mostra a experiência de um atendimento realizado por aluna do curso de psicologia durante sua formação. Através dessa forma de avaliação foi possível proporcionar holding à paciente e sua mãe, além da oportunidade de se fazer uma avaliação mais acurada do caso. Houve benefícios tanto para a paciente, como para a aluna, que teve uma experiência mais enriquecedora em sua formação.

Método: Através das técnicas projetivas podemos proporcionar efeitos terapêuticos tanto para a criança como possibilitou que a mãe compreendesse a sua dificuldade para permitir a separação da filha. Foram utilizados nas sessões: - Sessões Lúdicas, teste H.T.P e o teste das Fábulas com a criança. - Procedimento Desenho Estória com tema: solicitado que desenhasse uma criança com problemas.

Desenvolvimento: ILUSTRAÇÃO CLÍNICA. A criança Rita foi encaminhada pela escola devido a dificuldades de adaptação. Embora tenha 06 anos e cursa o segundo ano do ensino fundamental, a mãe precisa permanecer na escola enquanto Rita assiste às aulas. Segundo relato da mãe a criança sempre foi apegada a ela, quase não sai sem ela; mesmo quando brinca com outras crianças na rua, solicita que a mãe permaneça próxima. Desde que entrou na escola, Rita vem apresentando dificuldades para se adaptar. Diz temer que a mãe morra. Antes de dormir, pede

desculpas a todos familiares - pai, mãe e irmãos. Seu sono é muito agitado, mexe-se muito na cama e às vezes fala dormindo. Queixa-se de dores na barriga e quando está nervosa apresenta vômitos. Ela mora com a mãe, o pai e dois irmãos, que são mais velhos (18 e 10 anos). Atualmente somente o pai trabalha. A mãe se casou com 14 anos e o pai com 17 anos. A gravidez não foi programada e causou certa frustração, mas os pais acabaram aceitando, quando ficaram sabendo que se tratava de uma menina. A mãe fumou durante toda a gravidez e no oitavo mês de gestação descobriu que seu marido estava tendo um relacionamento extraconjugal, mas conversaram e ele decidiu encerrar a outra relação. Foi uma fase muito triste, durante a qual teve depressão. Rita foi amamentada durante os primeiros meses, mas era preciso esguichar o leite em sua boca, porque não tinha força para sugar. Até hoje a mãe coloca comida em sua boca, na escola só come o lanche que a mãe leva, recusa a merenda oferecida pela escola. A mãe relata que Rita a manipula, e para não deixar a filha sofrer faz tudo o que ela quer. Quando pequena brincava com uma boneca de pano e hoje brinca bastante de desenhar, e desenha sempre a mãe. Frequentemente brinca sozinha. Rita não gosta de ir à escola, reclama de dores diversificadas, tem sudorese, taquicardia, fica irritada. Quando isso acontece é levada ao médico, que diz que seu quadro é emocional. A mãe relata que quando Rita passa por alguma dificuldade, como aprender a escrever, fica muito nervosa. Não tem se alimentado corretamente, principalmente quando sabe que tem que ir à escola e continua com os sintomas físicos. A mãe descreve Rita como “uma menina muito carinhosa, mas tem uma necessidade muito grande de proteção por isso não consegue se separar dela” (sic). O pai nunca compareceu às entrevistas, apesar de solicitada sua presença. A mãe relatou que ele teve depressão e não acredita em atendimento psicológico. As Sessões Lúdicas No início Rita teve dificuldade de se separar da mãe, agarrou-se a ela. Sugeri que a mãe nos acompanhasse até a sala de atendimento. Rita continuou agarrada à mãe. Peguei a caixa com o material lúdico e mostrei-lhe, mas ela não olhou para os brinquedos. A mãe estava irritada e repetia que iria chamar o pai e este bateria nela. A mãe foi se retirando da sala e Rita a acompanhou. Ela estava com uma bolsa na mão, questionei o que trazia, mostrou-me o que havia dentro da bolsa e começamos um diálogo. A mãe se retirou e Rita não reclamou. Convidei-a para brincar, mas Rita não fazia nenhum movimento para entrar na sala. Sugeri que brincássemos ali, fora da sala e ela balançou a cabeça afirmativamente. Sentamo-nos no chão e brincamos com massa de modelar. Ela solicitou-me para fazer um coelho branco. Fiz o que ela pediu e convidei-a para fazer alguma coisa com a massa, mas ela disse que não sabia. Pediu-me para desenhar e convidei-a novamente para também desenhar. Ela aceitou. Solicitou pincel para pintar com guache. Disse que estavam dentro da sala e convidei-a para buscar comigo. Ela concordou e depois voltamos para fora da sala e começamos a desenhar. Percebi que ela estava mais à vontade. Enquanto desenhava, Rita conversava, dizendo que gosta de desenhar e de ir à escola. Perguntei o que a mãe fazia enquanto ela estava na escola e ela disse que a mãe fica sentada num banco da escola lendo, esperando ela sair. Disse que sente saudades da mãe, e que tem medo que ela morra por isso sua mãe fica na escola. Na segunda entrevista mostrava-se insegura e não queria entrar na sala. A mãe relatou que ela não queria vir à clínica, estava nervosa e rasgou a blusa. Peguei em sua mão e disse que sua mãe nos acompanharia. Sua mãe entrou na sala de atendimento, mas logo se retirou para a sala onde seria entrevistada por minha colega. Rita começou a chorar. Abracei-a e disse que não precisava chorar que eu estava ali com ela e que sua mãe estaria conversando com minha colega. Rita se acalmou e participou da atividade lúdica proposta. Nos encontros seguintes Rita se mostrava calma e a mãe não precisou acompanhá-la até a sala de atendimento. Apliquei os testes HTP e o Teste das Fábulas. Rita fazia muitos desenhos durante nossos encontros, estes reproduziam uma menina que muitas vezes estava rodeada de flores, corações, , árvores, sol, nuvens e estrelas. Interpretei que ela estava mais à vontade comigo e disposta e se mostrar para mim. Nos testes HTP e das Fábulas apareceram conflitos, ambivalência quanto às relações com as pessoas que cuidam dela. Há um apego, dependência, carinho e inseguranças, dúvidas quanto ao afeto dessas pessoas. Sente-se insegura, com dúvidas quanto ao amor e cuidados que recebe. Rita fez um desenho da família e da escola. No desenho da família só estão ela e a mãe. Percebo que o pai e os irmãos estão excluídos de sua vida. Este desenho foi muito apagado, que demonstra existência de conflitos, embora as pessoas apareçam rodeadas de corações, flores, sol, figuras ligadas a afeto, proteção. Interpreto que ela tem uma relação tão agarrada à mãe, que não há espaço para outras

peças em sua vida e que ela deve sofrer muito com isso. No desenho da escola estão uma pessoa aprendendo e a outra ensinando. Neste desenho faz referência à situação escolar e à relação dela comigo. A figura adulta é apagada, interpreto que há conflitos quanto a poder aprender e crescer. Entrevistas com a Mãe A mãe tem 36 anos, mas com aparência de uma pessoa com mais idade, com traços faciais sofridos. Durante as entrevistas mostrou-se muito ansiosa, dizia que não poderia se retirar da escola, porque Rita fica desesperada. Relatou todas as propostas da professora e da coordenadora para Rita ficar na escola sozinha, mas mostrou resistência diante de todas. Dizia que se sentia ansiosa quando a filha chorava, muitas vezes chorava também e levava-a para casa. Porém, no primeiro dia que Rita foi trazida à clínica e agarrou-se a ela, quando a convidei para me acompanhar, mostrou-se muito irritada, ameaçou chamar o pai, que iria bater nela. A mãe se mostrava ambivalente e ansiosa. Diante de todas as propostas da escola, repetia que se Rita chorasse ela não a deixaria sozinha na escola. Estávamos no final do mês de maio e a mãe sofria antecipadamente, os possíveis conflitos que a filha pode apresentar ao retornar às aulas após período de férias. Dizia todos os progressos obtidos iriam ser perdidos e que teriam que dar um novo início. Sentia-se muito ansiosa e alimentava-se compulsivamente. Percebi que a mãe mantinha uma relação simbiótica com a filha e relutava em separar-se dela. Rita parecia captar o desespero da mãe e tinha medo que ela morresse. Rita cuidava da mãe, que muito sofria. Foi utilizada uma técnica projetiva com a mãe – o Procedimento Desenho-Estória com Tema, sendo solicitado que desenhasse uma criança com problema. Desenhou uma criança e contou a história de uma criança com Síndrome de Down, que precisa de muito amor e carinho, que a mãe passa por várias provações, pois tem pessoas com muito preconceito a respeito da criança. Acha que crianças assim são chatas e violentas, necessita de muitos cuidados, como ir ao médico, e de cuidados especiais. Essas crianças são muito carinhosas e inteligentes só precisam de respeito e da amizade de outras crianças. Essa história mostra como essa mãe trata Rita, como se ela fosse uma criança doente, que precisa ser protegida das pessoas. Como uma criança com Síndrome de Down, Rita é tratada como uma pessoa que vai ser sempre cuidada por sua mãe. Rita não pode ser vista por sua mãe como uma criança saudável, porque ela precisa da companhia de sua filha, a quem se apegou desde que soube que seu marido a traía. Conversamos com a mãe sobre as suas dificuldades para se separar de Rita. Mostramos como ela ficava bem comigo na sala assim que a mãe se retirava. Ali ela podia deixar Rita comigo, pois ela estaria sendo cuidada por minha colega. Na escola, Rita fica nervosa, pois vê sua mãe sofrendo muito e não quer se separar dela. A mãe concordou e aceitou nossa indicação para uma psicoterapia individual.

Conclusão: O caso de Rita ilustra como as técnicas projetivas tiveram efeitos terapêuticos tanto para a criança como possibilitou que a mãe compreendesse a sua dificuldade para permitir a separação da filha. As técnicas projetivas facilitaram o vínculo de Rita comigo e ela pode organizar sua realidade de forma mais agradável e menos ameaçadora. Quanto aos resultados obtidos quanto à separação de Rita da mãe não implica na resolução dos conflitos que estão subjacentes. A diferença obtida pela aplicação do Psicodiagnóstico Interventivo pareceu surgir na experiência de Rita conseguir ficar com outra pessoa sem a presença da mãe, e na conscientização desta, quanto às suas dificuldades em permitir que a filha adquira autonomia. Durante as entrevistas a mãe mostrou muito sofrimento diante dessa constatação, mas sentiu o quanto precisava de ajuda e aceitou receber atendimento psicoterápico. Para nós, estudantes de psicologia, esse processo também foi importante no sentido de, ao longo do processo, sentirmos que pudemos proporcionar holding às nossas pacientes, além de termos a oportunidade de fazermos uma avaliação mais acurada do caso. Acreditamos que pudemos fortalecer os movimentos da criança e da mãe em direção à cura.

Verônica Maria Ferreira E mail: veronica.maria@yahoo.com.br

Do Sofrimento do Sujeito Faz Nascer um Personagem: Branca de Neve

BATISTA, Cleide Vitor Mussini;

Área: Psicopedagogia

Fonte: Psicanálise e Transdisciplina

Objetivo: Verificar a influência dos contos de fadas nas situações de conflito vivenciadas pela criança com transtornos globais de desenvolvimento; Verificar como a criança, através da fabulação presente nos contos de fadas, em atendimento clínico, constrói e explica fatos e situações vivenciadas por ela.

Método: Relato de caso clínico. Este estudo foi desenvolvido no Centro Interdisciplinar de Diagnóstico e Tratamento Precoce do Distúrbios Globais do Desenvolvimento - Espaço Escuta/Londrina - Paraná. A criança, participante deste estudo é dp sexo feminino com idade de 7 anos.

Desenvolvimento: Branca de Neve, hoje, vive com sua mãe, mas outrora, por motivo de uma longa viagem da mãe, vivera por três anos com uma outra pessoa, que a denominaremos como madrasta. Branca de Neve tinha dois anos quando tudo isso aconteceu. Sua mãe lhe matricula em uma escola e após quinze dias lhe comunica que vai realizar uma viagem e que logo retornará. Enquanto isso, Branca de Neve ficará sobre os cuidados da proprietária da escola - a madrasta. Passou longo três anos e agora Branca de Neve já tem cinco anos. No retorno da mãe, Branca de Neve é retirada deste lugar e passa a conviver novamente com a mãe. Na angústia de ter essa filha de novo, a mãe cria toda uma história em torno da madrasta. Branca de Neve na angústia da mãe se angustia e se desorganiza enquanto um sujeito que busca compreender sua história. Inicia-se, então, os atendimentos. Branca de Neve, nestes dois anos busca compreender o dito e o não dito e nesta angustia por fazer entender e ser entendida busca por refugiar-se num mundo não muito distante: o reino da fantasia. Branca de Neve começa a fantasiar com um segmento da realidade mais ou menos bem observado, o que poderá evocar nela necessidades e angústias tão fortes que pode deixar-se arrastar por elas. Muitas vezes as coisas tornam-se tão confusas no seu espírito que ela não consegue apartá-las umas das outras. Mas é necessário um certo ordenamento para que Branca de Neve regresse à realidade, não enfraquecida nem vencida, mas antes fortalecida por esta excursão pelas suas fantasias. Os contos de fadas ajudam-na, mostrando-lhe como uma claridade superior pode emergir, e emerge mesmo, de todas as suas fantasias. Estes contos começam geralmente de uma forma bastante realista: uma mãe que diz à filha para ir sozinha visitar a avó (Chapeuzinho Vermelho); as dificuldades que um pobre casal tem para sustentar os filhos (Hansel e Gretel); um pescador que não apanha nenhum peixe na sua rede (O Pescador e o Gênio). Isto é, a história começa com uma situação real, mas de certo modo problemática. Uma criança, perante os problemas e acontecimentos que, no dia-a-dia, a deixam perplexa, é estimulada pela sua educação a compreender o como e o porquê destas situações e a procurar soluções. Contudo, uma vez que o raciocínio tem, então, um fraco controle sobre o seu inconsciente, a imaginação de Branca de Neve foge da pressão das emoções e dos conflitos não resolvidos. A habilidade do raciocínio emergente de Branca de Neve é depressa subjugada por angústias, esperanças, receios, desejos, simpatias e ódios que se entrelaçam com o que quer que seja que ela tenha começado a pensar.

Conclusão Uma criança familiarizada com os contos de fadas compreende que eles lhe falam numa linguagem de símbolos e não na da realidade de todos os dias. O conto de fadas diz-nos, a partir do seu intróito, através do seu enredo e pelo seu desfecho, que aquilo de que nos fala não são fatos tangíveis ou pessoas e lugares reais. Os acontecimentos reais só se tornam importantes para a criança através do sentido simbólico que ela lhes dá ou que ela neles encontra. Compartilhar um conto e acolher a fantasia infantil significa acolher a criança em sua integridade e ela poderá sentir que não está só e que suas emoções não são assustadoras, mas pertencem aos homens e podem ser vivenciadas.

Cleide Vitor Mussini Batista E-mail cler@uel.br

Qual o ambiente que quero: Preferências das crianças sobre diferentes organizações espaciais em sala de aula na Educação Infantil

SILVA, Andressa Dair da; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do.

Área: Psicologia Educacional.

Fonte: BARDIN, L. Análise do conteúdo. Lisboa: Ed.70, 1991. BENOIT, J.; CORDEIRO, M. H. Centro de educação infantil como contextos ao desenvolvimento: utilizando o nível de envolvimento nas atividades para avaliar o processo de aprendizagem. *Contrapontos*. Vol.4n.1 jan/abr.2004. p. 189-211. BROWN, D. O brincar, o pátio de recreio e a cultura da infância. In: MOYLES, J. R. A excelência do brincar. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 63-79. BROUGÈRE, G. O que é brincadeira? *Revista Criança, do professor de educação infantil*, nº 31. Ministério da educação e desporto. Nov/1998. CARVALHO, M. I. C. e RUBIANO, M. R. B. Organização do Espaço em Instituições Pré-escolares. In: OLIVEIRA, Z. M. (Org.) *Educação Infantil: muitos olhares*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 107 – 130. FERRAZ, B. ; FLORES, F. Espaço atraente: espelho de valores. *Revista da criança*, nº38. Ministério da educação e desporto. 2001. HEASLIP, P. Fazendo com que o brincar funcione em sala de aula. In: MOYLES, J. R. A excelência do brincar. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 121-132. HISLAM, J. Experiências do brincar diferenciadas pelo sexo e pelas escolhas das crianças. In: MOYLES, J. R. A excelência do brincar. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 50-62. HORN, M. G. S. Sabores, cores, sons, aromas: a organização dos espaços na educação infantil. Porto Alegre: Artmed, 2004. HUIZINGA, JOHAN. *Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura*. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. KATZ, LILIAN. O que podemos aprender com Reggio Emilia? In: EDWARDS, C. *As cem linguagens da criança: a abordagem de Reggio Emilia na educação da primeira infância*. Porto alegre: Artmed, 1999. KISHIMOTO, T. M. (Org.) *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1999. _____, T. M. *O jogo e a educação infantil*. São Paulo: Pioneira, 1998. MACHADO, M. L. A. *Educação Infantil e Sócio-Interacionismo*. In: OLIVEIRA, Z. M. (Org.) *Educação Infantil: muitos olhares*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 25 – 50. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil*. Brasília: MEC/SEF, 2001. MOYLES, J. R. *Só Brincar? O papel do brincar na educação infantil*. Porto Alegre: Artmed, 2002. _____, J. R. A excelência do brincar. Porto Alegre: Artmed, 2006. OLIVEIRA, Z. M. et al. *Creches: crianças, faz de conta & cia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. OLIVEIRA, Z. M. (org.) *Educação Infantil: muitos olhares*. 4º ed. São Paulo : Cortez, 2000. ORTEGA-RUIZ, Rosário. *Jugar y aprender*. 2ª ed. Sevilla, Espana: Diada, 1995. PAPANIA, D. E. & OLDS, S. W. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. ROSSI, Claudia Maria Soares. : perda de tempo ou preciosa ajuda? Disponível em http://www.educacaoonline.pro.br/brincadeira_na_escola.asp?f_id_artigo=Acessado em: 18/04/07. SEBER, M. G. *Psicologia do pré-escolar uma visão construtivista*. São Paulo: Moderna, 1995. ITAJAÍ - SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, Diretrizes curriculares para a rede municipal de Educação infantil de Itajaí. Itajaí, 2000. SHAFFER, D. R. *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. SILVA, R. B. Um estudo exploratório sobre os elementos que constituem o ambiente de qualidade para a Educação Infantil. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) – Universidade do Vale do Itajaí. 2003. SMITH, P. K. O brincar e os usos do brincar. In: MOYLES, J. R. A excelência do brincar. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 25-38. ZABALZA, MIGUEL. *Qualidade em Educação Infantil*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

Objetivo: Conhecer a preferência das crianças da educação infantil, sobre as seguintes possibilidades de organização espacial: espaço tradicional, espaço lúdico e espaço misto. Apontar indicativos que propiciem ao professor reflexões sobre as preferências das crianças acerca de diferentes formas da organização espacial nos processos educativos como forma de complementação de sua prática pedagógica.

Método: A pesquisa foi realizada em uma sala de aula de Educação Infantil, com 14 crianças,

com idade entre 5 e 6 anos, de ambos os sexos, que estudam em um centro de educação infantil municipal. Os instrumentos utilizados foram fotos, filmagem e entrevista estimulada. Os dados das entrevistas foram analisados qualitativamente a a partir de 3 categorias (espaço tradicional, espaço lúdico e espaço misto).

Desenvolvimento: Para possibilitar a coleta de dados foi proposto ao Centro de Educação Infantil que se promovesse com as crianças/sujeitos algumas experiências anteriores com os diversos tipos de estrutura de sala de aula que seriam utilizados na pesquisa. Ato seguido a pesquisadora efetivou novos contatos com o grupo e a partir do momento em que se formou um vínculo melhor deu-se início à coleta de dados propriamente dita, que consistiu basicamente em observar, fotografar e filmar as atitudes e reações das crianças frente a esses espaços e a partir dos materiais gerados promoveu-se a entrevista estimulada, que se deu de forma coletiva.

Conclusão: Foi possível então verificar que a maioria das crianças prefere a sala organizada em cantos lúdicos, porém algumas preferem também realizar tarefas, quando estas são realizadas no mesmo espaço que oportuniza a brincadeira. Baseando-se em assuntos como a organização do ambiente na prática educativa, diferentes possibilidades de organização espacial e sobre as possibilidades de crianças de 5 a 6 anos, conseguiu-se reconhecer o que elas preferem na organização dos espaços que elas mesmas habitarão. Além disso, no discurso das crianças pode-se levantar como indicativos a necessidade da descentração da figura do adulto; que o professor deve observar, registrar e interferir, oportunizando novos espaços para a construção do conhecimento e que a organização do espaço deve considerar situações que promovam a interação, assim como trabalhar identidade, autonomia, segurança e confiança das crianças.

Maria Isabel do Nascimento-André E mail misabel@univali.br

A Importância do Brincar no Desenvolvimento Infantil

ARAÚJO, Ana Karina F; ANAUATE, Carla; SANCHES, Christiane

Área: CLÍNICA EDUCAÇÃO HOSPITALAR

Fonte: Psicanálise sócio-histórica

Objetivo: Apresentar uma interface entre a educação, clínica e hospital por meio do brincar.

Método: Para realização deste trabalho foram utilizadas técnicas de expressão como: vivências, interação por meio do brincar e troca de papéis.

Desenvolvimento: Este trabalho visa permitir que a criança possa ser e expressar o seu verdadeiro self por meio do gesto espontâneo e criatividade; e também a partir do trabalho da relação estabelecida no campo emocional terapeuta-paciente. Isto é fundamental para proporcionar o desenvolvimento afetivo-emocional e cognitivo da criança. Desenvolver atividades com a finalidade de proporcionar um maior entrosamento entre as crianças concerne o objetivo deste trabalho, bem como possibilitar a generalização destas relações para outras situações de vida.

Conclusão: O brincar, portanto, possibilitará com que a criança desenvolva uma atividade criativa, relacional e mental sendo que o compartilhar dessas experiências manifesta na criança a expressão do seu verdadeiro “eu” e a noção do lugar que ocupa no mundo.

Christiane Sanches E-mail christianesanches@uol.com.br

