

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

***PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS:
AVALIAÇÃO E RESULTADOS***

Silvia Varela Dian

Orientação: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes
Porto Alegre, março de 2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

*PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS:
AVALIAÇÃO E RESULTADOS*

Silvia Varela Dian

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Tiellet Nunes

Orientadora

Porto Alegre, março de 2007.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Silvia Varela Dian

*PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS:
AVALIAÇÃO E RESULTADOS*

Comissão Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Tiellet Nunes
Presidente

Prof^a. Dr^a. Alice Maggi
UCS

Prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires
UNISINOS

*Ao Fernando, meu marido e grande amor,
por seu companheirismo, carinho e apoio
constante;*

*Aos meus pais, Silvio e Aureci, por sempre
investirem e acreditarem em mim;*

*Ao Fabrício, meu irmão, por seu incentivo e
amizade.*

AGRADECIMENTOS

É com muito carinho e admiração que agradeço as pessoas que me ajudaram na composição deste trabalho:

À Professora e Orientadora Maria Lúcia Tiellet Nunes, por seus inúmeros ensinamentos e por compartilhar generosamente sua experiência como pesquisadora.

Ao CEAPIA, representado por sua diretoria, terapeutas e funcionárias, pela aprovação, viabilização e incentivo a esta pesquisa.

Aos pacientes que gentilmente aceitaram participar deste trabalho.

Aos colegas e amigos Elisabeth Kuhn Deakin e Rodrigo Linck Graeff, pelo incentivo e inestimável auxílio na coleta dos dados.

À Psicanalista Astrid Müller Ribeiro, por sua escuta compreensiva que tanto tem ajudado em meu desenvolvimento.

Às amigas e colegas Carolina Falcão Dockhorn, Lisiane Saraiva e Paula Campezzatto, pelo companheirismo nesta trajetória.

À colega Luciana Balestrin Redivo, por sua generosa colaboração na formatação dos artigos.

Às colegas do grupo de pesquisa, pela amizade e pelos trabalhos em conjunto.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
APRESENTAÇÃO.....	9
1 Primeira Seção de Estudo Teórico: “Separação-individuação e complexo de Édipo: conflitivas desenvolvimentais a elaborar”.....	12
2 Segunda Seção de Estudo Empírico: “Avaliação Psicológica de crianças em um centro de formação em Psicoterapia Psicanalítica”.....	30
3 Terceira Seção de Estudo Empírico: “Avaliação de resultados da Psicoterapia Psicanalítica: três casos clínicos”.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
ANEXOS.....	89
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS.....	91

RESUMO

Foram elaboradas três seções para a composição da dissertação de mestrado. Na primeira, foi realizada uma revisão conceitual sobre conflito, destacando as duas conflitivas fundamentais para a organização e o desenvolvimento do psiquismo infantil: separação-indivuação e complexo de Édipo. Busca-se, dessa forma, articular autores psicanalíticos clássicos, que são importantes expoentes teóricos para compreensão do desenvolvimento infantil como Freud e Margareth Mahler, com autores contemporâneos e suas contribuições. Destaca-se a importância dos psicólogos clínicos conhecerem o desenvolvimento infantil para avaliar e tratar situações que perpassam as crises vitais, podendo assim agir de forma preventiva no tratamento dos sofrimentos psíquicos e proporcionar maior bem estar e saúde às crianças e aos seus familiares. Na segunda seção, a proposta é categorizar um grupo clínico formado por 52 crianças que foram avaliadas por meio de testes psicológicos (Bender e WISC-III), da escala CBCL (preenchida pelos pais/responsáveis) e dos dados das fichas e prontuários dos pacientes. Isso com o objetivo de melhor compreender as dificuldades que mobilizaram seus familiares a procurar atendimento especializado. O trabalho visou identificar variáveis sócio-demográficas, clínicas e de resultado da avaliação psicológica; examinar a existência de relações entre: variáveis sócio-demográficas entre si, queixas e hipótese diagnóstica, hipótese diagnóstica e QI Total (WISC), hipótese diagnóstica e resultados da avaliação com o teste Bender, hipótese diagnóstica e resultados do CBCL (preenchido pelos pais em relação aos sintomas comportamentais). Por fim, através da avaliação, o estudo demonstra que as crianças estão sofrendo de intensa ansiedade que acarreta prejuízos em todos os aspectos de seu desenvolvimento. O estudo considera ainda, a relevância da avaliação e do tratamento psicológico na infância como prevenção de futuros padecimentos. A terceira seção apresenta a viabilidade de estudar resultados da Psicoterapia Psicanalítica através de três estudos de casos, que foram avaliados antes de iniciar o tratamento e um ano após a Psicoterapia Psicanalítica, por meio de testes psicológicos (Bender, WISC-III, Teste das Fábulas e Rorschach), da escala CBCL e dos dados das fichas e dos prontuários dos pacientes. Os casos estudados apresentaram melhora na qualidade de suas relações afetivas e no controle de suas ansiedades. Foi possível observar que a Psicoterapia auxiliou na retomada do curso desenvolvimental normal e proporcionou às crianças maior estabilidade emocional. Os resultados obtidos pelos instrumentos de avaliação, possibilitaram a mensuração da evolução do atendimento, oferecendo aos psicólogos e aos familiares indicativos mais objetivos do desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: crianças, separação-indivuação, complexo de Édipo, Psicoterapia Psicanalítica, avaliação psicológica.

- Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)
- Sub-área conforme classificação CNPq:
 - 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)
 - 7.07.10.01-5 (Intervenção Terapêutica)

Psychoanalytic psychotherapy with children: evaluation and results

ABSTRACT

The present Master's degree paper is composed by three sections. The first is a conceptual review about the concept of conflict, highlighting two basic conflicts for the organization and psychic development of a child: Separation-Individuation and Oedipus Complex. This had been done by articulating the thought of classical Psychoanalytic authors, important theoretical exponents regarding child's development comprehension, such as Freud and Margareth Mahler, with contemporary authors and their contributions. The focus is the importance of Clinical Psychologists' knowledge about child's development in order to evaluate and treat situations beyond vital crises, in order to be preventive towards psychic suffering and provide greater welfare and mental health to the children and their relatives. The aim of the second sections was to characterize a clinic group composed by 52 children, evaluated with psychological tests (Bender and WISC-III), CBCL scale (filled in by the children's parents or responsible) and data collected from the patients' documents and files in order to better understand the difficulties, which had made their parents look for specialized attendance. It is important to identify variables related to socio-demographic data, clinic and psychology's evaluation results; examine the existence of relations between socio-demographic variables themselves, complaints and diagnosis hypothesis, diagnosis hypothesis and Total IQ (WISC), diagnosis hypothesis and the results from Bender's test evaluation, diagnosis hypothesis and CBCL results (filled in by the children's parents, according to behavioral symptoms observed). Finally, based on the evaluation, the study shows that children are suffering from intense anxiety that causes damages in all aspects of their development. The study also considers the relevance of evaluation and psychological treatment during childhood as a way to prevent future suffering. The third section presents a study of Psychoanalytical Psychotherapy results with three case studies- children who were evaluated before the beginning of the treatment and a year later, by psychological tests (Bender, WISC-III, Fables Test and Rorschach), CBCL scale and data collected from the patients' documents and files. The studied cases had presented improvement in the quality of their affective relations and anxieties' control. It was possible to observe that Psychotherapy helped to retake children's development course, providing a better emotional stability for them. Results allowed the measure of the therapy evolution, offering psychologists and parents stronger evidence about the children's development.

Key Words: children, Separation-Individuation, Oedipus Complex, Psychoanalytic Psychotherapy, Psychological Evaluation.

Area according to the National Council for Scientific and Technological Development:

7.07.00.00-1 (Psychology)

Subarea:

7.07.10.00-7 (Treatment and Prevention)

7.07.10.01-5 (Therapeutic Intervention)

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inserida no Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção em Psicoterapia e Psicossomática”, coordenado pela Professora Dr. Maria Lúcia Tiellet Nunes, na linha de pesquisa Intervenções em Psicologia Clínica, no programa de Pós-graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Esta pesquisa faz parte de uma pesquisa mais ampla de doutorado da psicóloga Elizabeth Kuhn Deakin intitulada: *Avaliação dos resultados da Psicoterapia Psicanalítica com crianças*.

Inicialmente, foi elaborado um projeto de pesquisa intitulado *Psicoterapia Psicanalítica com crianças: elaboração dos conflitos avaliados através do teste das fábulas*, aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e pelo comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Embora tendo consciência de que a taxa de abandono de tratamento varia de 30% a 60%, (Lhullier & Nunes, 2004), foram realizados reiterados esforços para conseguir que sujeitos em número suficiente, conforme o proposto no projeto, realizassem uma avaliação psicológica, realizassem Psicoterapia Psicanalítica, por um ano, e depois fossem reavaliados com os mesmos instrumentos para a efetivação do trabalho; contudo, obteve-se um número inferior ao pretendido, e o prazo de um ano para viabilização do projeto mostrou-se curto, diante da referida e observada taxa de abandono.

Com isso, o projeto precisou ser redimensionado e, mesmo assim, foi possível, evidenciar tanto a necessidade de avaliação, através do estudo de 52 crianças avaliadas, conforme descrito na segunda seção, como o próprio resultado positivo da Psicoterapia, através de estudo de casos explorados na terceira seção.

Conforme Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004), em estudo de prevalência dos distúrbios psiquiátricos na infância e na adolescência, em um município predominantemente urbano, no sudeste do Brasil, foi constatado que 13% das crianças com idade entre sete e 14 anos apresentaram um diagnóstico psiquiátrico de acordo com o DSM-IV. Tomando por base as considerações verificadas, no estudo acima referido, para o município de Porto Alegre cuja população é de 1.416.735 habitantes, sendo 213.653, na faixa dos zero aos nove anos de idade, de acordo com dados da Fundação de Economia e Estatística do RS – FEE (2006) relativos ao ano de 2005, é possível estimar que 27.774 crianças necessitariam de atendimento especializado em saúde mental.

Neste sentido, observa-se a importância da prevenção em saúde mental, sendo indispensável a intervenção precoce, na vida das crianças, antes que os problemas se instalem e se solidifiquem, o que pode acarretar uma população adulta problemática, com graves prejuízos para os próprios indivíduos, seus familiares e à sociedade como um todo (Prebianchi & Cury, 2005 e Bordin & Paula, 2007).

Para executar a dissertação, foram elaboradas três seções de acordo com a Resolução nº 002/2004 de 25/03/2004 do Programa de Pós-graduação em Psicologia, que se refere à exigência de elaboração de um trabalho de revisão da literatura pertinente ao tema a ser pesquisado e, pelo menos uma pesquisa empírica sobre o assunto.

A partir do exposto, esta dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica foi concluída, com modificações em seu projeto inicial.

Referências

- Bordin, I. & Paula, C. (2007) Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes. In Mello, M. F.; Mello, A. e Kohn, R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre, RS ed. Artmed. (101-118).
- Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004) Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry, 43:6; (727 – 734).
- Lhullier, A. C. & Nunes, M. L. T. (2004) Uma aliança que se rompe. Ciência e Profissão; Diálogos, n. 1. (43-49).

1 PRIMEIRA SEÇÃO DE ESTUDO TEÓRICO

SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO E COMPLEXO DE ÉDIPO: CONFLITOS DESENVOLVIMENTAIS A ELABORAR

Introdução

O estudo e a pesquisa em avaliação psicológica na infância são de extrema importância para a produção de novos conhecimentos, principalmente porque a avaliação psicológica, na infância, pode ser preventiva, evitando o desenvolvimento de futuras psicopatologias. Como bem destaca Kancyper (1999): “O que se silencia na infância, manifesta-se a grito na adolescência” (p.77).

De acordo com Resende (2001), a infância é o período da vida no qual o indivíduo, guiado pela família, introduz-se na cultura para se adaptar às normas e tornar-se capaz de estabelecer relações interpessoais. Contudo, alterações no desenvolvimento psíquico podem acarretar rupturas no processo de inserção social.

Cada etapa do desenvolvimento infantil é marcada por tensões próprias e muitas delas se refletem em sintomas físicos e/ou psicológicos. Essas tensões podem se extinguir com o decorrer do desenvolvimento ou persistir, invadindo outras etapas, e em alguns casos, aprisionando o crescimento, quando então a intervenção profissional especializada através da Avaliação Psicológica, torna-se indispensável para que uma indicação

terapêutica adequada possa ser realizada. Em muitos casos, o tratamento psicoterápico se faz necessário para que o desenvolvimento emocional siga seu curso habitual.

“... o nascimento biológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento bem delimitado, dramático e observável, o último, um processo intrapsíquico de lento desdobrar” (Mahler, Pine & Bergman, 1975/2002, p.15).

Para Pine (1997), existem muitos caminhos para o processo de desenvolvimento ao longo dos quais as pessoas se movimentam, destacando-se o movimento da falta de consciência, o da separação em direção ao crescimento de tal consciência e a mudança de apego ao outro indiferenciado para o apego ao outro diferenciado.

Da construção teórica psicanalítica, os conceitos relativos ao processo de separação-individuação e ao complexo de Édipo são fundamentais para a compreensão da criança, desde seu nascimento até o momento de seu ingresso no mundo social mais amplo que a família – representado pela escola, na sociedade (Viana, 1995), pois são os conflitos que antecedem a latência.

Dessa forma, ao estudar-se crianças em idade pré-escolar, é necessário abordar o conflito de separação-individuação e o conflito edípico. Quando bem elaborados, a criança pode seguir seu curso de desenvolvimento vital rumo à latência, utilizando sua energia para aprendizagem formal. Conforme Ferreira & Araújo (2001), a idade escolar exige a superação dos conflitos que vêm sendo lentamente elaborados durante as fases anteriores: ligação, controle e identificação. Durante essas fases, o manejo da frustração, a perda da onipotência e a ligação simbiótica com os pais dão lugar ao interesse pelo

mundo e pelos seus iguais. Entretanto, nem sempre os conflitos são elaborados tão facilmente, e muitas crianças possuem indicação de psicoterapia para auxílio e acompanhamento na elaboração de seus conflitos.

Conflitos

Por conflito psíquico, se compreende a luta entre forças ou estruturas incompatíveis dentro da mente. Os desejos entram em conflito com as proibições internas ou externas, o ego é ameaçado e produz ansiedade sinal, as defesas são mobilizadas na tentativa de solucionar o conflito. Um conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, exprimindo-se de maneira deformada através da formação de sintomas, das desordens do comportamento, das perturbações do caráter, entre outras expressões (Moore & Fine, 1992).

A Psicanálise considera o conflito como constitutivo do ser humano, e isso, em diversas perspectivas: conflito entre desejo e defesa, conflito entre os diferentes sistemas ou instâncias, conflito entre as pulsões, e por fim o conflito edipiano, no qual não apenas defrontam-se desejos contrários, mas também a interdição (Laplanche & Pontalis, 1995). Expresso de outra forma, o conflito psíquico se define por oposição de exigências internas contrárias, sendo o sintoma neurótico um produto do compromisso entre os grupos de representações contraditórias (Chabert, 2004). Ainda para Cruz (2003), o conflito tanto pode causar um processo de fragmentação psíquica, como servir de movimento de significação e integração, no mundo interno, ao ser transformado em experiência de vida; nesse sentido, o autor traz como exemplo a criação literária como forma de elaboração de conflitos.

Levy (2005), em uma revisão conceitual sobre elaboração, refere às considerações freudianas segundo as quais a elaboração poderia ocorrer espontaneamente através do sonho ou do trabalho do luto, ou ainda ser resultante do tratamento psicanalítico; de qualquer maneira, elaboração se refere ao trabalho psíquico de transformar e transmitir as energias recebidas pelo aparelho mental. No tratamento, a elaboração, seria a forma como as interpretações e os *insight* dela decorrentes são integrados, conferindo um significado determinado a cenários da vida emocional, abrindo novas possibilidades para que o paciente expresse seus afetos e se desenvolva emocionalmente.

Para Kancyper (2003), mesmo que o método psicanalítico tenha como objetivo fundamental – “fazer consciente o inconsciente” - isso é só o início, visto que o processo de análise acontece através do trabalho de elaboração que Freud (1914) considerava como sendo o principal fator da eficácia terapêutica.

Nesse sentido, Laplanche e Pontalis (1995) definem elaboração como: processo em virtude do qual o analisando integra a interpretação e supera as resistências que esta suscita. Trata-se de uma espécie de trabalho psíquico que permite ao sujeito aceitar certos elementos e se livrar do domínio da insistência dos mecanismos repetitivos.

A psicoterapia de orientação psicanalítica busca auxiliar a criança na elaboração dos conflitos dos quais sozinha ela não conseguiu se desvencilhar, precisando do auxílio especializado para dar sentido as suas angústias e assim conseguir canalizar seus afetos de forma mais produtiva, sentindo-se mais livre e capaz para vivenciar sua real idade física e psíquica.

Para melhor entendimento do desenvolvimento emocional e das conflitivas vivenciadas pelas crianças, faz-se necessário aqui, retomar os conceitos de separação-individação e de complexo de Édipo.

Separação-individação

No início de suas pesquisas sobre desenvolvimento normal infantil, Mahler (1964/1982) utiliza os termos autismo normal e simbiose normal como pré-requisitos para o estabelecimento do processo normal de separação-individação. Do ponto de vista desenvolvimental, cada fase é um período de tempo no qual há uma contribuição qualitativamente diferente ao crescimento psicológico.

A fase autista normal estaria a serviço da consolidação pós-natal do crescimento fisiológico extra-uterino e promove a homeostase pós-natal. A fase simbiótica normal é marcada pela importante capacidade filogenética que o ser humano possui de envolver a mãe dentro da unidade dual, que forma a base primeira na qual as relações posteriores se originarão (Mahler, Pine e Bergman 1975/2002). A escolha de Mahler, então, pelo termo simbiose foi foco de crítica por ser um termo emprestado da biologia, referindo-se à interdependência mútua; esse não é o caso, a situação pode estar presente na fantasia das mães e das crianças, mas não de fato (Pine, 2004).

A fase de separação individação caracteriza-se pelo aumento constante da consciência do desligamento entre o *self* e o “outro” que coincide com as origens do sentido da verdadeira relação de objeto e da consciência da realidade do mundo externo (Mahler, Pine & Bergman, 1975/2002).

Separação e individuação são concebidas como dois desenvolvimentos complementares: a separação consiste na saída da criança da fusão simbiótica com a mãe, e a individuação consiste nas aquisições que marcam o momento em que a criança assume suas próprias características individuais (Pine, 1997).

O processo denominado por Mahler (1964/1982) como separação-individuação, tem início por volta dos cinco meses de vida da criança e se estende até mais ou menos os 36 meses de idade. Esse processo é subdividido em quatro fases observáveis e sobrepostas:

1- *Diferenciação*: início aos cinco ou seis meses, caracterizada pela diminuição da dependência corporal da mãe. Coincide com a maturação das funções parciais de locomoção, como engatinhar e levantar-se. O bebê também começa a olhar além de seu campo visual imediato. Essas funções emergentes são expressas em íntima proximidade da mãe.

2- *Exploração*: o início pode se sobrepor ao da fase anterior a partir dos 10 meses e prosseguir até os 15 meses. O bebê agora aumenta o desempenho de suas atividades motoras e a exploração de seu ambiente em expansão, humano e inanimado, através do engatinhar. A principal característica dessa subfase é o grande investimento narcisista da criança em suas próprias funções e em seu próprio corpo, bem como nos objetos alvos de sua investigação. A criança começa a aventurar-se para além do espaço ao redor de sua mãe. Porém, periodicamente, volta até ela para se *reabastecer emocionalmente* através contato físico com a mesma.

3- *Reaproximação*: à medida que vai dominando a locomoção, aproximadamente dos 14 aos 22 meses, o bebê se sente autorizado a separar-se da mãe. Isso vai provocar o

prazer do domínio e também a ansiedade da separação. Movimenta-se para longe da mãe, mas sente o desejo e a necessidade de tê-la por perto para compartilhar novas aquisições, reaproximando-se dela.

4- *Constância Objetal*: dos 24 aos 36 meses, a quarta subfase se caracteriza pelo desenvolvimento de complexas funções cognitivas: comunicação verbal, fantasia e critério de realidade, com o estabelecimento de representações mentais do *self* distintamente separadas das representações de objeto, o caminho para constância objetal.

Pine, em um artigo publicado em 2004, revisa e redefine as formulações de Mahler sobre simbiose e separação-individuação. Resumidamente, dois pontos importantes foram modificados por ele acerca da postulação inicial de Mahler. Em primeiro lugar, Pine lembra que a criança não é toda fusionada, mas que passa por experiências de se diferenciar da mãe e diferenciar a mãe de outros. Portanto, esse primeiro período contém algumas “experiências” de indiferenciação para ambos, mãe e bebê, e em alguns pares mãe-bebê esses momentos trazem intensos conflitos que podem acarretar conseqüências ao longo do desenvolvimento. A segunda modificação conduz a um maior reconhecimento das diferenças individuais, considerando que algumas crianças passam relativamente bem por cada fase, outras passam com grandes dificuldades. Nesse ponto, Pine (2004) retoma o conceito de *mother’s “magnification” of the infant’s experience*, descrito por ele em 1990: quando algo da experiência da criança cruza o caminho com as experiências emocionais maternas repletas de conflitos, ansiedades e ou ambivalência, o *handling* que a mãe dará à criança será reflexo de seus próprios conflitos e isso afetará a criança profundamente. A disponibilidade ou não da mãe para com a criança pode ser uma rota para entender como a momentânea experiência de fusão

durante o momento dos cuidados maternos afeta algumas crianças, isso amplia o entendimento do por que em alguns o fenômeno de fusão emerge na separação e se torna central ao longo da vida, aparecendo como distúrbios centrais na clínica (Pine, 2004).

Silverman (2005) questiona os postulados de Pine sobre os “momentos” de experiência de fusão entre a criança e a mãe. Ela propõe que essas experiências não são parte do desenvolvimento normal, mas representam relacionamentos de apego mal adaptados. Nesse sentido, considera-se as categorias do apego seguro e inseguro para entendimento dos estilos parentais; especialmente, nos estilos categorizados como apego extremamente inseguro, observa-se que os filhos demonstram um apego desorganizado com potencial para o desenvolvimento de patologias.

A constância objetal ajuda a criança a resolver um dos conflitos do processo separação-indivuação: o conflito existente entre o apego e a autonomia. Ao adquirir a constância objetal, a criança pode “carregar a mãe dentro de si”, pode ter a mãe em sua mente enquanto desenvolve suas atividades com autonomia. Também é importante considerar que o objeto interno pode ser melhor (ou pior) que o objeto real, porque internamente, o objeto pode ser formado de acordo com as necessidades individuais e mudar conforme o desenvolvimento solicitar (Pine, 2004).

Mahler, Pine e Bergaman (1975/2002) evidenciam que as principais condições para a saúde mental, no que diz respeito ao desenvolvimento pré-edípico, dependem da habilidade que a criança alcança e mantém, em reter e restaurar a própria auto-estima no contexto de uma relativa constância objetal. Traumas (normais durante o desenvolvimento) acumulados na fase anal e, especialmente, na fase fálica, podem se

constituir em um bloqueio à aquisição da constância objetal, assim como a consolidação preliminar da individualidade da criança.

No curso do desenvolvimento normal, a criança deve manter uma relativa constância objetal para poder se afastar da mãe, e se encantar com o mundo ao seu redor; nesse mundo, o pai agora ocupa um lugar de destaque, assim como o interesse pelas diferenças sexuais, fazendo com que a fase fálica fique em evidência e com ela o complexo de Édipo tome seu lugar central no desenvolvimento psicológico.

Complexo de Édipo

O reconhecimento da diferença de gerações e de sexo, assim como o reconhecimento do “outro” como alguém diferente de si mesmo, são aquisições psíquicas fundamentais para a criança. Entretanto, em seu desamparo, ela necessita que seus pais a reconheçam primeiro como diferenciada da própria história edípica deles (Faimberg, 2001).

Freud, em 1905, já enfatizava a importância do estudo da sexualidade infantil, postulando a primeira teoria do desenvolvimento psicosssexual, sendo as principais fases descritas por ele: a oral, a anal e a fase fálica. A fase fálica se destaca por ser a etapa na qual o Complexo de Édipo ocorre. Em nota de rodapé na edição de 1920 dos Três ensaios da sexualidade, Freud acrescentou:

Disse-se com razão que o complexo de Édipo é o complexo nuclear das neuroses e representa a peça essencial no conteúdo delas. Nele, culmina a sexualidade infantil, que, por meio dos seus efeitos posteriores, influencia de maneira decisiva na sexualidade dos adultos. Cada novo humano confronta-se com a tarefa de dominar o complexo de Édipo; quem não consegue, cai vítima da neurose (p.213).

Conforme Laplanche e Pontalis (1995), o Complexo de Édipo é um conjunto organizador de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo se apresenta como na história do Édipo-Rei: desejo de morte do rival que é o personagem do mesmo sexo e desejo sexual pelo personagem do sexo oposto. Sob sua forma negativa, se apresenta de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e o ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas se encontram em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. Segundo Freud, o apogeu do Complexo de Édipo é vivido entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica; o seu declínio marca a entrada no período da latência. É revivido na puberdade e é superado com maior ou menor êxito num tipo especial de escolha de objeto.

Guedeney e Dugravier (2005) afirmam que certamente o Édipo existe: ele é o principal organizador do funcionamento psíquico e o modelo da triangulação é a maior descoberta da Psicanálise. É o momento-chave organizador, precedido por toda uma maturação. O Édipo se caracteriza pelo sentimento de exclusão (essa relação existe no decorrer de toda a infância) e pelo desenvolvimento de uma situação complexa entre três pessoas ao mesmo tempo.

O Édipo, no desenvolvimento vital, representa o sentimento de exclusão, e o final de certo estado de onipotência. Ele não aparece de repente. Ele é precedido por situações triangulares precoces, que são suas precursoras. O bebê é, a princípio, excluído do espaço de atenção dos seus pais, o que é uma experiência diferente do sentimento de solidão na presença do outro, e fecunda para o pensamento, pois ele vive a exclusão de um espaço de

controle estando já um pouco maior; enfim, ele vive a exclusão da intimidade sexual de seus pais.

Outro aspecto da conflitiva edípica é a rivalidade fraterna, em que a criança não é somente remetida a sua inveja do outro, mas é remetida à intimidade dos pais que a excluem. É também a marca da insegurança, da dificuldade em se sentir no seu próprio lugar e a se sentir seguro do amor dos pais.

O complexo de Édipo constitui uma das problemáticas fundamentais da teoria e da clínica psicanalítica, o momento crucial da constituição do sujeito situa-se no campo da cena edípica. Dessa forma, o Édipo não é somente o “complexo nuclear” das neuroses, mas também o ponto decisivo da sexualidade humana, ou melhor, do processo de produção da sexuação. Será a partir do Édipo que o sujeito estruturará e organizará seu vir- a- ser, sobretudo em torno da diferenciação entre os sexos e de seu posicionamento frente a angústia de castração (Moreira, 2004).

Freud (1924/ 1988) descreve o complexo de Édipo como sendo o fenômeno central do desenvolvimento sexual da primeira infância: a menina se considera aquilo que seu pai mais ama, o menino enxerga a mãe como sendo exclusividade sua. A criança tem impulsos sexuais com relação ao genitor do sexo oposto e deseja eliminar aquele do mesmo sexo, temendo punição por tais desejos. Entretanto, o complexo de Édipo encaminhar-se-á para a destruição por falta de sucesso e por sua impossibilidade interna, ou também como afirma Freud: “o complexo de Édipo deve ruir porque chegou a hora de sua desintegração, tal como os dentes de leite caem quando os permanentes começam a crescer” (p.193). Apesar de ser uma experiência individual, deve findar para que a próxima fase do desenvolvimento possa se instalar.

A resolução da conflitiva edípica conduz a criança a uma identificação com seus pais, processo no qual se instaura o superego, possibilitando à criança dispor de energias para sublimações, simbolizações e aprendizagens. Além disso, o ego estará mais hábil para manejar os impulsos e as fantasias, bem como para adiar gratificações e inibir a descarga dos impulsos via conduta, fazendo com que os processos de pensamento encontrem espaço para se desenvolver (Castro, 1998).

Em síntese, a criança em seu desenvolvimento necessita conquistar uma relativa constância objetal e, para isso, precisa ter passado de forma bem sucedida pelo processo de separação-indivuação, ter conquistado maior autonomia em suas ações, estando cônica de suas características próprias, diferenciando o que é seu e o que é do outro. Nesse sentido, abre-se a unidade dual com a mãe, a presença do pai recebe maior importância e a criança vivencia uma situação triangular edípica, vive um enamoramento pelo progenitor do sexo oposto, enquanto o genitor do mesmo sexo é tomado como um rival que deve ser eliminado; entretanto também é tomado como um modelo de identificação. Em meio a esses sentimentos amorosos e odiosos, a interdição do incesto é preponderante, o superego ocupa mais espaço e a criança abre mão de seus desejos edípicos e é guiada pelo processo secundário, adaptando-se a cultura em que está inserida. E assim, torna-se apta para ingressar em uma nova e fundamental fase – a latência.

Latência

A superação do processo de separação-indivuação, e a frustração da fase edípica determinam o ingresso no período de latência (Kramer & Byerly, 1996).

Sarnoff (1995) apresenta duas definições de latência úteis e comumente utilizadas:

- 1- Latência como uma faixa etária: utilizada como termo para representar o período que vai dos 6 aos 12 anos de idade.
- 2- Latência como um estado psicológico: utilizada para descrever um período de defesas dinâmicas, durante o qual a criança experimenta uma complexa reorganização da estrutura defensiva do ego.

O estado de latência é resultante de um processo ativo de organização das funções do ego, a serviço das exigências sociais. Há uma reação aos perigos inerentes à fantasia edípica (medos de castração), uma regressão defensiva do nível fálico ao sádico-anal de organização das tensões e de estruturas da imaginação associadas.

Na fase de latência, o ego se amplia oferecendo alternativas adaptativas para a descarga de tensão, por meio dos mecanismos de defesa que estão mais amadurecidos e podem ser utilizados no controle da tensão sádico-anal revivida nesse período. Entre as defesas disponíveis, encontram-se a sublimação, as atividades obsessivo-compulsivas, o fazer e o anular, a formação reativa e a repressão. Tais defesas produzem o estado psicológico de calma, docilidade e educabilidade, que auxiliam a criança a se adaptar a um mundo que exige integração social e habilidade para aprendizagem.

Macedo (2006) sintetiza a latência como um período de adiamento por meio da inatividade, o latente adia a genitalidade e recalca o desejo edípico que fica inativo, ocorrendo uma espécie de desvio da sexualidade causado pela interdição do incesto, impondo a busca de novos objetos pulsionais. Assim, esse desvio impulsionará a criança

para novos prazeres, como por exemplo: o da alfabetização, da convivência em grupo e dos jogos.

Por isso, Kramer e Byerly (1996) afirmam que o avanço das linhas desenvolvimentais permite a criança da latência experienciar uma gama mais ampla de comportamentos independentes, ampliando seus investimentos psicoenergéticos para incluir representações objetais além dos pais. O aumento da capacidade egóica da criança permite a ela lidar com a realidade durante a latência através do desenvolvimento de funções como: a cognição e a capacidade de postergar a gratificação. Isso tem o efeito de estabilizar o ego e, dessa maneira, limitar a regressão dos impulsos.

No estado de latência, a fantasia é utilizada como um meio de solucionar problemas, no qual os conflitos são vividos mais em pensamento do que na realidade. O latente consegue se auto tranquilizar por meio das fantasias secundárias que contêm símbolos tão dissimulados que parecem, nada mais do que um brinquedo inocente. Essas fantasias secundárias são produzidas como o resultado da repressão de fantasias primárias. Isso preserva o indivíduo de conflito com objetos reais e diminui a atuação dos impulsos (Sarnoff, 1995).

Urribarri (2002) postula o conceito de “trabalho de latência”, no qual os diversos mecanismos defensivos prévios transformam-se a serviço da sublimação. Para que isso ocorra, o aparelho psíquico amplia suas capacidades, os mecanismos defensivos do ego tornam-se mais maduros, havendo uma crescente capacidade do ego para controlar as tendências regressivas, através da ampliação de suas capacidades cognitivas, como por exemplo: aumento da capacidade simbólica do pensamento e da expressividade (verbal, gráfica ou corporal). Assim, o latente busca compreender e dominar seu meio ambiente

via aprendizagem; e para conseguir êxito em seu empreendimento precisa de autonomia e de um funcionamento psíquico de acordo com o princípio da realidade.

Com a latência espera-se que as fantasias de medo da infância sejam melhor simbolizadas, as crianças possam buscar amigos aumentando sua rede afetiva, os símbolos lúdicos possam ser usados como meio de comunicação e troca com outras crianças da mesma fase; a criança consiga freqüentar à escola e obter satisfação com a aprendizagem, podendo apreciar filmes, peças teatrais, programas de televisão, visitar colegas sem a companhia dos pais. Isso resulta em uma integração social bem sucedida.

Considerações Finais

O desenvolvimento psicológico infantil deve estar presente - e possuir grande significância - no arsenal teórico-clínico dos psicólogos para que estes possam realmente compreender o que se passa com seu paciente, na avaliação saber diferenciar uma crise desenvolvimental de uma patologia que está se instaurando e durante o tratamento psicoterápico acompanhar a evolução e auxiliar o paciente a se inserir no grupo de crianças da mesma faixa etária.

Ao longo de cada fase, a criança precisa vencer barreiras, abrir mão de situações conhecidas para descobrir novas potencialidades e crescer. Com isso, seu crescimento emocional pode caminhar ao lado de seu crescimento físico.

Entretanto, muitas vezes, na clínica psicológica, observa-se um número significativo de crianças com os conflitos desenvolvimentais para além de uma crise vital normal, pois não são superados com o próprio desenvolvimento, mas, ao contrário,

observa-se crianças estagnadas por conflitos impeditivos do crescimento que são acompanhados de sintomas e problemáticas ambientais desencadeadoras de psicopatologias, causando extremo sofrimento para a criança e para seus cuidadores. A criança passa a não conseguir mais acompanhar seus pares em aspectos de aprendizado, nas brincadeiras e nos relacionamentos afetivos.

Por fim, cabe enfatizar o já mencionado anteriormente: avaliação e tratamento na infância são preventivos de sofrimentos e psicopatologias na adolescência e idade adulta.

Referências

- Castro, M. G. (1998) Inibições intelectuais e fuga frente ao conhecimento. Dissertação de Mestrado. Não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Chabert, C. (2004) Psicanálise e Métodos Projetivos. São Paulo: Vetor.
- Cruz, J. (2003) Conflitos psíquico e criatividade: alguns exemplos colhidos na literatura. Revista de Psicanálise da Sociedade de Psicanálise de Porto Alegre, 10, (1); 87–97.
- Faimberg, H. (2001) Gerações: mal-entendo e verdades históricas. Porto Alegre-RS Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação Humana.
- Ferreira, M. H. e Araújo, M. S (2001) A idade escolar: latência (6 a 12 anos) In: C. L. Eizirik, F. Kapezinski. & A. M. S. Bassols. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. (105-115) Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Obras completas de Sigmund Freud E. S. B. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud, S. (1914) Sobre o narcisismo uma introdução. In: Obras completas de Sigmund Freud E. S. B. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud, S. (1924) A dissolução do complexo de Édipo. In: Obras completas de Sigmund Freud E. S. B. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

- Guedeney, A. & Dugravier, (2005) Édipo re-visitado? O complexo à luz do desenvolvimento. Revista Brasileira de Psicoterapia, 7 (1); 7-18.
- Kramer, S. & Byerly, L. (1996) Técnica da psicanálise da criança na latência. In: J. Glenn, Psicanálise e Psicoterapia de Crianças. (127-144). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kancyper, L. (1999) Confrontação de Gerações. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kancyper, L. (2003) O processo psicanalítico na adolescência: metapsicologia e clínica: Psicanálise - Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre, 5, (1); 107- 146.
- Laplanche, J & Pontalis, J.B. (1995) Vocabulário da Psicanálise. Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Levy, R. (2005) Insight e elaboração. In: C. L. Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky, Psicoterapia de Orientação Analítica Fundamentos Teóricos Clínicos. (268-286). Porto Alegre: Artmed.
- Macedo, M. (2006) Latência e Adolescência: um olhar da psicanálise. Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 5, (1); 9-16.
- Mahler, M. (1964) O processo de separação individualização. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- Mahler, M. Pine, F. & Bergman, A. (1975) O nascimento psicológico da criança: simbiose e individualização. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Moore, B. E. e Fine, B.D. (1992) Termos e Conceitos Psicanalíticos. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreira, J. (2004) Édipo em Freud: o movimento de uma teoria. Psicologia em Estudo, Maringá, 9,(2); 219- 227.
- Pine, F. (1997) A manifestação da patologia no processo de separação-individuação na prática clínica: uma tentativa de delineamento. Publicação CEAPIA, 10, (10); 7-36.
- Pine, F. (2004) Mahler's Concepts of "Symbiosis" and Separation-individuation: Revisited, Reevaluated, Refined. Journal of The American Psychoanalytic Association, 52, (2); 512 -533.
- Pine, F. (2005) Response to Doris Silverman. Journal of The American Psychoanalytic Association, 53, (1); 253 -255.
- Resende, V. R. (2001) Psicoterapia infantil e saúde mental preventiva. Revista de Psicologia do Departamento de Psicologia. (59-85) Bauru: UNESP.

Sarnoff, C (1995) Estratégias Psicoterapêuticas nos Anos de Latência Porto Alegre: Artes Médicas.

Silverman, D. (2005) Early Developmental Issue Reconsidered: Comentary on Pine's ideas on symbiosis. Journal of The American Psychoanalytic Association, 53 (1); 239 -251.

Viana, M. (1995) Aspectos Psicossociais da Criança Portadora de Fissura Lábio-Palatal. Dissertação de Mestrado. Não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Urribarri, R.(2002) Considerações teórico-clínicas sobre as patologias severas na adolescência. Revista Fepal – Mudanças e Permanências, 217- 237.

2 SEGUNDA SEÇÃO DE ESTUDO EMPÍRICO

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS EM UM CENTRO DE FORMAÇÃO EM PSICOTERAPIA PSICANALITICA

Introdução

No Brasil, muitas crianças e adolescentes vivem em condições adversas, expostos a situações de estresse. Nesse contexto, o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos se encontra favorecido, acarretando em altos índices de fracasso escolar e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Bordin & Paula, 2007).

Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004), após realizarem estudo de prevalência dos distúrbios psiquiátricos na infância e na adolescência em um município predominantemente urbano no sudeste do Brasil, constataram que 13% das crianças, com idade entre 7 e 14 anos, apresentaram um diagnóstico psiquiátrico de acordo com o DSM-IV. Os transtornos oposicional desafiante, transtorno de conduta e transtorno de ansiedade, seguidos por transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de humor depressivo foram os diagnósticos de maiores prevalências.

Quando esse estudo foi realizado (2000-2001), havia aproximadamente 27,1 milhões de crianças, entre sete e 14 de idade, freqüentando escolas brasileiras. Considerando as taxas de transtornos apresentadas na pesquisa para escolas de todo o Brasil, aproximadamente 3,4 milhões de brasileiros, entre 7 e 14 anos de idade, teriam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

Tomando por base as considerações verificadas, no estudo acima referido, para o município de Porto Alegre cuja população é de 1.416.735 habitantes, sendo 213.653 na faixa dos zero aos nove anos de idade de acordo com dados da Fundação de Economia e Estatística do RS – FEE (2006) relativos ao ano de 2005, é possível estimar que 27.774 crianças necessitariam de atendimento especializado em saúde mental.

Atualmente, a promoção da saúde está fortemente vinculada ao controle dos fatores de risco e de proteção. Nesse sentido, observa-se a importância da prevenção em saúde mental, sendo indispensável a intervenção precoce, na vida das crianças, antes que os problemas se instalem e se solidifiquem, acarretando em uma população adulta problemática, com graves prejuízos para os próprios indivíduos, seus familiares e à sociedade como um todo (Prebianchi & Cury, 2005 e Bordin & Paula, 2007).

Cada etapa do desenvolvimento infantil é marcada por tensões próprias, muitas delas refletem-se em sintomas físicos e/ou psicológicos, tensões que podem se extinguir com decorrer do desenvolvimento ou persistir, invadindo outras etapas e, em alguns casos, aprisionando o crescimento, quando então a intervenção profissional especializada através da Psicoterapia torna-se indispensável para que o desenvolvimento siga seu curso habitual (Dian & Nunes, 2006a).

A psicoterapia é uma arte e, no seu esforço sincero de trazer à luz ao universo tal como é percebido pela criança, aquele que pratica esta arte deve trabalhar com a disciplina que toda arte exige .. disciplina para documentar e reproduzir as técnicas que são eficazes (Coppolillo, 1990, p. 13).

A Psicoterapia com crianças é uma modalidade de atendimento que abarca diferentes problemáticas que causam sofrimento emocional, interferem no dia-a-dia da

criança e dificultam o desenvolvimento das habilidades adaptativas e/ou ameaçam o bem-estar da criança e dos que estão a sua volta (Weisz, Doos & Hawley, 2005).

A Psicoterapia Psicanalítica de crianças, conforme Sours (1996), apresenta metas de tratamento mais modestas que a Psicanálise, mas que podem ser mais palpáveis e não são menos importantes, pois promove a resolução de sintomas, a modificação do comportamento, um certo grau de mudança estrutural da personalidade e o retorno da criança aos impulsos desenvolvimentais normais, aspectos todos esses passíveis de verificação.

Para Mabilbe (2001), na Psicoterapia de orientação analítica, objetiva tratar o conflito atual do paciente, circunstância da vida presente que desorganizou emocionalmente o paciente, fazendo com que se sinta incapaz de encontrar uma solução para seu sofrimento, utilizando-se de seus próprios recursos.

A Psicoterapia ajuda a criança a tornar-se mais livre, mais conhecedora de si e dos outros, expressando suas emoções através da relação com o terapeuta. São seus principais objetivos: identificar e resolver conflitos, tratar acontecimentos focais, possibilitar a aquisição de *insights* e colocar a criança de volta ao curso desenvolvimental.

A interpretação do terapeuta é o cerne da técnica psicoterápica. Contudo, em Psicoterapia, o terapeuta dispõe de uma gama de intervenções que vão desde a interpretação até o encorajamento e a validação empática, de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente. O psicoterapeuta precisa estar preparado para as diferentes formas de comunicação apresentadas pelas crianças de acordo com idade, condições motoras, perceptivas, cognitivas e de linguagem. Assim, a Psicoterapia de crianças

oferece variáveis técnicas respeitando a individualidade de cada criança, que está em desenvolvimento (Zavaschi, Bassols, Bergmann, & Costa, 2005).

Diversos profissionais da área da saúde e da educação enfatizam o fato das crianças estarem em constante transformação, considerando que o desenvolvimento as impulsiona para mudanças e superações de problemas emocionais. Mesmo que muitos problemas presentes na idade escolar sejam solucionados por si, não se pode afirmar que tudo seja transitório (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003). É preciso considerar que transtornos e psicopatologias da vida adulta podem ter tido seu início na infância. Desse modo, avaliação e tratamento psicológico na infância, acima de tudo, têm um importante caráter preventivo de saúde mental.

Para que haja uma adequada indicação de tratamento psicoterápico, é fundamental que ocorra um período de avaliação psicológica do paciente, nessas consultas de avaliação, o profissional terá como respaldo instrumentos e técnicas para melhor entender a pessoa que busca auxílio (Nunes, Silva, Deakin, Dian & Campezzato, 2006).

A avaliação psicológica de uma criança tem por objetivo compreender os conflitos, sintomas e as dificuldades apresentadas, assim como os motivos que a levaram ao desenvolvimento de tais problemas (Falcão & Dian, 2006), é considerada como um processo que busca descrever e compreender a personalidade, investigar sintomas, levantar hipóteses diagnósticas, estimar prognóstico e indicar intervenção terapêutica necessária (Nunes, et al., 2006).

Para realizar uma avaliação, o terapeuta de crianças deve ser um profundo conhecedor do desenvolvimento normal infantil, bem como ter informações abundantes sobre o momento evolutivo em que se encontra a criança a ser avaliada, e sobre o

contexto no qual ela está inserida, assim poderá avaliar o grau de patologia, bem como possíveis paradas ou regressões no curso do desenvolvimento (Dian & Nunes, 2006b).

Tecnicamente, a avaliação é composta por entrevistas com os pais/responsáveis e com a criança, bem como contatos com outros profissionais que estiverem envolvidos no atendimento da criança como, por exemplo, professores e neurologistas. Acrescido a isso, os testes constituem um valioso instrumento diagnóstico que pode ser utilizado durante a avaliação para exame do funcionamento mental, levantamento de conflitos e defesas, bem como, no decorrer do tratamento, como medida de evolução (Zavascki, Bassols, Bergmann & Costa, 2005).

A utilização de instrumentos psicológicos pode enriquecer o processo diagnóstico e ampliar a qualidade de compreensão do paciente. Sendo fundamental reavaliar constantemente o diagnóstico, frente à evolução das queixas e dos achados clínicos, para garantir o bom resultado do processo psicoterápico (Souza, Herek, & Giroldo, 2003), principalmente ao se tratar de crianças, que são pacientes em fase de constante desenvolvimento emocional, social e cognitivo.

O psicodiagnóstico deve ser o ponto de partida para o trabalho psicoterápico, visto que, através dele, o terapeuta pode decidir o que fazer, como fazer e por que fazer com seu paciente. Nesse sentido, pode ser um meio valioso para direcionar o tratamento, possibilitando uma indicação precisa (Lilja, 1997 e França, 1999).

Objetivos

Identificar variáveis sócio-demográficas, clínicas e de resultado de avaliação psicológica em um grupo de 52 crianças encaminhadas para atendimento psicológico.

Examinar a existência de relações entre: variáveis sócio-demográficas entre si, queixas e hipótese diagnóstica, hipótese diagnóstica e QI Total (WISC), hipótese diagnóstica e resultados da avaliação com o teste Bender, hipótese diagnóstica e resultados do CBCL (preenchido pelos pais em relação aos sintomas comportamentais).

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de levantamento de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de resultados de testes psicológicos, assim como inferencial a respeito de correlação entre variáveis.

Sujeitos

Foram avaliadas 52 crianças de seis a 11 anos de idade, meninos e meninas, encaminhados ao Centro de Estudos Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA), para avaliação psicológica por diferentes sintomatologias. A seleção dos participantes deu-se por conveniência: crianças que buscaram atendimento psicoterápico no CEAPIA durante o ano de 2005, cujos responsáveis concordaram com a participação de seus filhos na pesquisa, foram avaliados.

Instrumentos

Foram utilizados a Ficha de Identificação do Paciente (padrão da instituição), a Ficha de Acompanhamento dos Pacientes (elaborada para esta pesquisa- anexo 1) e instrumentos de avaliação psicológica: o Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G)

(Koppitz, 1989), o *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III) (Figueiredo, 2002) e o *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achembach, 1991).

O Teste Gestáltico Visomotor de Bender avalia a maturação-percepto motora de crianças de cinco a 10 anos, o escore do material foi avaliado conforme o método desenvolvido por Koppitz. (Koppitz, 1989; Cunha, 2003).

O WISC-III (*Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition*) permite a avaliação do funcionamento intelectual, a partir dos seis anos de idade. O teste é subdividido nas escalas verbal e de execução, possibilitando a obtenção de três medidas, o QI Verbal, o QI de Execução e o QI Total (Figueredo, 2002).

O *Child Behavior Checklist* (CBCL) possui 138 itens divididos em duas partes, competência social e problemas de comportamento, visando identificar áreas do comportamento que possam estar prejudicadas. Ele pode ser respondido pelos pais ou responsáveis pelas crianças (Achembach, 1991).

Procedimentos de coleta e análise de dados e procedimentos éticos

A coleta de dados foi realizada no CEAPIA. De acordo com o procedimento padrão da instituição, pais ou responsáveis preenchem uma Ficha de Identificação do Paciente com os dados de identificação do paciente e os motivos da consulta, para então ser agendada uma entrevista de triagem. A entrevista de triagem verifica qual a modalidade de atendimento é indicada para o caso. Os pacientes indicados para psicoterapia psicanalítica realizaram uma avaliação com um psicólogo ou psiquiatra, aluno do curso de formação da instituição, ou membro do corpo clínico do CEAPIA.

A coleta de dados para esta pesquisa ocorreu após a triagem e antes do profissional responsável ter a primeira sessão de avaliação com a criança. Os dados foram coletados através da Ficha de Identificação do Paciente e da Ficha de Acompanhamento dos Pacientes, e dos testes psicológicos (Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G), *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III), *Child Behavior Checklist* -CBCL), aplicados de forma individual, de acordo com seus manuais específicos; concomitante à avaliação psicológica, os pais ou responsáveis preencheram o CBCL.

As Fichas de Identificação do Paciente e Ficha dos Pacientes foram analisadas em termos de frequências dos elementos quantitativos e informações qualitativas foram examinadas por análise de conteúdo. Os testes foram avaliados conforme os respectivos manuais. Os dados foram transportados para um banco de dados no programa estatístico SPSS, para cálculos relativos à frequência e porcentagens e para verificar relação entre variáveis.

Os procedimentos éticos foram relativos aos cuidados a seguir explicitados. Durante a entrevista de triagem, os pais ou responsáveis pela criança foram convidados a participar desta pesquisa e, tendo consentido, foi agendado um horário para coleta de dados, momento em que aos pais foi explicado sobre a pesquisa. Em concordando com os procedimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam ao CBCL e devolveram os materiais para as pesquisadoras. Durante a avaliação, foi estabelecido um *rapport* adequado para cada instrumento aplicado. Com a criança foi cuidado que a avaliação fosse feita em duas sessões para evitar cansaço, desmotivação ou mobilização emocional mais ansiogênica.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Todo o material coletado, informações a partir das fichas e dos testes psicológicos são apresentados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente, no intuito de demonstrar a consecução dos objetivos. São discutidos dados de caráter sócio-demográfico, clínico e de resultado dos testes psicológicos.

Dados sócio-demográficos

A tabela 1 apresenta dados sobre sexo, idade e escolaridade das crianças avaliadas.

Tabela 1-Distribuição de frequência de variáveis sócio-demográficas

<i>Sexo</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
Masculino	36	69,2
Feminino	16	30,8
Total	52	100,0
<i>Categoria de idade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
Pré-escolar 6 anos	13	25,0
Escolar 7 e 8 anos	18	34,6
Escolar 9 ; 10 e 11 anos	21	40,4
Total	52	100,0
<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
Pré-escolar	6	11,5
1ªsérie ensino fundamental	10	19,2
2ªsérie ensino fundamental	8	15,4
3ªsérie ensino fundamental	14	26,9
4ªsérie ensino fundamental	7	13,5
5ªsérie ensino fundamental	6	11,5
6ªsérie ensino fundamental	1	1,9
Total	52	100,0
<i>Número de Repetência</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
Nenhuma	51	98,1
Uma repetência	1	1,9
Total	52	100,0

A amostra se caracterizou pela idade entre seis e 11 anos de idade, por sexo distribuído em 36 crianças do sexo masculino (69,2%) e 16 do sexo feminino (30,8%); a escolaridade desde a educação infantil (25%) até a 6ª série do ensino fundamental (1,9%), sendo a maior concentração (26,9%) na 3ª série do Ensino Fundamental; apenas uma criança é repente.

Embora não haja associação estatisticamente significativa (Qui-quadrado=0,484; $p=0,785$) entre o sexo e a idade dos participantes, observa-se uma maior incidência de meninos no grupo estudado, são 36 meninos para 16 meninas. Nesse sentido, o dado é semelhante ao encontrado em pesquisas de clínicas- escola de cursos de Psicologia e centros de saúde no país: a população infantil é a mais freqüente na procura por atendimento psicológico, sobretudo por crianças em de 6 a 10 anos, predominantemente do sexo masculino (Graminha & Martins, 1993; Graminha & Martins, 1994; Levandowski, 1998; Bernardes-da-Rosa, Garcia, Domingos & Silvaes, 2000; Scortegagna & Levandowski 2004; Massola & Silvaes, 2005; Campezzato, 2006).

Dados clínicos

A tabela 2 apresenta dados sobre fonte de encaminhamento, queixas, conforme o enunciado dos pais ou responsáveis e hipótese diagnóstica, a partir da avaliação do terapeuta acerca das crianças avaliadas.

Tabela 2-Distribuição de freqüência relativa aos dados clínicos

<i>Fonte de Encaminhamento</i>	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>
Sem Informação	1	1,9
Psicólogo	2	3,8
Neurologista	3	5,8
Psiquiatra	5	9,6
Pediatra	5	9,6
Familiar	7	13,5
Fontes diversas	11	21,2
Escola	18	34,6
Total	52	100,0
<i>Queixas</i>	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>
Dificuldade de sono, alimentação e esfínteres	2	3,8
Dificuldade de Relacionamento	5	9,6
Outros motivos	6	11,5
Depressão e tristeza	8	15,4
Dificuldade escolar	8	15,4
Agressividade	8	15,4
Falta de Atenção	12	23,1
Problemas de Comportamento	17	32,7
Ansiedade, insegurança e medos	19	36,5
<i>Hipóteses Diagnósticas</i>	<i>Freqüência</i>	<i>Percentual</i>
Sem diagnóstico	7	13,5
Conduta	8	15,4
Transtorno de Humor	15	28,8
Transtornos de Ansiedade	22	42,3
Total	52	100,0

Pode-se verificar que a escola é a fonte mais freqüente de encaminhamentos, (34,6%). De acordo com Levandowski (1998), os professores, principalmente os professores do ensino fundamental (Massola & Silvares, 2005), são a maior fonte de encaminhamento para serviços de atendimento psicológico. Os profissionais da área médica são a segunda fonte mais importante de encaminhamentos conjuntamente com neurologistas, psiquiatras e pediatras (25%). Diferentemente dos estudos de Graminha & Martins (1993) e Bernardes-da-Rosa, Garcia, Domingos e Silvares (2000), nos quais a

principal fonte de encaminhamentos encontra-se entre os profissionais da área médica, na presente pesquisa, a escola é a fonte mais freqüente.

A principal queixa, ou principal motivo de busca por serviços de atendimento psicológico é a dificuldade escolar (Levandowski, 1998; Bernardes-da –Rosa, Garcia, Domingos & Silvaes, 2000; Freller, Souza, Angelucci, Bonadio, Dias, Lins, & Macedo, 2001; Barcaji, Marturano & Elias, 2005; Campezzato, 2006). Segundo Suehiro e Santos (2005). Embora não haja consenso quanto a uma definição ideal, ou aceita internacionalmente para dificuldades de aprendizagem, tendo em vista sua heterogeneidade, uma das definições empregadas, atualmente, é a de que a expressão engloba vasta gama de transtornos ou perturbações em um ou mais processos psicológicos básicos e se manifesta por atrasos ou dificuldades na compreensão ou utilização da leitura, escrita, soletração, cálculo, escuta e pensamento em crianças que não apresentam deficiências visuais, auditivas, motoras, mentais ou alterações evidentes de ordem emocional.

Neste estudo, diferente do que a literatura apresenta, a ansiedade, a insegurança e o medo, são as queixas mais freqüentes (36,5%) na amostra seguida por problemas de comportamento (32,7%). Tais queixas se mostram pertinentes quando, após avaliação psicológica, a hipótese diagnóstica de maior freqüência, ainda que não significativa do ponto de vista estatístico (qui-quadrado 2,019; $p= 0,568$), é o transtorno de ansiedade (42,3%). Os transtornos de ansiedade configuram uma das psicopatologias mais comuns da infância e adolescência, com uma prevalência entre 10 a 20% (Manassis, 2000; Recondo, Conte, Gerson, Isolan, Felipe, Manzolli, Maioli, Silva, Nieckele, Rechia & Dian, 2004; Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006) e estão associados a

diversos sintomas e prejuízos sociais, escolares e de ajustamentos (Silva & Figueiredo, 2005). Segundo Livingston (1995), no grupo de transtornos de ansiedade estão incluídos fenômenos clínicos como medos e preocupações excessivas, evitamento fóbico, vigilância generalizada e ansiedade antecipatória, e ataques de pânico acompanhados de temor exacerbado.

Idade e hipótese diagnóstica

Não há associação entre a idade e a hipótese diagnóstica (qui-quadrado= 5,235; $p=0,514$). No entanto, mais crianças apresentam ansiedade (42,3%). No pré-escolar, os medos específicos de perigo físico tendem a ser manifestação mais comum de ansiedade, e, no escolar, o medo de desaprovação pelo próprio superego, por adultos importantes e companheiros sociais supostamente é a forma mais comum de ansiedade (Livingston,1995).

Cartwright-Hatton, McNicol e Doubleday (2006), em um estudo de revisão sistemática sobre ansiedade, concluíram que há um crescente aumento de transtornos de ansiedade na infância, ressaltando a importância de conhecer e entender a ansiedade, na população infantil, para desenvolver intervenções adequadas. Visto que atualmente ansiedade em crianças e adolescentes não é mais vista como algo transitório, pois em muitos casos pode persistir durante toda a infância e vida adulta, há necessidade de atendimento tão logo haja diagnóstico.

Para maior compreensão do desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, Bögels e Toussaint-Brechman (2006) destacam o apego inseguro da criança por seus cuidadores como potencial para a ocorrência de tais transtornos.

Nesse sentido, Recondo et al. (2004) lembram que para a compreensão dinâmica da ansiedade cabe revisar a Teoria do Apego de Bowlby (1989); de acordo com este autor, crianças seguras em seu comportamento são mais livres para explorar seu ambiente e a base dessa segurança está na confiança da disponibilidade de seus cuidadores. Bowlby destaca três modelos principais de apego. O primeiro desses modelos é o do apego seguro: a criança está confiante de que seus pais ou responsáveis estarão disponíveis oferecendo resposta e ajuda, caso ela se depare com alguma situação adversa ou amedrontadora e tal segurança faz com que ela se sinta corajosa para explorar o mundo; o segundo modelo é o do apego resistente e ansioso, no qual a criança se mostra incerta quanto à disponibilidade, à possibilidade de receber resposta ou mesmo ajuda por parte de seus pais, caso necessite; com essa incerteza, ela tende, constantemente, à ansiedade de separação, a ficar “grudada” e a ficar ansiosa quanto à exploração do mundo; o terceiro modelo é o do apego ansioso com evitação: a criança não tem nenhuma confiança de que, quando procurar cuidado, terá resposta e ajuda, mas, ao contrário, espera ser rejeitada.

Assim, crianças inseguras, devido à falta de confiança na disponibilidade de seus cuidadores, mesmo em situações ambientais isentas de perigo, sentem-se ameaçadas e sua exploração torna-se limitada. Independente da idade, a ansiedade causa significativos bloqueios no desempenho de atividades práticas. No caso de escolares, as inibições causadas por transtornos de ansiedade podem acarretar em prejuízos de ordem cognitiva como, por exemplo, na hora da prova, o aluno não consegue lembrar da matéria estudada ou, na hora de apresentar, um trabalho não consegue se expressar na frente dos colegas, apresentando variadas manifestações típicas dos transtornos ansiosos.

Dados da Avaliação Psicológica

A tabela 3 mostra os resultados dos testes psicológicos (WISC III e Bender) aplicados nas crianças por um profissional treinado na aplicação e manejo destes instrumentos e apresenta também os resultados evidenciados pela escala CBCL respondida pelos pais/responsáveis, considerando as manifestações sintomáticas e comportamentais dos últimos seis meses no grupo de crianças estudado.

Tabela 3 - resultados dos testes

WISC- III	QI Verbal		QI Execução		QI Total	
Classificação	n	%	n	%	n	%
Retardo Mental	1	1,9	-	-	1	1,9
Médio Inferior	2	3,8	4	7,7	2	3,8
Médio	19	36,5	16	30,8	18	34,6
Médio Superior	12	23,1	17	32,7	11	21,2
Superior	9	17,3	7	13,5	10	19,2
Muito Superior	9	17,3	8	15,4	10	19,2
Bender Escore Koppitz						
Classificação		n		%		
Acima		13		25,0		
Abaixo		29		55,8		
Compatível		7		13,4		
<i>missing</i>		3		5,8		
CBCL	Escala Performance		Externalizante		Internalizante	
Classificação	n	%	n	%	n	%
Clínico	28	53,8	23	44,2	27	51,9
Limítrofe	9	17,3	8	15,4	7	13,5
Não clínico	14	26,9	20	38,5	17	32,7
<i>missing</i>	1	1,9	1	1,9	1	1,9
CBCL - Escala de Comportamento Social Total						
Classificação		n		%		
Clínico		23		44,2		
Limítrofe		2		3,8		
Não Clínico		16		30,8		
Não computado		10		19,2		
<i>missing</i>		1		1,9		

Observa-se que as crianças avaliadas através do instrumental apresentaram um QI Total acima da média em 59,6% (sendo 21,2% médio superior, 19,2% superior e 19,2% muito superior) dos casos, demonstrando condições cognitivas acima do esperado para

sua faixa etária; 34,6% obtiveram uma classificação média e apenas 5,7% estão abaixo da média. Isso demonstra que, de forma geral, o grupo possui bom potencial cognitivo; a grande maioria possui recursos intelectuais para aquisição de novos conhecimentos bem como aprendizagem formal escolar. Entretanto, 55,8% das crianças mostraram-se imaturas do ponto de vista perceptomotor e com significativa presença de sintomatologia comportamental: 53,8% foram considerados casos clínicos, no que se refere a manifestações de sintomas comportamentais, referente à escala de extroversão (comportamento delinqüente e comportamento agressivo, em conjunto) 44,2% apresentou escore clínico na escala de introversão (retraimento, queixas somáticas e ansiedade/depressão, conjuntamente); 51,9% obtiveram resultado considerado clínico. Quanto à competência social, que inclui atividades de lazer e esportivas, sociabilidade e escolaridade, 44,2% foram considerados clínicos quando seus pais ou responsáveis responderam ao CBCL.

Esse resultado encontra semelhança com o estudo de Maturaro, Toller e Elias (2005); crianças encaminhadas pela escola por dificuldades escolares, quando avaliadas através de teste de inteligência, apresentaram capacidade intelectual preservada, no entanto, estas mesmas crianças demonstraram problemas de comportamento em nível clínico. As autoras evidenciam a alta incidência de problemas comportamentais em crianças encaminhadas ao atendimento psicológico por motivos relacionados à aprendizagem.

Sordi (2005) ressalta que os problemas de aprendizagem podem ter múltiplas determinações, desde inadequações didáticas até aquelas dificuldades construtivas do conhecimento, determinadas por fatores multi-causais. Acrescido a isso, dificuldades de

aprendizagem podem ser também pensadas desde uma perspectiva psicanalítica clássica, tais como articulação com os ideais, inibições secundárias e sintomas, mal-estares nos intercâmbios escolares, etc.

Para Graminha & Martins (1993), muitos casos são encaminhados por dificuldades de aprendizagem sem que se tenha sido avaliado os métodos de ensino utilizados e sua adequação à realidade da criança.

Hipótese diagnóstica e QI Total

Não há associação estatística significativa entre escore de QI Total e Hipótese diagnóstica (qui-quadrado=5,902; $p= 0,434$). É interessante observar que, como visto anteriormente, ansiedade é a hipótese diagnóstica mais freqüente e as crianças que a apresentam obtiveram QI total acima da média (63,6%).

Observa-se que, apesar de muitas crianças serem encaminhadas pela escola, a queixa mais incidente manifestada pelos pais/ responsáveis refere-se a sintomas de ansiedade, insegurança e medo. Nesse aspecto, torna-se relevante o resultado da avaliação cognitiva que demonstrou ser esse grupo dotado de bom potencial intelectual, não sendo justificada por isso a dificuldade de aprendizagem.

Hipótese diagnóstica e escore Koppitz

Embora não haja associação entre hipótese diagnóstica e idade maturacional (qui-quadrado= 6,625; $p= 0,357$), segundo Koppitz (1989), 29 das crianças pesquisada estão abaixo da idade esperada para sua idade cronológica, sendo que os escolares (idade cronológica de 7 a 11 anos) se apresentam mais imaturos.

Com base nos resultados dos instrumentos aplicados nas crianças pertencentes ao grupo estudado, observa-se que as crianças avaliadas se apresentam imaturas do ponto de vista perceptomotor, estando aquém do esperado para sua faixa etária, o que pode interferir em habilidades importantes como aquisições da escrita e leitura (Suehiro & Santos, 2005), que não se justifica por dificuldades ou limitações cognitivas. Outro aspecto, que deve ser considerado, refere-se à hipótese diagnóstica de maior frequência, o transtorno de ansiedade presente em 42,3% dos casos avaliados; sabe-se o quanto transtornos do *spectrum* ansioso podem causar sofrimento e limitar o progresso do desenvolvimento emocional. Além disso, em muitos casos, a ansiedade pode vir acompanhada de manifestações somáticas, o que auxilia a compreender os atrasos perceptomotores que talvez estejam vinculados a uma sintomatologia maior, os transtornos de ansiedade.

Escala Performance Comportamental - CBCL e Hipótese Diagnóstica

Ainda que não haja associação significativa entre performance comportamental total e hipótese diagnóstica (qui-quadrado = 5,185; $p= 0,269$), mais crianças ansiosas estão nas categorias clínica (47,6%) e limítrofe (26,6%). Estudos mostram que os problemas de ansiedade, na infância, são fatores de risco para outras formas de psicopatologias, como transtornos de conduta, transtornos de humor, depressão e para as tentativas do suicídio, o que torna importante a avaliação prévia, uma vez que a identificação dos sintomas precocemente pode prevenir sofrimentos através da intervenção clínica adequada (Silva & Figueiredo, 2005).

Através do CBCL, escala que expressa a percepção e observação dos pais/responsáveis frente ao comportamento adaptado ou não de seu filho, a alta

freqüência de escores clínicos demonstra que os pais se encontram em consonância com a percepção dos profissionais da área de saúde ao observar o sofrimento e a sintomatologia de suas crianças. Aqui é relevante afirmar que famílias que procuram recursos na comunidade para promover o desenvolvimento de seus filhos podem contribuir efetivamente para melhores resultados (D'Avilla-Bacarji, Marturano & Elias 2005) de maneira preventiva, ampliando as possibilidades de bem estar e saúde, evitando maiores comprometimentos patológicos posteriores.

Discussão

Iniciou-se este estudo, considerando a necessidade da avaliação psicológica na infância, tendo em vista seu caráter preventivo de saúde mental. Visto que a complexa interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais tem impacto negativo sobre o comportamento em desenvolvimento, as adversidades duradouras, ou que se repetem com freqüência são as mais prejudiciais ao desenvolvimento das crianças e favorecem o aparecimento de transtornos mentais (Bordin & Paula, 2007).

O desenvolvimento não implica um caminho linear, mas sim uma complexa rede de conflitos que o ser em desenvolvimento, inevitavelmente, terá que enfrentar. A criança está inserida em um meio particular, inicialmente a família. Para se desenvolver, ela necessita contar com objetos disponíveis, porém não somente no sentido de prover-lhe o necessário para sua subsistência, como também para a oferta de modelos a fim de processar as experiências (Ungar, 2006). Com o ingresso no Ensino Fundamental, a criança se defronta com novas exigências cognitivas de desempenho acadêmico e socio-emocionais, precisa se ajustar ao ambiente escolar, ter capacidade para formar laços de amizade e aderir às regras sociais impostas. Nesse sentido, a família e a escola são os

principais sistemas de apoio com que a criança conta para enfrentar o novo desafio. A escola funciona como um marco de inserção que reproduz e atualiza o contexto sociocultural mais amplo, a família, por sua vez, contribui com a base segura de estabilidade emocional (D'Avilla- Bacarji, Marturano & Elias, 2005).

De acordo com os resultados obtidos através da avaliação desse grupo, pode-se obter comprovações já descritas na literatura de que a escola é a maior fonte de encaminhamento para atendimento psicológico e que os meninos correspondem a maior frequência de casos.

Por outro lado, o grupo estudado constitui-se um grupo clínico na medida em que o instrumental escolhido para avaliação psicológica realmente confirma as queixas que motivaram a busca por atendimento bem como a hipótese diagnóstica, atribuída pelo profissional responsável por cada caso, após avaliação. Conforme Cunha (2003), o psicólogo utiliza estratégias de avaliação psicológica, com objetivos definidos, para encontrar respostas a questões propostas com vistas à solução de problemas. A testagem pode ser um passo importante do processo e constitui um dos recursos de avaliação possíveis.

Considerações Finais

Os dados aqui apresentados trazem contribuições por apresentarem um grupo encaminhado pela escola sem que, contudo tenha dificuldade nessa área e sim mostre manifestações ansiosas, tão típicas do mundo contemporâneo no qual as crianças estão inseridas, sofrendo suas pressões, desenvolvendo patologias que a deixam inibidas e fragilizadas, apesar do grande potencial intelectual que possuem. As conflitivas e os

transtornos emocionais acarretam um enorme peso para as crianças tornando-as limitadas e imaturas em seu desenvolvimento, necessitando de intervenções psicoterápicas especializadas para o esbatimento de sintomas e elaboração de conflitos, para que consigam realmente usufruir a infância, sentindo-se protegidas, seguras e livres para brincar e aprender.

Mais pesquisas são necessárias para ampliar o alcance dos presentes resultados, utilizando um número maior de sujeitos para caracterização de clientela infantil. Reforça-se aqui a necessidade de estudos multicêntricos para, dessa forma, realizar correlações que possam encontrar significância estatística cabíveis de generalização para traçar um perfil das crianças que buscam atendimento psicológico, no que se refere a avaliações emocionais e cognitivas, importantes para atendimento e prevenção de saúde mental na infância.

Este estudo embora sem significância estatística nas correlações entre variáveis estudadas, em parte pelo reduzido número de participantes, atende aos objetivos a que a presente pesquisa se propôs permitindo conhecer a população clínica infantil estudada.

Referências

- Achembach, T. M. (1991) Manual for the child behavior checklist/4-18. Profile. Burlington, V. T: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bernardes-da-Rosa, L.; Garcia, R.; Domingos, N. & Silvaes, E. (2000) Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. Rev. Estudos de Psicologia, PUC- Campinas, 17, (3); 5-14.
- Bögels, S. M. & Toussaint-Brechman, M. (2006) Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs: Clinical Psychology Review, 26; 834- 856.

- Bowlby, J. (1989) Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bordin, I. e Paula, C. (2007) – Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes. In: M. F. Mello; A. Mello. & R. Kohn. Epidemiologia da saúde mental no Brasil.(101-118) Porto Alegre: Artmed.
- Cartwright-Hatton, S.; McNicol, K. & Doubleday, E. (2006) Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children: Clinical Psychology Review, 26; 817- 833.
- Campezatto, P. (2005) As clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Coppolillo, H. (1990) Psicoterapia psicodinâmica de crianças. Porto Alegre:Artes Médicas.
- Cunha, J. A. (2003) Bender na criança e no adolescente. In: J. A. Cunha e col. Psicodiagnóstico- V. (295-316). Porto Alegre: Artmed.
- D’Avilla- Bacarji, K. M. ; Marturano, E. M. & Elias, L. C (2005) Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares: Psicologia em Estudo, Maringá,10, (1);107-115.
- Dian, S. V. & Nunes, M.L. (2006 a) Separação-individuação e complexo de Édipo: conflitos desenvolvimentais a elaborar (artigo de revisão de literatura).
- Dian, S. V. & Nunes, M.L. (2006 b) Avaliação de resultados da Psicoterapia Psicanalítica: três casos clínicos (artigo empírico 2).
- Falcão, C. B & Dian, S. V. (2006) Recursos disponíveis para avaliação psicológica de crianças. In: M. L. Nunes; P. Campezatto & R. Petrarca. Psicoterapia de Crianças. (no prelo).
- FEE - Fundação de Economia e Estatística do RS (2006). Material disponível: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg-populacao.php>. Acesso novembro/06.
- Figueredo, V. L. (2002) WISC-III: Escala de inteligência Wechsler para crianças. Adaptação e Padronização Brasileira 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004) Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry, 43, (6); 727-734

- França, C.P. (1999) Psicodiagnóstico infantil: um movimento de rotação? Revista Psique, 9 (14); 100-109.
- Freller, C. C., Souza, B., Angelucci, C., Bonadio, A. N., Dias, A. C., Lins, F. & Macedo, T. E. (2001) Orientação à queixa escolar: Psicologia em Estudos Maringá, 6, (2); 129-134.
- Graminha, S. & Martins, M. (1993) Estudo das características da população que procura o serviço de atendimento infantil no centro de psicologia aplicada da FFCLRP-USP: Psico, 24, (1); 119-130.
- Graminha, S. & Martins, M. (1994) Procura de atendimento psicológico para crianças: características da problemática relatada pelos pais. Psico, 25, (2); 53-79.
- Kernberg, P; Weiner, A e Bardenstein, K. (2003) Transtornos da personalidade em crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
- Koppitz, E. M. (1989) O Teste Gestáltico Bender para crianças. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Levandowski, D. (1998) Caracterização da população atendida por clínicas-escola: breve revisão da bibliografia nacional. Torre de Babel, 5, (1/2); 87-110.
- Lilja, C. (1997) Avaliação psicodiagnóstica: implicações teóricas: Revista Aletheia, 6: 61-72.
- Livingston, R. (1995) Transtornos de Ansiedade. In: Melvin, L. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. (686-698). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mabilde, L. (2001) Convergências e divergências entre psicoterapia de orientação psicanalítica e psicanálise: a questão das divergências: Revista Brasileira de Psicoterapia 3 (2); 201-206.
- Manassis, K. (2000) Childhood anxiety disorders: lessons from the literature. Can J. Psychiatry, 45 (8); 724-30.
- Massola, G. & Silveiras, E. (2005) A percepção do distúrbio de comportamento infantil por agentes sociais versus encaminhamento para atendimento psicoterapêutico. Rev. Interamericana de Psicologia. 39, (1); 139-150.
- Maturaro, E.; Toller, G. & Elias, L. (2005) Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar: Estudos de Psicologia Campinas, 22 (4); 371-380.

- Moura, C. & Gabassi, S. (1998) Dependência x Autonomia infantil: o papel da psicoterapia no desenvolvimento sócio-emocional de crianças imaturas: Estudos de Psicologia, 15,(3); 71-77.
- Nunes, M. L; Silva, R; Deakin, E. K; Dian, S. V. & Campezatto, P. M. (2006) Avaliação Psicológica e indicação de psicoterapia psicanalítica para crianças. In: B. G. Werlang & M. Oliveira. Temas de Psicologia Clínica . São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prebianchi, H. & Cury, V. (2005) Atendimento infantil numa clinica-escola de psicologia: percepção dos profissionais envolvidos: Paidéia, 15 (31); 249-258.
- Recondo, R., Conte, C., Gerson, L., Isolan, L., Felipe, M., Manzolli, P., Maioli, R. R., Silva, R. A., Nieckele, A., Rechia, A. M. & Dian, S.V. (2004) Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: Revista Brasileira de Psicoterapia. 6, (3); 265-288
- Scortegagna, P. & Levandowski, D. (2004) Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul: Interações, 9, (18); 127-152.
- Silva, W. V. & Figueiredo, V. L. (2005) Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Psiquiatria, 27 (4); 329-335.
- Sordi, R. O. (2005) A constituição da inteligência: uma abordagem psicanalítica: Psicologia: Reflexão e Crítica, 18, (3); 337-342.
- Sour, J. (1996) A aplicação de princípios da análise de crianças a formas de psicoterapia infantil. In: J.Glenn. Psicanálise e Psicoterapia de Crianças.(373-390) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Souza, J., Herek, L. & Giroldo, W. M. (2003) Psicodiagnóstico e diagnóstico em Psicologia Clínica : Psicologia Argumento, 21,(32);17-21.
- Suehiro, A. & Santos, A. (2005) O Bender e as dificuldades de aprendizagem: estudo de validade: Avaliação Psicológica, 4 (1); 23-31.
- Ungar, V. (2006) Psicopatologia da infância e da adolescência na atualidade: suas fronteiras: Publicação CEAPIA – Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência, 15, (15); 48- 57.
- Zavaschi, M., Bassols, A., Bergmann, D. & Costa, F. (2005) Abordagem psicodinâmica na infância In: C, L.Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky. Psicoterapia de Orientação Analítica Fundamentos Teóricos Clínicos. (717-737) Porto Alegre: Artmed.

Weisz JR, Doss AJ, Hawley KM.(2005) Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. Annu Rev Psychol, 56 ;337-63.

3 TERCEIRA SEÇÃO DE ESTUDO EMPÍRICO

AValiação DE RESULTADOS DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA

Introdução

A pesquisa da Psicoterapia Psicanalítica e de sua efetividade tem seu início descrito juntamente com sua prática pelo próprio Freud. Nos Estudos sobre a Histeria (1895), ele adotava como método de pesquisa o estudo de caso, rico em detalhes e preciso em cada descrição. Freud se preocupou em avaliar adequadamente a técnica, declarando a pesquisa e a clínica inseparáveis (Nunes & Lhullier, 2003).

Segundo Pearsall (1997), historicamente, a Psicoterapia coleciona um grande e importante acervo de material teórico; entretanto, a prática técnica tem se mostrado resistente a medições e a avaliações. Nesse sentido, Fonagy (2003) afirma que muitos psicanalistas resistem à pesquisa, porque não acreditam na possibilidade de reduzir a complexa subjetividade humana a uma escala, por exemplo, visto que a redução de sintomas não é tomado como indicador de sucesso terapêutico, quando comparado com toda a amplitude de interações que o processo analítico envolve.

Por outro lado, as Psicoterapias Comportamentais são estudadas de 8 a 10 vezes mais que as demais modalidades psicoterápicas (Weisz, Doss & Hawley, 2005). Isso se deve, em parte, a tradição experimental deste tipo de intervenção. Conforme salienta

Pearsall (1997), as Terapias do Comportamento têm um grupo de técnicas mais homogêneas que a maioria das outras formas de tratamento. Além disso, esse tipo de intervenção mede, principalmente, uma mudança comportamental (ausência ou presença de sintomas), o que por si só é mais simples de ser avaliada do que a mudança do processo de pensamento de um sujeito. Todavia, é importante enfatizar que o alto índice de interesse e estudo por uma determinada teoria não se traduz em altos índices de pesquisas acerca dessa determinada intervenção. Um exemplo disso é a Psicoterapia Psicanalítica sobre a ansiedade. Apesar de ter sido a primeira a reportar um caso de ansiedade infantil, através do relato do caso de fobia de Hans, a Psicanálise não tem praticamente nenhuma pesquisa atual sobre o tema (Weisz, Doss & Hawley, 2005).

Fonagy (2003) mostra que nenhuma metodologia científica vai ao encontro de todos os objetivos propostos, pois diferentes questões exigem metodologias científicas diversas. Enquanto a análise quantitativa dos dados pode responder questões relativas ao custo benefício de uma intervenção, a análise qualitativa precede a quantitativa no que diz respeito ao processo de mudança no tratamento e/ou à natureza do processo terapêutico.

Como garante Pearsall (1997), a Psicoterapia continua como uma das melhores ferramentas de ajuda ao sofrimento psíquico e, portanto, não pode ser racionalmente descartada até que se tenha explorado completamente seu potencial.

A pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica com crianças é de extrema importância para os profissionais que trabalham na área de saúde mental. Contudo, Deakin & Nunes (2006) em uma revisão da literatura especializada, evidenciam a escassez de pesquisas

nessa área, principalmente de estudos que comprovem a efetividade da Psicoterapia Psicanalítica com crianças.

O impacto da terapia não deve ser estudado simplesmente em termos da sintomatologia das crianças, mas relacionando o impacto dos sintomas no processo normal do desenvolvimento: psicológico, social e educacional. Os tratamentos devem ser avaliados a partir da capacidade para facilitar mudanças, não apenas em sintomas mas também dentro de um *spectrum* de aspectos de adaptação psicológica (Target e Fonagy, 2005).

De acordo com Seligman (1995), há dois modelos diferentes de avaliação em Psicoterapia: o modelo da eficácia e o modelo da efetividade. As pesquisas de eficácia são estudos clínicos controlados (RCT – *randomized clinical trial*) e as pesquisas de efetividade são naturalísticas ou seja, a investigação ocorre na prática clínica.

Preencher a lacuna entre prática e evidência leva-nos a um outro avanço espetacular na sofisticação com a qual a evidência para serviços psicológicos clínicos psicoterapêuticos é considerada. É cada vez mais reconhecido que a evidência não fala por si mesma e que para ser aplicada proveitosamente, precisa ser revisada e integrada por um grupo de especialistas imparciais (Fongay, 2005, p. 449- 450).

Os testes psicológicos podem oferecer a evidência empírica, aliando a prática clínica à prática da pesquisa, podendo ser de muito valor para conhecer e compreender os afetos, os comportamentos bem como para avaliar mudanças ao longo ou ao final da psicoterapia (Oakland,1996).

Objetivos

1-Realizar uma avaliação psicológica em três crianças encaminhadas para atendimento psicológico, através dos testes: WISC- III, Bender, CBCL, Teste das Fábulas e Rorschach.

2-Verificar a evolução dos três casos após um ano de Psicoterapia Psicanalítica, no que diz respeito à elaboração de conflitos e melhora em termos de adaptação a sua faixa etária, através de nova avaliação psicológica, reaplicando os mesmos testes da avaliação inicial e estudando os dados do prontuário de evolução preenchido pelo psicoterapeuta responsável (psicólogo ou psiquiatra em formação em Psicoterapia Psicanalítica da infância)

3-Demonstrar a efetividade da Psicoterapia Psicanalítica com crianças por meio da descrição dos casos.

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal, de estudo de caso, com medidas em dois tempos: antes e depois do tratamento psicoterápico.

Segundo Descombe (2003), o estudo de caso foca em profundidade uma instância ou algumas instâncias de um fenômeno em particular. O delineamento do estudo de caso tende a preferir um número pequeno de sujeitos para realizar uma investigação mais aprofundada. Assim, o estudo de caso é intensivo na busca da compreensão de forma ampla do assunto investigado, através de uma descrição completa das relações dos fatores

envolvidos no caso, sem levar em consideração o número de casos estudados (Fachin, 2001).

Para Phares (1996), o estudo de caso tem sido um dos meios mais importantes de estudar a conduta atípica e a descrição dos métodos de tratamento. Seu grande valor reside nas fontes potenciais de compreensão e na possibilidade de gerar hipóteses testáveis, permitindo que o experimentador estabeleça relações causa-efeito.

Cabe ainda lembrar a influência que alguns estudos de caso têm tido na compreensão dos fenômenos clínicos, como, por exemplo, o Caso Hans de Freud em 1909, que possibilitou o aumento da compreensão a respeito da psicodinâmica das fobias (Phares, 1996).

Participantes

A seleção dos participantes deu-se por conveniência: crianças cujas famílias buscaram atendimento psicoterápico no CEAPIA durante o ano de 2005, cujos responsáveis concordaram com a participação de seus filhos na pesquisa, foram avaliados, atendidos e reavaliados após um ano de Psicoterapia Psicanalítica. Foram estudadas três crianças: um menino e duas meninas que foram pacientes de Psicoterapia Psicanalítica durante um ano, para verificar de forma mais profunda os possíveis benefícios da Psicoterapia Psicanalítica.

Instrumentos

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G), *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III), Teste das Fábulas, *Child Behavior Checklist* (CBCL), Rorschach, Ficha dos pacientes e Prontuário de evolução do caso.

O Teste Gestáltico Vismotor de Bender tem o objetivo de avaliar a maturação-percepto motora de crianças de 5 a 10 anos, os protocolos foram avaliados conforme o método desenvolvido por Koppitz, composto de 30 itens (Koppitz, 1989 e Cunha, 2003).

O WISC-III (*Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition*) é um instrumento que permite uma avaliação ampla do funcionamento intelectual infantil, a partir dos 6 anos de idade. O teste é subdividido em duas escalas: escala verbal e escala de execução, possibilitando a obtenção de três medidas, o QI Verbal, o QI de Execução e o QI Total, esse instrumento foi administrado, objetivando avaliar o funcionamento cognitivo dos sujeitos (Figueiredo, 2002).

O Teste das Fábulas, teste projetivo, segundo Cunha e Nunes (1993), em sua administração individual, é um instrumento adequado para detectar crises situacionais e de desenvolvimento, bem como conflitos, além de ser um recurso para o entendimento psicodinâmico da criança e para acompanhamento da evolução do caso, durante o processo terapêutico. O teste consiste em uma série de fábulas que abrangem dois subconjuntos de historietas (F1, F2, F3 e F6, F7, F8) com um contexto exploratório mais profundo, que são entremeadas por duas fábulas (F4 e F5) e complementados por outras (F9 e F10), que freqüentemente assumem uma função catártica e de controle. Entretanto

para este estudo foram analisadas a F1, F2 e F8, bem como a quantidade de respostas populares por protocolo.

Técnica de Rorschach é um teste projetivo composto de um conjunto de 10 lâminas contendo manchas de tintas. Esta técnica permite avaliar traços de personalidade, funcionamento intelectual e ansiedades situacionais, entre outros componentes emocionais (Jacquemim, 1975 e Vaz, 1990).

O *Child Behavior Checklist* - CBCL é um inventário, com 138 itens, divididos em duas partes: competência social e problemas de comportamento, visando identificar áreas do comportamento que possam estar prejudicadas. Ele pode ser respondido por qualquer pessoa responsável pelas crianças ou adolescentes de 4 a 18 anos (Achenbach, 1991).

A Ficha dos pacientes e Prontuário de evolução do caso foram instrumentos desenvolvidos para este estudo com a finalidade de obter dados e acompanhar a evolução do paciente em tratamento.

Procedimentos de Coleta e de Análise de Dados

A coleta de dados para esta pesquisa foi realizada no CEAPIA, cuja direção foi contatada previamente para autorização deste trabalho, com o consentimento dos pais.

O primeiro momento de coleta de dados ocorreu após a triagem e antes do profissional responsável ter a primeira sessão de avaliação com a criança. Os dados foram coletados através de uma bateria de testes psicológicos (Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G), *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III), Teste das Fábulas, e Rorschach que foram aplicados no participante de acordo com os manuais

específicos para cada teste; concomitante à avaliação psicológica, os pais ou responsáveis preencheram o CBCL - *Child Behavior Checklist*, levando em conta os comportamentos e sintomas apresentados pela criança nos últimos seis meses.

O segundo momento de coleta de dados ocorreu após os participantes terem realizado pelo menos um ano de Psicoterapia Psicanalítica. Os sujeitos novamente responderam à mesma bateria de testes do primeiro tempo de coleta, os pais/responsáveis preencheram o CBCL, considerando os dados atuais da criança e o terapeuta responsável pelo tratamento entregou o Prontuário de evolução do caso referente ao ano de Psicoterapia Psicanalítica.

Procedimentos Éticos

Os pais/responsáveis receberam uma explicação sobre a pesquisa, bem como sobre a avaliação (coleta) realizada e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Termo de Consentimento Informado - cabe esclarecer que este é o padrão utilizado pela instituição onde a pesquisa foi realizada – anexo 2). Durante a avaliação, foi estabelecido um *rapport* adequado para cada instrumento que respondeu; a aplicação da bateria de testes foi dividida em dois momentos, no primeiro encontro, foi aplicado o Teste Gestáltico Visomotor de Bender (B-G) , o *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III) e, no segundo encontro, foi aplicado o Teste das Fábulas e a Técnica de Rorschach, evitando deixar a criança cansada ou muito mobilizada emocionalmente.

É importante esclarecer que, de acordo com procedimentos éticos, dados identificatórios dos participantes foram alterados, os nomes apresentados são fictícios, de modo a resguardar a privacidade dos pacientes e manter o sigilo profissional competente aos psicólogos.

Apresentação e Discussão dos Casos

Caso 1

Dados de identificação

Nome: Lara

Idade: 7 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: 1ª série do Ensino Fundamental

Início da avaliação: outubro de 2005

Encaminhamento: Escola

Motivo da Consulta: problemas de relacionamento com os colegas, ansiedade e masturbação.

Hipóteses diagnósticas: Transtorno de humor depressivo e Transtorno de Ajustamento.

Indicação terapêutica: Psicoterapia Psicanalítica com frequência sistemática de duas vezes por semana.

Dados da avaliação antes do início da Psicoterapia e reavaliação um ano depois:

Área Cognitiva WISC-III

Escala	Pré-psicoterapia		Pós-psicoterapia	
	Índice de QI	Classificação	Índice de QI	Classificação
Verbal	99	Médio	105	Médio
Execução	100	Médio	100	Médio
Total	99	Médio	102	Médio

Com base no WISC-III, escala que foi aplicada para mensurar a capacidade cognitiva da paciente, observa-se que Lara apresenta capacidades cognitivas na faixa média esperada para sua idade, o que lhe permite adquirir novos conhecimentos e ter bons resultados escolares.

Área Perceptomotora Bender:

Escore Koppitz	Pré-psicoterapia	Pós-Psicoterapia
Classificação	Abaixo do esperado	Normal esperado

O primeiro resultado apresentado por Lara no Teste de Bender indica um desenvolvimento perceptomotor abaixo do esperado para sua idade (Koppitz, 1989), sem indicação de alterações orgânicas. Entretanto, o segundo resultado apresentado pela paciente, no mesmo teste, indica um desenvolvimento perceptual esperado para sua faixa etária. Tanto a Psicoterapia quanto o próprio desenvolvimento podem ter proporcionando maior maturação conforme é esperado em crianças sem alterações orgânicas.

CBCL

Indicadores	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia
Competência Social	Limítrofe	Não Clínica
Performance comportamental geral	Limítrofe	Não Clínica
Escalas de Introversão	Não Clínica	Não Clínica
Escalas de Extroversão	Não Clínica	Não Clínica

O CBCL preenchido pelos pais de Lara indica que eles percebem importantes alterações no que diz respeito à competência social, que inclui atividades de lazer e esportivas, sociabilidade e escolaridade, bem como em seu comportamento geral, que diz respeito aos sintomas apresentados pela paciente. Nesse sentido, é provável que antes do tratamento psicoterápico, Lara era classificada por seus pais como limítrofe nesses dois indicadores e, após um ano de tratamento, os pais a consideram não clínica, ou seja estando inserida nas atividades sociais de sua faixa etária e assintomática de maneira geral.

Teste das Fábulas

Indicadores	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia
F1 separação -individuação	Passiva	Ativa
F2 Complexo de Édipo	Sem triangulação	Reparação
F8 Complexo de Édipo	Posse	Reparação
Total de RP (resposta popular)	2	3
Classificação Geral RP	Duvidoso	Normal para faixa etária

No que se refere aos aspectos emocionais, em avaliação comparativa dos protocolos de Lara em relação à Fábula 1, que de acordo com Cunha & Nunes (1993), é a

fábula mais sugestiva de regressão pelo fato de propor que a criança se identifique com um passarinho-filhote que ainda está no ninho, mas que sabe voar um pouco; é possível verificar que, na primeira avaliação, a paciente se mostrou passiva, emitindo uma resposta indicativa de conflitiva emocional de separação-individuação, por não conseguir achar uma solução independente, como ilustra sua verbalização: *“Gritou pra mamãe e pro papai verem que os filhotes estão ali, para alguém vir buscar”*. No entanto, na segunda avaliação, Lara consegue emitir, nessa mesma fábula, uma resposta classificada como ativa, apresentando solução aparentemente independente com desfecho adaptativo: *“Ele vai tentar voar, voou e conseguiu, ficou se sentindo muito bem”*. A diferença entre as respostas verbalizadas para a mesma fábula indica a possibilidade da Psicoterapia ter auxiliado Lara a elaborar o processo de separação-individuação, que, de acordo com sua própria história de vida, vinha sendo marcado por dificuldades e traumatismo, bem como parece ter auxiliado a paciente a adquirir maior autonomia e confiança em suas próprias palavras *“se sentindo muito bem”*: percebe-se maior consciência de si e o desenvolvimento de um senso de identidade próprio.

Quanto à Fábula 2, que avalia conflitivas edípicas, em um primeiro momento, Lara respondeu de maneira a não triangular, sem indicativos edípicos, o que talvez possa ser explicado pelo fato de ainda estar tão inserida em uma unidade dual, sem ter conseguido superar de forma exitosa o processo de separação-individuação; quando responde a solicitação do enunciado da Fábula 2, não consegue emitir uma resposta mais edípica, posto que sua conflitiva parece ser pré-edípica. Contudo, em sua segunda avaliação, Lara não só triangula, indicando vivências edípicas, como já demonstra estar em uma fase de reparação pela culpa gerada pelos desejos incestuosos; portando, estando

apta para elaborar a conflitiva edípica. Em relação à Fábula 8, inicialmente sua resposta refletia uma fase edípica inicial de sentimentos amorosos dirigidos para o progenitor do sexo oposto e, no segundo momento, reflete desejos reparatórios indicativos de elaboração edípica, típicos de um processo latente bem sucedido.

Acrescido a isso, em relação às respostas populares, com base na classificação proposta por Cunha & Nunes (1993), na primeira testagem, Lara apresentou apenas duas resposta populares, o que é considerado duvidoso para um protocolo normal. Porém, na segunda testagem, ela obteve um incremento em suas respostas populares, apresentando três repostas populares, classificado como normal, demonstrando uma importante concordância social em termos de adaptação ao meio em que está inserida.

Rorschach

Na técnica de Rorschach, comparando os dois momentos de avaliação, Lara aumentou o número de respostas de sete para 10, o que indica um incremento em termos de produtividade e capacidade de adaptação à tarefa. Ela diminuiu o número de rejeições às lâminas do teste de três para um, o que também indica maior adaptação à atividade proposta. As respostas classificadas em localização global se mantêm elevadas, sete (70%), o que se mantendo similar ao teste pré-psicoterapia, quatro (57%), indicando dificuldades em perceber a realidade objetiva, de integração e tendência a se refugiar na fantasia como forma de se defender da realidade objetiva. A baixa incidência de respostas classificadas na localização como detalhe comum, nos dois momentos de avaliação, sugerem dificuldade de sistematização e de concentração na tarefa. A classificação dos determinantes das respostas, no que se refere à forma, manteve-se baixo para uma menina

de 8 anos, as respostas referentes a movimentos animais se elevaram, o que pode indicar maior impulsividade, porém, quando bem controlada, também pode indicar maior iniciativa.

Na avaliação pós-psicoterapia, aparecem respostas classificadas como movimento humano, que indica uma evolução em termos de relacionamento afetivo, maior espontaneidade e criatividade. Houve uma relevante mudança dos fenômenos especiais, do primeiro para o segundo momento de avaliação, indicando menos insegurança e melhora em sua auto-estima. Atualmente, a paciente não apresenta mais idéia de referência, não emite mais conteúdos de mutilação no teste, indicando maior integração da personalidade, controle da agressividade e uma menor ansiedade.

Evolução

De acordo com o prontuário de evolução do caso, preenchido pela terapeuta responsável pelo tratamento psicoterápico, após um ano de Psicoterapia Psicanalítica, Lara obteve alta clínica. A paciente esbateu os sintomas de ansiedade e depressão, retomando o curso de desenvolvimento psicosssexual esperado para sua idade. Atualmente, apresenta comportamentos característicos da latência, tais como: prontidão para aprendizagem, disposição para brincar, estabelece relações afetivas com suas colegas, além disso, consegue se separar de sua mãe de forma adequada e sem sofrimento, tendo adquirido maior autonomia.

Com base nos resultados obtidos através dos testes psicológicos antes e após um ano de Psicoterapia Psicanalítica, observa-se que Lara obteve um incremento em sua capacidade egóica, elaborando conflituosas que dificultavam seu desenvolvimento. Agora,

a paciente apresenta indicativos, por meio dos testes, de maior autonomia, de estar mais inserida ao seu meio ambiente, de controle da agressividade e de ser capaz de estabelecer relacionamentos afetivos mais adequados. Em síntese, Lara apresentou relevante melhora em aspectos considerados fundamentais para o desenvolvimento emocional saudável: expansão do potencial criativo, espontaneidade, controle de ansiedade e da agressividade. Dessa forma, os resultados comparativos dos dados obtidos pelos testes de Lara em diferentes momentos (antes e depois de tratamento) demonstram êxito na intervenção terapêutica por ter possibilitado um retorno da paciente ao desenvolvimento normal, pois ela está mais tranqüila e livre de angústias, podendo brincar e aprender como o esperado para sua idade. Ainda que em momentos de maior ansiedade, tenda a se refugiar na fantasia, para se defender da realidade objetiva.

Caso 2

Dados de identificação

Nome: Mateus

Idade: 9 anos

Sexo: Masculino

Escolaridade: 5ª série do Ensino Fundamental

Início da avaliação: Julho de 2005

Encaminhamento: Psicóloga que acompanha o irmão

Motivo da Consulta: Sonambulismo, dificuldade para dormir, e o paciente se queixa de que ninguém presta atenção nele.

Hipóteses diagnósticas: Transtorno de humor depressivo

Indicação terapêutica: Psicoterapia Psicanalítica com frequência sistemática de uma vez por semana.

Dados da avaliação antes do início da Psicoterapia e reavaliação um ano depois:

Área Cognitiva WISC-III

Escala	Pré-psicoterapia		Pós-psicoterapia	
	Índice de QI	Classificação	Índice de QI	Classificação
Verbal	143	Muito Superior	118	Muito Superior
Execução	131	Muito Superior	122	Superior
Total	140	Muito Superior	122	Superior

Referente aos dados obtidos através do WISC-III, observa-se que Mateus, apresentou excelentes capacidades cognitivas, classificadas acima da faixa esperada para sua idade, o que lhe atribui facilidade em desempenhar tarefas intelectuais, bem como obter bons resultados escolares.

Área Perceptomotora Bender:

Escore Koppitz	Pré-psicoterapia	Pós-Psicoterapia
Classificação	Abaixo do esperado	Abaixo do esperado

O primeiro resultado apresentado por Mateus no Teste de Bender indica um desenvolvimento perceptomotor abaixo do esperado para sua idade (Koppitz,1989), entretanto, cabe considerar que o paciente possui uma importante dificuldade visual. Quanto ao segundo resultado apresentado pelo paciente, seu desempenho perceptomotor segue classificado como abaixo do esperado para sua idade cronológica, indicando a

persistência de imaturidade em seu desenvolvimento perceptual que também pode ainda estar vinculada a dificuldade visual.

CBCL

Indicadores	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia
Competência Social	Não Clínica	Não Clínica
Performance comportamental geral	Clínica	Clínica
Escalas de Introversão	Clínica	Clínica
Escalas de Extroversão	Clínica	Clínica

O CBCL preenchido pelos pais de Mateus, indica que eles não percebem alterações entre os dois momentos de avaliação, no que diz respeito à competência social, que, segundo eles, se mantém bem sem dificuldades significativas. Como também no que se refere ao comportamento geral, referente aos sintomas apresentados pelo paciente, os pais ainda o percebem sintomático (queixas somáticas, ansiedade/depressão) como na avaliação pré-psicoterapia.

Teste das Fábulas

Indicadores	Pré-psicoterapia	Pós-psicoterapia
F1 Ação	Ativa	Ativa
F2 Complexo de Édipo	Exclusão	Exclusão
F8 Complexo de Édipo	Culpa	Reparação
Total de RP (resposta popular)	6	4
Classificação Geral RP	Extra - adaptado	Esforço para se adaptar

No que se refere aos aspectos emocionais em avaliação comparativa dos protocolos de Mateus em relação à Fábula 1, tanto na primeira como na segunda avaliação, o paciente emitiu respostas classificadas como ativas, não indicando conflitos emocional de separação individualização, pois consegue encontrar uma solução independente, demonstrando ter autonomia e confiança em suas capacidades.

Com base na Fábula 2, que avalia conflitivas edípicas, Mateus, nos dois momentos de avaliação, manteve a mesma vivência indicando conflitiva edípica, expressa por sentimento de exclusão. Referente à Fábula 8, na primeira avaliação o paciente demonstrou sentimentos de culpa em relação aos seus desejos edípicos e, na segunda avaliação, houve um incremento de suas capacidades reparatória indicativa de elaboração edípica.

Quanto às repostas populares, com base na classificação proposta por Cunha & Nunes (1993), na primeira testagem, Mateus apresentou um elevado número de repostas populares (6), o que é considerado uma sobre- adaptação, ou seja, o paciente age de forma a atender às expectativas do grupo, a ser aceito e valorizado, nem que para isso perca sua espontaneidade. Uma melhora, nesse sentido, pode ser percebida na segunda testagem, quando Mateus apresentou uma diminuição no número de repostas populares (4), classificado como um esforço em se adaptar, demonstrando que ainda não consegue ser espontâneo em suas atitudes, entretanto está bem inserido no grupo a que pertence. Esse dado pode ser exemplificado com as repostas dadas pelos pais no CBCL relativas à escala de competência social que é considerada por eles uma área preservada em Mateus.

Rorschach

Na técnica de Rorschach, comparando a avaliação pré-psicoterapia e a pós-psicoterapia de Mateus em seu protocolo, pode se observar que o número de repostas emitidas elevou-se, indicando melhoras em termos de produtividade e adaptação à tarefa. A classificação das repostas em localização global elevaram-se, além disso ele

apresentou duas respostas de localização classificadas como DG elaboradas o que aponta uma maior capacidade de integração e planejamento, assim como inteligência e capacidade de síntese. A ansiedade situacional, avaliada por respostas emitidas em espaço em branco, baixou assim como os indicadores de conflito, avaliados através dos determinantes de respostas, sugerem melhores condições de lidar com seus conflitos. Os indicadores de emotividade marcada por agressão e descontrole alteraram-se, Mateus nessa segunda avaliação, não emite mais respostas classificadas como mutilação e apresenta indicadores de afetividade mais genuína, espontânea e adequada à realidade. Assim, sua capacidade de relacionamento mostra-se menos receosa e tensa. Entretanto seu protocolo indica a necessidade de ampliar seu contato com a realidade para poder enfrentá-la de forma mais adequada, precisando desenvolver maior produtividade e obter controle geral de suas angústias, aspectos estes que ainda estão abaixo do esperado para sua idade.

Evolução

De acordo com o prontuário de evolução do caso preenchido pela terapeuta responsável pelo tratamento psicoterápico, após um ano de Psicoterapia Psicanalítica, Mateus apresentou uma melhora em termos da sintomatologia que o trouxe a tratamento. A terapeuta pensou então em fazer uma alta combinada com ele, já que os pais também estavam satisfeitos com o esbatimento dos sintomas, embora aspectos depressivos, bem como dificuldade de tolerar a frustração indicavam a necessidade de continuar o tratamento. Entretanto, nesse momento, diante de uma importante dificuldade familiar, o sintoma de sonambulismo reapareceu, além disso na escola o paciente tem apresentado

queixas somáticas freqüentes: dores de cabeça e enjôo, o que reforça a necessidade de Mateus permanecer em atendimento psicoterápico.

Referente aos resultados demonstrados por Mateus nos testes psicológicos, observa-se relativa melhora afetiva, ampliando sua capacidade de lidar com os conflitos emocionais, apresentando indicativos de elaboração edípica, acompanhado de desejos reparatórios. Quanto aos aspectos cognitivos, Mateus possui excelentes capacidades cognitivas, mas que parecem estar sofrendo interferência da atual situação familiar que Mateus está vivenciando, fazendo com que ele apresente um desempenho aquém de seu potencial cognitivo, apesar de seu QI Total (de acordo com a escala WISC) estar acima da média, na primeira avaliação.

Cabe ressaltar que a Psicoterapia auxiliou Mateus a aliviar sintomas e a elaborar conflituosas. Entretanto, os acontecimentos externos aos quais a criança está sujeita podem estancar o progresso do tratamento, ou até mesmo causar uma regressão a pontos de fixação ainda não bem superados, acarretando o retorno de sintomas anteriores. Vê-se que Mateus estava evoluindo em seu tratamento psicoterápico, melhorando capacidades afetivas, mas dificuldades familiares acarretaram na reativação das dificuldades emocionais. A psicoterapia não tem como imunizar a criança dos problemas e sofrimentos ambientais, mas se propõe a auxiliá-la a enfrentá-los melhor, com menos angústia.

Caso 3

Dados de identificação

Nome: Cíntia

Idade: 10 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: 4ª série do Ensino Fundamental

Início da avaliação: novembro de 2005

Encaminhamento: pediatra

Motivo da Consulta: comportamento agressivo, falta de “disciplina”, descontrole emocional, depressão, problemas afetivos (choro fácil, cólera excessiva, mania de perseguição, medos exagerados)

Hipóteses diagnósticas: Transtorno de humor depressivo

Indicação terapêutica: Psicoterapia Psicanalítica com frequência sistemática de uma vez por semana.

Dados da avaliação antes do início da Psicoterapia e reavaliação um ano depois:

Área Cognitiva WISC-III

Escala	Pré-psicoterapia		Pós-psicoterapia	
	Índice de QI	Classificação	Índice de QI	Classificação
Verbal	121	Superior	111	Médio Superior
Execução	114	Médio Superior	110	Médio Superior
Total	119	Médio Superior	111	Médio Superior

Tendo em vista os resultados do WISC-III, Cíntia, na primeira avaliação, apresentou boas capacidades cognitivas classificadas acima da faixa esperada para sua idade, o que lhe confere facilidade em desempenhar tarefas intelectuais, bem como a obter bons resultados escolares. Ainda em relação a esse instrumento, pode-se afirmar que, após um ano de Psicoterapia, Cíntia apresenta equivalência entre as áreas verbal e de execução, demonstrando funcionamento intelectual acima da média.

Área Perceptomotora Bender

Escore Koppitz	Pré-psicoterapia	Pós-Psicoterapia
Classificação	Normal esperado	Normal esperado

Relativo ao Teste de Bender, tanto na primeira como na segunda avaliação, Cíntia apresentou um desenvolvimento perceptomotor compatível com sua idade (Koppitz,1989), sem indicação de alterações orgânicas.

CBCL

Indicadores	Pré-Psicoterapia	Pós-Psicoterapia
Competência Social	Não Clínica	Não Clínica
Performance comportamental geral	Não Clínica	Não Clínica
Escalas de Introversão	Não Clínica	Não Clínica
Escalas de Extroversão	Não Clínica	Não Clínica

O CBCL preenchido pela madrastra de Cíntia indica que ela não percebe alterações no que diz respeito à competência social da menina, incluindo atividades de

lazer e esportivas, sociabilidade e escolaridade. Segundo ela, Cíntia se mantém bem sem dificuldades significativas e também quanto ao comportamento geral, ela percebe a paciente assintomática nos dois momentos da avaliação. Isso chama a atenção, pois a avaliação de seus cuidadores é diferente da percepção da terapeuta que levantou a hipótese diagnóstica de Transtorno de Humor de Depressivo e, além disso, é importante ressaltar que, apesar de perceberem Cíntia sem dificuldades, seus cuidadores a mantêm em atendimento psicológico, indicando que percebem que a paciente necessita de cuidados especializados.

Teste das Fábulas

Indicadores	Pré-Psicoterapia	Pós-Psicoterapia
F1 Ação	Passiva	Ativa
F2 Complexo de Édipo	Exclusão	Sem triangulação
F8 Complexo de Édipo	Agressão	Reparação
Total de RP (resposta popular)	1	3
Classificação Geral RP	Desadaptado	Normal para faixa etária

No que se refere aos aspectos emocionais em avaliação comparativa dos protocolos de Cíntia em relação à Fábula 1, na primeira avaliação, a paciente se mostrou passiva, emitindo uma resposta indicativa de conflitiva emocional de separação-individuação por não conseguir achar uma solução independente, conforme sua resposta: *“Ele vai ficar no chão e os pais vão pegar ele”*. Porém na segunda avaliação, Cíntia se mostra capaz de expressar uma resposta classificada como ativa: *“Ele vai tentar voar”*. A mudança entre as respostas verbalizadas para a mesma fábula pode indicar um incremento das capacidades egóicas por meio da Psicoterapia, que pode ter auxiliado

Cíntia em seu processo de separação- individuação. Cabe lembrar que a história pregressa da paciente é marcada por repetidas separações antes que ela tivesse conseguido estabelecer uma relativa constância objetal. A Psicoterapia parece ter lhe fornecido maior autonomia e suporte emocional para suas ansiedades, de acordo com suas próprias palavras “*o filhote ficou aliviado*”.

Com base na Fábula 2, que avalia conflitivas edípicas na primeira avaliação, Cíntia expressou resposta indicativa de sentimentos edípicos de exclusão. Pode-se pensar que talvez em muitos momentos ela tenha se sentido excluída, não considerada por seus pais enquanto eles brigavam e não conseguiam cuidar dela. Já na segunda avaliação, Cíntia expressa resposta não triangular, sem referência a conflitivas edípicas, o que pode indicar uma elaboração dessa conflitiva edípica, aliada à evolução expressa em relação à Fábula 8, inicialmente, sua resposta refletia uma fase edípica mais conflituosa com sentimentos agressivos e, no segundo momento, apresenta desejos reparatórios indicativos de uma importante melhora afetiva.

Quanto às repostas populares, com referência na classificação proposta por Cunha & Nunes (1993), na primeira avaliação, Cíntia apresentou apenas uma resposta popular, indicando se tratar de um protocolo desadaptado, ou seja, de uma criança com sérias dificuldades em se adaptar ao meio onde está inserida. Na segunda avaliação, mostrou um aumento em suas repostas populares, apresentando três repostas populares em seu protocolo que é classificado como normal, apresentando melhora em termos de concordância social, ou seja, mais adaptada e inserida em seu meio social/ familiar.

Rorschach

Na técnica de Rorschach, comparando os dois momentos da avaliação de Cíntia, observa-se, no protocolo da paciente, modificações em termos quantitativos, na medida em que apresenta uma maior produtividade e desempenho (número de respostas emitidas aumentou de 12 para 16). A capacidade de lidar com a realidade objetiva mostra-se dentro dos padrões esperados para a idade, sugerindo um desenvolvimento em termos de sistematização, desempenho e foco na tarefa (respostas de localização classificadas como detalhe comum aumentaram de 5 para 12). Ela demonstra maior controle geral da personalidade, com menor presença de indicadores de insegurança e receio, em especial no que tange aos relacionamentos interpessoais (avaliados através da diminuição de resposta de fenômenos específicos Choque de Reação por dilatação). Percebe-se uma diminuição na ansiedade e uma qualificação de sua capacidade de relacionamento interpessoal, indicando menos ansiedade e receio no contato interpessoal e mais empatia e espontaneidade. Nas respostas de Cíntia ao teste, aparecem consideráveis indicadores de impulsividade, porém, em virtude da melhora em sua capacidade de manter a primazia do pensamento lógico sobre o emocional, essa impulsividade se encontra controlada.

Evolução

Com base no prontuário de evolução do caso preenchido pela terapeuta responsável pelo tratamento psicoterápico, após um ano de Psicoterapia Psicanalítica, Cíntia apresenta importante evolução emocional. Os sintomas apresentados no início do tratamento, apatia, tristeza e dificuldade de relacionamento, persistem, mas em menor

intensidade. Inicialmente, Cíntia apresentava atitude passiva, sem iniciativa e vitalidade para brincar ou expressar seus pensamentos, ou adotava uma atitude provocativa, para se defender, não conseguindo se aproximar afetivamente dos colegas, familiares e terapeuta. Atualmente, tem sido mais espontânea e participativa, conseguindo expressar seus sentimentos de forma verbal, consegue se aproximar afetivamente e solicitar ajuda, mostra comportamentos típicos da latência, brincando e se expressando de forma coerente com a idade. Todavia, devido ao quadro depressivo apresentado pela paciente e aos problemas familiares, ainda se faz necessário a manutenção do atendimento psicoterápico, para que as aquisições emocionais sejam melhor consolidadas e Cíntia possa realmente reverter sua depressão.

De acordo com os resultados dos testes psicológicos aplicados antes e após um ano de Psicoterapia Psicanalítica, há indicativos da ampliação de sua capacidade egóica, do aumento de sua autonomia e da obtenção de um maior controle da ansiedade. Nos resultados pós- tratamento, Cíntia expressa desejos reparatórios indicativos de melhora afetiva e de adaptação ambiental, bem como capacidade de estabelecer melhores vínculos afetivos.

Pode-se inferir que a Psicoterapia alcançou resultados importantes auxiliando esta criança a aliviar seu sofrimento emocional, a obter alívio em termos da intensidade sintomatológica.

Considerações Finais

O desenvolvimento infantil é marcado por conflitos próprios, muitos deles se refletem em sintomas físicos e/ou psicológicos, tensões que podem se extinguir com o decorrer do desenvolvimento ou persistir, invadindo outras etapas e, em algumas crianças, aprisionando o crescimento, quando então a intervenção profissional especializada através da Psicoterapia, torna-se indispensável para que o desenvolvimento siga seu curso habitual (Dian & Nunes, 2006).

Considerando que transtornos e psicopatologias da vida adulta podem ter início na infância, avaliação e tratamento psicológico para crianças, acima de tudo, tem um relevante caráter preventivo em saúde mental. Cabe enfatizar que o importante, quando se avalia uma criança, é ter em vista todo o panorama desenvolvimental que ainda está por vir e, assim, manter uma atitude cuidadosa quanto aos dados obtidos na avaliação psicológica para eles sejam usados em prol do paciente, de sua compreensão e da indicação adequada de tratamento (Falcão & Dian, 2006).

O impacto de qualquer intervenção deve ser analisado no contexto no qual o paciente está inserido. Em se tratando de crianças, a fase de desenvolvimento, as relações familiares e a produção escolar devem ser considerados. O reflexo da intervenção psicoterápica deve ser vista no todo de uma criança. De acordo com Deakin (ensaio 2006), ao serem avaliados os resultados da Psicoterapia com crianças, os aspectos desenvolvimentais devem ser sempre considerados e a presença ou ausência de sintomas não pode ser utilizada como o único, ou o mais importante critério para avaliar eficácia ou efetividade do tratamento.

Neste estudo a descrição dos três casos clínicos visou demonstrar a influência da psicoterapia nas crianças avaliadas que tiveram indicação de tratamento psicoterápico. Observa-se que as três crianças estudadas antes do início do tratamento psicoterápico apresentam histórias de vida permeadas por dificuldades familiares que podem ter implicado em vivências de perda, separação ou ameaça de abandono, bem como sintomas indicativos de transtorno de humor depressivo.

Nos casos apresentados, através das testagens, como forma de mensuração do processo psicoterápico, foi possível discutir a efetividade da Psicoterapia Psicanalítica de crianças. Os paciente estudados apresentaram melhora na qualidade de suas relações afetivas, no controle de suas ansiedades. Ou seja, a Psicoterapia de fato auxilia a retomada ao curso desenvolvimental normal, amplia as capacidades egóicas, e proporciona à criança maior estabilidade emocional para poder crescer. Por outro lado, a criança, por ser dependente de seus cuidadores, é ainda muito suscetível aos acontecimentos ambientais e dependendo da intensidade desses acontecimentos, eles podem causar regressões, apesar do auxílio terapêutico como no segundo caso exemplificado neste trabalho.

Os resultados obtidos pelos testes psicológicos possibilitam a mensuração da evolução do atendimento, oferecendo aos psicólogos e aos familiares indicativos mais objetivos do desenvolvimento da criança. Visto que o psicólogo clínico tem segurança em seus métodos e técnicas de tratamento, a avaliação psicológica e a pesquisa oferecem uma resposta objetiva à percepção clínica. Assim uma baliza e corrobora a outra, daí a necessidade de unir a clínica à pesquisa.

Referências

- Achembach, T. M. (1991) Manual for the child behavior checklist/4-18. Profile. Burlington, V. T: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Cunha, J. A. (2003) Bender na criança e no adolescente. In: J. A. Cunha, & col. Psicodiagnóstico- V. (295-316). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J.A. e Nunes, M.L.T. (1993) Teste das Fábulas. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Deakin, E. K. & Nunes, M. L.T. (2006) Ensaio Temático. Manuscrito submetido à publicação.
- Descombe, M. (2003) The Good Research Guide. Philadelphia: Open University Press.
- Dian, S. V. & Nunes, M. L. T. (2006) Avaliação Psicológica para indicação psicoterápica de crianças, Manuscrito submetido à publicação.
- Falcão, C. B & Dian, S. V. (2006) Recursos disponíveis para avaliação psicológica de crianças. In: M. L.Nunes; P. Campezzatto, & R. Petrarca Psicoterapia de Crianças. (no prelo).
- Fachin, O. (2001) Fundamentos de Metodologia. São Paulo: Saraiva.
- Figueredo, V. L. (2002) WISC-III: Escala de inteligência Wechsler para crianças. Adaptação e Padronização Brasileira 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. Journal of Child Psychotherapy, 29 (2); 129-136.
- Fonagy, P. (2005) Estudos sobre efetividade das psicoterapias In: Eizirik, C. L., Aguiar, R., Schestatsky, S et al. Psicoterapia de Orientação Analítica Fundamentos Teóricos Clínicos. (424-461)Porto Alegre: Artmed.
- Jacquemin, A. (1975) O teste de Rorschach em crianças brasileiras. São Paulo: Vetor.
- Koppitz, E. M. (1989) O Teste Gestáltico Bender para crianças. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, M. L. T. & Lhullier, A. C. (2003). Histórico da Pesquisa Empírica em Psicoterapia. Revista Brasileira de Psicoterapia 5 (1);97-112.

- Pearsall, D. F. (1997). Psychotherapy outcome research in child psychiatric disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 42; 595-601.
- Phares, J. E.(1996). Psicología clínica : conceptos, métodos y práctica. México : El Manual Moderno.
- Oakland, T (1996) Qualities that will influence testing and assessment practices with children and youth toward the beginning of the twenty-first century: international perspectives. Psicologia Escolar e Educacional, 1 (1).
- Seligman,M. (1995) The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. American psychology Association, 50.12.
- Target,M. & Fonagy, P. (2005) The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders In: A. Roth & P. Fonagy. What works for whom: acritical review of psychotherapy research. (385-424) New York: Guildford Press.
- Vaz, C. (1997) O Roscharch Teoria e Desenvolvimento. São Paulo: Manole.
- Weisz, J.; Doss, A. J. & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique oh the evidence base. Annual Review of Psychology, 56; 337-363.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da conclusão desta dissertação de mestrado, é possível tecer considerações com base no que foi exposto anteriormente.

Verifica-se a importância e a necessidade de estudos que possam avaliar a prática psicoterápica para que os profissionais, que a ela se dedicam, possam examinar seu trabalho, a fim de não ter suas técnicas, assim como suas teorias, estagnadas e aplicadas sem considerar a necessidade do paciente, que está inserido em um mundo repleto de novas informações e transformações.

Nesse sentido, a Psicoterapia Psicanalítica precisa ser avaliada e seus benefícios comprovados. Para isso, os psicólogos contam com aliados valiosos para avaliação de seus pacientes, bem como de sua técnica psicoterápica: os testes psicológicos, que desde a primeira metade do século passado auxiliam na investigação de características e habilidades dos sujeitos. Atualmente no Brasil, há um importante movimento de atualização e validação dos testes por parte do CFP (Conselho Federal de Psicologia) que torna os testes mais precisos e confiáveis; instrumentos esses que são de uso restrito e exclusivo dos psicólogos e que devem ser valorizados e respeitados, para isso cabe aos psicólogos estudo e habilidades no uso desse recurso, para que ele sirva como auxiliar na compreensão da singularidade humana.

A avaliação psicológica fundamentada em testes para compreensão das crianças possibilita ao psicoterapeuta indicativos das conflitivas e dificuldades que o paciente

carece de auxílio para seguir se desenvolvendo, além de oferecer dados para a realização de uma indicação terapêutica mais adequada para o paciente, permitindo aos familiares um maior entendimento do que ocorre com o paciente.

Relevante acrescentar que o desenvolvimento psicológico infantil deve ocupar um lugar de destaque no arsenal teórico-clínico dos psicólogos para que estes possam realmente compreender o que se passa com seu paciente: no momento da avaliação saber diferenciar uma crise desenvolvimental de uma patologia que está embotando o desenvolvimento e durante o tratamento psicoterápico acompanhar a evolução do paciente bem como sua inserção no grupo de crianças da mesma faixa etária.

O desenvolvimento infantil precisa ser considerado em relação ao meio social onde a criança está inserida. Na sociedade contemporânea, as crianças estão constantemente vivenciando mudanças que interferem na estrutura e funcionamento da família, bem como na construção de sua própria subjetividade.

Neste estudo os dados resultantes da avaliação do grupo de crianças clínicas apresentam crianças com manifestações ansiosas, típicas da sociedade atual da qual pertencem, sofrendo suas pressões e desenvolvendo patologias que as deixam inibidas e fragilizadas, apesar do bom potencial intelectual que possuem, as conflitivas e os transtornos emocionais as tornam limitadas e imaturas em seu desenvolvimento, necessitando de intervenções psicoterápicas especializadas para que consigam realmente ser crianças, para brincar e aprender.

Superadas as dificuldades iniciais pelo reduzido número de sujeitos, que inviabiliza estudos estatísticos inferenciais, e considerando a relevância da pesquisa de resultados de Psicoterapia, o estudo de caso, método clássico de pesquisa na área,

possibilitou a discussão da efetividade da Psicoterapia Psicanalítica, demonstrando que ela auxilia o paciente na retomada do curso desenvolvimental normal, ampliando as capacidades egóicas, e proporcionando maior estabilidade emocional.

A significância estatística não foi alcançada nesta pesquisa, devido ao número reduzido de sujeitos. Por isso, pesquisas derivadas de estudos multicêntricos são necessárias para permitir análises inferenciais que possam demonstrar significância estatística e, a partir disso, permitir generalizações para conhecer melhor as crianças que buscam atendimento psicológico no que se refere a avaliações emocionais e cognitivas, revelando variáveis de interesse.

Para finalizar, destaca-se uma aplicabilidade dos achados desse estudo na instituição clínica onde os participantes da pesquisa foram avaliados e posteriormente atendidos em Psicoterapia Psicanalítica: os terapeutas responsáveis pelos casos utilizaram os dados dos testes coletados para a pesquisa como material de trabalho clínico junto aos pais dos pacientes, bem como para avaliar empiricamente o resultado de seu próprio trabalho. Neste sentido, houve uma importante e corajosa abertura por parte da instituição e de seus técnicos para verificar a efetividade do tratamento que oferece a seus pacientes. Mostra-se que a aproximação entre o clínico e o pesquisador é fundamental e possível para viabilização de trabalhos como o aqui apresentado.

Anexo 1

Ficha de Acompanhamento

Caso n^o: ____

Prontuário no Ceapia: _____

1 - Nome do Paciente: _____

2 - Data de Nascimento: ____/____/____ 3 - Idade: ____a ____m

4 - Escolaridade: _____ 5 - Número de Repetências: _____

6 - Data da Triagem: ____/____/____

7 - Fonte de Encaminhamento: _____

8 - Motivo Inicial da Busca:

9 - Hipótese Diagnóstica: _____

10 - Data da Primeira Sessão com a Criança: ____/____/____

11 - Terapeuta Responsável: _____

12 - Ano do Curso do terapeuta: () 1^o () 2^o () 3^o () Corpo Clínico

13 - Frequência Semanal de Atendimento: _____

14 - Outros atendimentos realizados concomitante a psicoterapia:

15 - Uso de medicação: N () S ()

Citar: _____

16- Tempo de Uso: _____

17 - Observações:

ANEXO 2

CEAPIA – Centro de Estudo, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência
R. Cel. Bordini, 434 – Fone: 3343-6490

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A avaliação da eficácia e qualidade dos atendimentos psicoterápicos prestados pelo CEAPIA são de extrema importância para a manutenção e planejamento dos aspectos referentes ao ensino da psicoterapia da infância e adolescência, assim como do próprio tratamento. Essa pesquisa tem como objetivo verificar a eficácia do tratamento psicoterápico de orientação psicanalítica, modalidade realizada nessa instituição. Para atingirmos esse objetivo utilizaremos seis técnicas de avaliação psicológica, que serão aplicadas no início do tratamento e um ano após essa data. É importante ressaltar que esse procedimento não envolve risco algum para a criança, exceto graus mínimos de ansiedade, comuns em qualquer atividade desconhecida dessa natureza.

Eu _____ (Responsável) fui informado dos objetivos da pesquisa em questão de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito dos procedimentos que serão realizados e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, sem que isso acarrete em nenhuma interferência no tratamento de minha criança. O psicólogo(a) responsável pela pesquisa certificou-me que todos os dados referentes a identidade de minha criança são confidenciais, logo serão preservados em sigilo, sendo permitido que apenas os responsáveis pela pesquisa e o terapeuta da criança tenha acesso aos mesmos.

Declaro que recebi o a cópia do presente termo de consentimento informado

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Pesquisador Responsável

Qualquer dúvida entrar em contato com:

Elisabeth Kunh Deakin

Rodrigo Linck Graeff

Silvia Varela Dian



Ofício nº 1179/05-CEP

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo pesquisa intitulado: "Psicoterapia psicanalítica com crianças: elaboração dos conflitos avaliados através do teste das fábulas".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Silvia Varela Dian
N/Universidade

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D538p	<p>Dian, Silvia Varela Psicoterapia psicanalítica com crianças : avaliação e resultados / Silvia Varela Dian. — Porto Alegre, 2007. 91 f.</p> <p>Diss. (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS, 2007.</p> <p>Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Lúcia Tiellet Nunes</p> <p>1. Psicologia Infantil. 2. Psicoterapia Psicanalítica. 3. Psicoterapia da criança. 4. Separação-Individuação. 5. Complexo de Édipo. 6. Testes Psicológicos. 7. Avaliação Psicológica. I. Nunes, Maria Lúcia Tiellet. II. Título.</p> <p>CDD: 155.4 616.8917</p>
-------	---

Bibliotecário Responsável

Patrícia Leal Cechinatto
CRB 10/1202