

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE - FARN
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

STELLA MARIS CABRAL FIGUEIRÊDO

**PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL – do modelo tradicional aos novos modelos
interventivos**

STELLA MARIS CABRAL FIGUEIRÊDO

EXEMPLAR
BIBLIOTECA
FACULDADE
DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO
GRANDE DO NORTE
15/05/2011

**PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL – do modelo tradicional aos novos modelos
interventivos**

Monografia apresentada como requisito final
para obtenção do título de especialista em
Avaliação Psicológica da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte – FARN.

Orientadora: Profa. Especialista Geórgia F.
Martins S. Baeta Neves.

**Natal - RN
2011**



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Figueirêdo, Stella Maris Cabral
Psicodiagnóstico Infantil: do modelo tradicional aos novos modelos
interventivos / Stella Maris Cabral Figueirêdo. – Natal, 2011.
57f.

Orientador: Geórgia F. Martins S. Baeta Neves. (Esp.)
Monografia (Especialização em Avaliação Psicológica) – Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Psicologia - Monografia. 2. Avaliação Psicológica – Monografia. 3.
Psicodiagnóstico Infantil – Monografia.
I. Título.

RN/FARN/BC

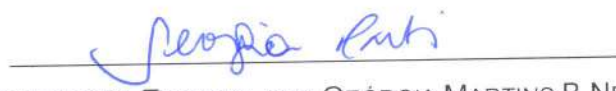
CDU 159.9.072

STELLA MARIS CABRAL FIGUEIRÊDO

PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL – do modelo tradicional aos novos modelos
interventivos

Monografia Apresentada como requisito final para obtenção do título de Especialista
Em Avaliação Psicológica da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte – FARN.

MONOGRAFIA APROVADA EM 13 / 12 / 2011


STELLA MARIS CABRAL FIGUEIRÊDO
PROFESSORA ESPECIALISTA GEÓRGIA MARTINS B. NEVES
ORIENTADORA

Dedico este trabalho aos meus netos queridos, Davi e Sofia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por estar sempre ao meu lado e da minha família, abençoando, guiando e protegendo. Obrigada por iluminar nossos passos, Senhor!

Aos meus pais, Mário e Maristela, por terem me dado a vida, além de darem exemplos diários de humildade e desprendimento, valores que me guiam e acompanham até hoje.

Aos meus filhotes, Tatiana, Rodrigo e Marcelo, que já merecem meu agradecimento simplesmente por serem meus filhos, mas também por terem estado sempre ao meu lado, nas alegrias e nas dores que já vivemos juntos.

À professora Geórgia Martins, de quem fui monitora na graduação e com quem muito aprendi sobre Avaliação Psicológica. Agradeço, principalmente, pela segurança, disponibilidade e tranqüilidade que transmitiu durante a elaboração deste trabalho. Uma verdadeira orientadora, além de amiga querida.

D. W. Winnicott

RESUMO

O propósito deste trabalho é apresentar um estudo bibliográfico sobre o psicodiagnóstico infantil, partindo do modelo tradicional aos novos modelos interventivos. A problemática do estudo define-se no questionamento: "*Quais as características e formas de organização do Psicodiagnóstico Tradicional e do Interventivo, analisando os seus pressupostos metodológico e epistemológicos?*". O Objetivo geral é apresentar o caminho percorrido pelo processo psicodiagnóstico infantil, abordando desde o modelo tradicional aos atuais modelos interventivos; e como objetivos específicos: mostrar etapas evolutivas a partir do psicodiagnóstico clínico tradicional até os interventivos; apresentar a prática do psicodiagnóstico infantil e a relevância dos recursos da hora do jogo diagnóstica e a entrevista familiar para melhor realizar o estudo do caso; indicar os benefícios da prática da Ludoterapia para que o profissional possa compreender a evolução emocional e psicomotora da criança e como interage com o mundo; apontar as etapas relevantes para a elaboração da entrevista devolutiva. No desenvolvimento são realizadas diversas pesquisas e procura-se fazer um debate teórico entre os diversos autores da área com a intenção de sintetizar o estudo a respeito do psicodiagnóstico infantil. Finalmente, são apresentadas as considerações finais onde a autora busca posicionar-se no que acredita ser relevante para a prática ideal de diagnosticar a criança e a importância do envolvimento e comprometimento dos pais durante todo o processo.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico Infantil. Ludoterapia. Criança. Pais.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present a bibliographical study on the psycho child, from the traditional model of new interventional models. The study defines the problem in the question: "What are the characteristics and forms of organization and the psychodiagnostic Traditional Intervening, analyzing their methodological and epistemological assumptions?". The general objective is to present the path of the child psychodiagnostic process, approaching from the traditional to current interventional models, and specific objectives: to show evolutionary steps from the traditional to the psychodiagnostic clinical interventional, presenting the practice of psycho child and relevance of resources of game time and diagnostic family interview to better carry out the study of the case, state the benefits of the practice of Ludotherapy to enable the professional to understand the emotional and psychomotor development of children and how they interact with the world, pointing out the relevant steps for development of the interview feedback session. In development are performed several studies and seeks to make a theoretical debate between the various authors in the area with the intention to synthesize the study about psycho children. Finally, concluding remarks are presented where the author tries to position itself what it believes to be relevant for the ideal practice of diagnosing the child and the importance of parental involvement and commitment throughout the process.

Keywords: Child Psychodiagnosis. Ludotherapy. Child. Parents.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO GERAL	10
2	METODOLOGIA	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	OBJETIVO GERAL	13
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	13
4	O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO	14
4.1	A PRÁTICA DO PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO	14
4.2	O PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL	20
4.2.1	A Hora do Jogo Diagnóstica	26
4.2.2	Entrevista Familiar Diagnóstica	30
4.3	O PSICODIAGNÓSTICO DO TIPO COMPREENSIVO	32
5	A INTERVENÇÃO LUDOTERÁPICA	35
5.1	O BRINCAR E A LUDOTERAPIA	35
5.2	O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO	45
6	ENTREVISTA DEVOLUTIVA E RECOMENDAÇÕES	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	54

1 APRESENTAÇÃO GERAL

Este trabalho discute a prática do Psicodiagnóstica Infantil, abordando desde o modelo tradicional aos atuais modelos interventivos. O objetivo é mostrar o caminho percorrido pelo processo psicodiagnóstico que passou de uma execução de questionários e apresentação de resultados, para intervir efetivamente no processo de conhecimento das causas, interligando fatos e analisando o indivíduo no seu contexto, familiar, escolar e social.

Na psicologia Clínica o diagnóstico fica a um passo da psicoterapia e o seu objetivo é identificar as dificuldades do paciente e indicar a intervenção apropriada e a sessão devolutiva tem como único objetivo informar. Essa prática instigou profissionais e a comunidade acadêmica a pesquisarem os mecanismos terapêuticos presentes na avaliação psicológica, quanto a sua potencialização e viabilidade de atuação. Surge então o psicodiagnóstico interventivo, cuja diferenciação da psicologia clínica é a realização de práticas interventivas durante as entrevistas e aplicações das técnicas projetivas.

As mudanças ocorridas com relação ao Psicodiagnóstico tradicional provocam questões relevantes na área prática, ética e metodológica. E essas variações devem ser analisadas com muito critério, pois ainda não se pode afirmar de forma global que em todas as situações o psicodiagnóstico interventivo é o melhor recurso a ser empregado.

O estudo se justifica pela importância atribuída ao tema, devido o interesse da população, no meio profissional e da comunidade acadêmica em melhor compreender a problemática.

Diante do exposto surge a proposta de estudar as mudanças ocorridas no psicodiagnóstico. A problemática do estudo se encontra definida no questionamento:

Quais as características e formas de organização do Psicodiagnóstico Tradicional e do Interventivo, analisando os seus pressupostos metodológico e epistemológicos?

A intenção não é responder a todas as perguntas nem dar respostas definitivas, mas levantar questões e registrar os diversos pontos de vista dos autores estudiosos da área psicanalítica.

2 METODOLOGIA

O estudo realizado trata-se de uma pesquisa metodológica, descritiva, qualitativa onde buscou-se realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o tema abordado em artigos científicos, dissertações, teses, livros e revistas. Os critérios de inclusão foram as buscas bibliográficas de palavras como psicodiagnóstico, terapia infantil, Ludoterapia, psicodiagnóstico interventivo e entrevista devolutiva. As pesquisas ocorreram nas bases de dados da Biblioteca da FARN, em textos completos na SCIELO além de sites e publicações institucionais.

Procurou-se fazer um debate teórico, científico entre os autores da área como: Arzeno, Ancona-Lopez, Bornholdt, Ocampo, Trinca, entre outros; e por fim sintetizar os estudos a respeito da problemática do Psicodiagnóstico Infantil.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral é mostrar o caminho percorrido pelo processo psicodiagnóstico Infantil, abordando desde o modelo tradicional aos atuais modelos interventivos.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Mostrar etapas evolutivas a partir do psicodiagnóstico clínico tradicional ao interventivo;
- Apresentar a prática do psicodiagnóstico infantil e a relevância dos recursos da hora do jogo diagnóstica e a entrevista familiar para melhor realizar o estudo do caso;
- Indicar os benefícios da prática da intervenção Ludoterápicas e a interventiva para que o profissional possa compreender a evolução emocional e psicomotora da criança e como interage com o mundo;
- Apontar as etapas relevantes para a elaboração da entrevista devolutiva.

4. O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

4.1. A PRÁTICA DO PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO

Tradicionalmente, a psicologia clínica deriva da medicina e no início do século XX a avaliação psicológica teve sua atuação marcada pelo uso de testes, quando os psicólogos eram considerados simples testólogos. De acordo com Cunha (2000), os psicólogos aos poucos foram saindo desse lugar e passando a usar a avaliação psicológica como um recurso para compreender a personalidade das pessoas.

Para a autora, a avaliação psicológica tem conceito mais amplo que o de psicodiagnóstico, uma vez que este tem propósito clínico e busca identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, usando para isso outros instrumentos além de testes, enquanto que a avaliação psicológica é mais psicométrica¹ e busca conhecer e estabelecer as diferenças individuais.

Pode-se dizer que a avaliação psicológica é mais ampla porque seus objetos de estudo podem ser um sujeito, um grupo, uma instituição, uma comunidade, daí a importância dos trabalhos interdisciplinares, uma vez que o objeto a avaliar é sempre um sistema complexo, integrados por subsistemas diversos, como o biológico, psicológico, social, cultural, em interação permanente, sendo o psicodiagnóstico, portanto, uma parte da avaliação diagnóstica.

Cunha (2000), diz que o psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, no qual se realiza uma avaliação psicológica, por meio de testagem. A realização desses testes possui propósitos clínicos e são definidos durante a realização do diagnóstico. E dá a seguinte definição:

¹ Psicomетria é o ramo da Psicologia que lida com a medição mental. Medida quantitativa da força e duração dos fenômenos mentais (medida do grau de inteligência). Exemplos de testes psicométricos: escala *Wechsler Adult Intelligence* (WAIS) para adultos e *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC), para crianças.

Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos, em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados, na base dos quais são propostas soluções, se for o caso (CUNHA, 2000, p. 26).

Para Ocampo (1990), o psicodiagnóstico tradicional, baseado no modelo médico, mantinha o psicólogo distante do paciente, que era tido como simples objeto de estudo. Havia falta de identidade do psicólogo, que tinha como objetivo principal aplicar bem os testes, investigando como o paciente se comportava diante daqueles estímulos e assim oferecer relatos precisos de suas conclusões a outro profissional.

Entretanto, nem todos os psicólogos agiam assim, e muitos buscavam experimentar uma aproximação autêntica com seu paciente. Com a difusão crescente da psicanálise, alguns profissionais começaram a adotá-la como modelo de trabalho, que tinha como característica a interação entre psicólogo e paciente, dando ao profissional referência imprescindível para que entendesse de forma clara o que acontecia em seu contato com o paciente, esclarece Ocampo (1990).

O psicodiagnóstico, portanto, surgiu como consequência do advento da psicanálise, oferecendo novo enfoque para o atendimento e a classificação dos transtornos mentais, que até então tinha enfoque nitidamente médico. Freud e suas obras representaram o primeiro elo de uma corrente de conteúdo dinâmico, seguido por Jung com o teste de associação de palavras e chegando a Rorschach com o teste de manchas de tintas, em 1921. Nessa época, as técnicas projetivas foram ganhando espaço, como o da figura humana (HTP), o Teste de Apercepção Temática (TAT) e o Rorschach.

Atualmente, informa Cunha (2000), há grande ênfase no uso de instrumentos mais objetivos e entrevistas diagnósticas mais estruturadas, tendo em vista a necessidade de manter um embasamento científico para o psicodiagnóstico, compatíveis com os progressos científicos nos diversos ramos da ciência têm levado ao desenvolvimento de novos instrumentos mais precisos, especialmente após o DSM-IV²

² DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de

e de baterias padronizadas, que permitem nova abordagem na área diagnóstica da neuropsicologia, constituída pela confluência da psicologia clínica e da neurologia comportamental.

Na visão de Ancona-Lopez (1995), o Psicodiagnóstico é realizado com tempo limitado, e busca descrever e compreender a personalidade total do paciente, abrangendo aspectos atemporais, tendo como principal objetivo direcionar o trabalho terapêutico.

Arzeno (1995) e Ocampo (1990) caracterizam o psicodiagnóstico como uma prática bem delimitada, cujo objetivo é obter uma descrição e compreensão profunda e completa da personalidade do paciente ou do grupo familiar, abarcando aspectos passados, presentes e futuros, de forma a obter um panorama preciso e completo do caso, incluindo os aspectos patológicos e adaptativos, e assim fazer as recomendações terapêuticas adequadas.

Um psicodiagnóstico completo e bem administrado, na visão de Arzeno (1995), permite estimar o prognóstico do caso e a estratégia e/ou abordagem terapêutica mais adequada para ajudar o cliente. As entrevistas diagnósticas vinculares familiares são de grande utilidade para decidir entre a recomendação de um tratamento individual, vincular ou familiar.

Observa-se que devido ao grande número de teorias existentes, a atuação do psicólogo acaba variando muito e com isso o próprio uso do termo psicodiagnóstico. Trinca (1984), diz que houve na avaliação psicológica uma busca de integração das diversas abordagens e que se verificam na Psicologia Clínica grandes variações de conhecimentos e atuações, bem como na prática do Psicodiagnóstico. Muitas abordagens em Psicologia partem de pressupostos e métodos diferentes, mas todas concordam que para se compreender o homem é necessário organizar conhecimentos que digam respeito à sua vida biológica, intrapsíquica e social, não sendo possível excluir nenhum desses horizontes.

As principais etapas descritas por Cunha (2000) para a operacionalização do processo psicodiagnóstico, dentro de um modelo de natureza clínica são:

diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental.

- **Formulação de Perguntas Básicas ou Hipóteses** – esse passo parte de perguntas específicas, cujas prováveis respostas se estruturam na forma de hipóteses que serão confirmadas ou não através dos passos seguintes do processo. O ponto de partida para iniciar esse processo seria o encaminhamento, que se for feito a um profissional que trabalha na área de psicologia é porque existe a pressuposição que este apresenta problemas psicológicos, hipótese a qual só um profissional habilitado poderia responder ou solucionar. Os objetivos do psicodiagnóstico, portanto, dependem das perguntas iniciais e no momento em que é possível levantar as questões básicas e estabelecer os objetivos, há condições para um plano de avaliação e, conseqüentemente, para realizar o contrato de trabalho;

- **Contrato de Trabalho** – o psicodiagnóstico é um processo limitado no tempo, ou seja, ele tem um prazo para ser realizado e concluído, e depois que se é esclarecido às questões iniciais e definidos as hipóteses e os objetivos do processo, o psicólogo pode prever o tempo necessário para realizá-lo e assim formalizar com o paciente ou responsável os termos em que o processo psicodiagnóstico vai se desenvolver, como papéis, direitos e responsabilidades de ambas as partes. Esse contrato de trabalho, entretanto, deve ser flexível, de forma a ser revista sempre que o processo tiver de sofrer modificações, como o surgimento de novas hipóteses ou obstáculos do próprio paciente. Caso o psicólogo já tenha firmado o contrato de trabalho e perceba a necessidade de usar mais algum instrumento para esclarecer alguma questão, deve fazê-lo, mas sem qualquer ônus para o paciente;

- **Estabelecimento de um Plano de Avaliação** – esse passo do psicodiagnóstico é a parte em que será feito um planejamento do que vai haver em todo o processo, procurando identificar recursos que permitam estabelecer uma relação entre as perguntas iniciais e suas possíveis respostas. Esse plano de avaliação normalmente só é estabelecido após a entrevista com o paciente e/ou responsável, quando então se dá o início ao processo de testagem. Entretanto, deve-se atentar para outras questões importantes para o processo, dentre elas a necessidade de observações do comportamento em situações da vida diária, observação de resultados de exames médicos e análise de outros materiais, como fotografias, gravações, diários, pinturas, desenhos, cadernos escolares, etc. Nesta etapa, portanto, o profissional irá comunicar

ao cliente a duração do processo e o que será realizado durante esse tempo, quais os instrumentos e técnicas serão utilizados para confirmar ou descartar as hipóteses que existem sobre o cliente;

- Bateria de Testes – os testes psicológicos têm sido utilizados com diferentes finalidades, e no psicodiagnóstico deve ser suficientemente amplo para compreender bem o paciente, uma vez que nenhum teste, isoladamente, pode proporcionar uma avaliação abrangente da pessoa como um todo. Além disso, o emprego de uma bateria de testes possibilita a validação intertestes, diminuindo a margem de erro e fornecendo melhor fundamento para se chegar a inferências clínicas. No planejamento da bateria de testes é importante que aqueles escolhidos captem o maior número possível de condutas verbais, gráficas e lúdicas, de maneira a possibilitar a comparação de um mesmo tipo de conduta, provocada por diferentes estímulos ou instrumentos e diferentes tipos de conduta entre si. Normalmente a bateria de testes inclui testes psicométricos e técnicas projetivas, devido à variedade de questões propostas inicialmente e adequadas aos objetivos do Psicodiagnóstico.

- Administração de Testes e Técnicas – a autora inicia esse tópico lembrando que o foco da testagem deve ser sempre o sujeito, e não os testes e que, para isso, o profissional deve estar perfeitamente seguro quanto à escolha adequada dos instrumentos para aquele caso, além de estar bem familiarizado com as instruções, o manejo e os objetivos de cada teste. Além disso, o psicólogo deve organizar bem o material antes da entrada do paciente, lembrando que não deve iniciar a administração dos testes e técnicas sem o estabelecimento de um bom *rappor*³. Também deve esclarecer as dúvidas do paciente, sempre que solicitado, e nunca prometer o que não pode cumprir e manter total confidencialidade da avaliação. Os testes devem ser administrados em ambiente com boa ventilação, iluminação e condições de privacidade e silêncio, e o examinando deve estar em posição adequada e confortável em relação à mesa. As instruções dos testes e técnicas devem ser seguidas cuidadosamente, de forma a garantir a fidedignidade de seus resultados, devendo o profissional ficar atento

³ *Rappor* significa criar uma relação de confiança e harmonia na qual o paciente fica mais aberto a trocar informações e aceitar sugestões do profissional.

não só às respostas dos testes, mas também a todas as reações verbais ou não do paciente, ou seja, observar todos os indícios comportamentais durante a testagem;

- Levantamento, Análise, Interpretação e Integração de Dados - nesta etapa, o momento é de juntar todos os dados colhidos e analisá-los, interpretá-los e articulá-los para que se chegue ao diagnóstico final, obtendo-se assim um quadro o mais claro possível sobre o caso. É o momento de conjugar o material dos testes com os dados coletados nas entrevistas e com as observações feitas pelo psicólogo, sendo conveniente fazer também um exame da história clínica, que poderá contribuir para atribuição de significados e interpretação dos dados coletados, trazendo respostas às perguntas-problemas e as hipóteses feitas no início do processo. De acordo com Cunha (2000), o psicólogo deve procurar compreender algumas incongruências ou contradições e aceitá-las como tais, ou seja, renunciar à onipotência de poder entender tudo. Como profissional responsável pelo direcionamento do processo, o psicólogo deve buscar uma boa integração de tudo o que foi registrado e, por não se tratar de uma ciência exata, não se deve aplicar critérios fixos, e sim fazer estudo das recorrências e convergências que vão aparecendo, esclarecendo o caso através das articulações dos dados obtidos. Entretanto, é importante deixar claro que elaborar um diagnóstico não significa colocar um rótulo ou enquadrar o sujeito de acordo com sua personalidade, considerando que muitas vezes a patologia é mista e complexa, e que o profissional deve reconhecer seus limites e os limites impostos pela própria ciência.

- Diagnóstico e Prognóstico – diagnóstico é o conhecimento ou juízo ao momento, feito pelo profissional da saúde, sobre as características de uma doença ou de um quadro clínico, que normalmente suscita um prognóstico, com base nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do eventual termo da doença ou do quadro clínico. Muitas vezes o quadro sintomático e a história clínica do examinando pode conter informações suficientes para se chegar a um determinado diagnóstico, entretanto, às vezes, mesmo que não haja dúvida quanto ao diagnóstico, o psicólogo pode ser convocado para coletar dados mais substanciais como base para um prognóstico. Ressalta-se que, para se chegar a um diagnóstico, o psicólogo deve examinar os dados de que dispõe como quadro sintomático, dados da história clínica, as observações do comportamento do paciente durante o processo Psicodiagnóstico e

os resultados da testagem, em função de vários critérios diagnósticos, podendo chegar a inúmeras alternativas diagnósticas. Para verificar se um caso preenche os critérios de uma categoria diagnóstica, o psicólogo pode e deve utilizar algum sistema oficial de classificação de transtornos mentais, dos quais os mais conhecidos são o CID-10 e o DSM-IV.

- Comunicação dos Resultados – o informe ou a comunicação dos resultados constitui uma unidade essencial do psicodiagnóstico e deve ser previsto no contrato de trabalho com o paciente e/ou responsável. É o último passo do psicodiagnóstico, seguida apenas das recomendações pertinentes e do encerramento, e é o psicólogo que define como será o tipo, conteúdo e forma. Normalmente se faz a entrevista devolutiva, quando é anunciado ao paciente e/ou responsável todas as conclusões a que se chegou, emitindo-se também um laudo, parecer ou relatório ao profissional solicitante, incluindo aí as recomendações terapêuticas adequadas ao caso. Devido à importância dada à Entrevista Diagnóstica e às Recomendações no processo psicodiagnóstico, foi reservado um capítulo específico neste trabalho para explicar de forma mais detalhada o assunto.

O psicodiagnóstico está diretamente vinculado com a clínica, envolvendo temas de interesses clínicos, tais como nosologias psicopatológicas, critérios de saúde psíquica, enfoques patogênicos e saudáveis. Logo, diagnosticar supõe situar-se no plano do processo saúde e doença e poder determinar em que medida se está ou não em presença de uma patologia ou transtorno que necessite de um determinado tipo de intervenção. O psicodiagnóstico, portanto, é um diagnóstico psicológico, utilizando metodologia específica, como já detalhada anteriormente, com o objetivo de clarificar alguma dúvida ou dificuldade no tratamento de um paciente.

4.2 O PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL

Com o desejo de uma experiência cada vez mais autêntica com o paciente, às vezes é indicado realizar psicodiagnóstico da criança a ser atendida, objetivando

conseguir descrever e compreender a sua personalidade, do ponto de vista clínico, possibilitando o uso de estratégias terapêuticas mais precisas e adequadas a cada caso. Monachesi, (1995, p.196), esclarece:

A realização do psicodiagnóstico como etapa anterior à psicoterapia infantil apóia-se em duas justificativas: a primeira diz que o psicólogo deve obter a compreensão mais profunda e completa possível da personalidade do paciente para fornecer indicações terapêuticas adequadas e a segunda argumenta que o psicodiagnóstico deve ser utilizado como instrumento para planejar, guiar e avaliar a intervenção terapêutica.

O psicodiagnóstico infantil tem especificidades próprias, pois leva em consideração a idade e a fase do desenvolvimento no qual a criança se encontra, bem como a influência familiar, escolar e social em que ela está inserida, sendo, portanto, um estudo científico do funcionamento bio-psico-social da criança. Envolve a família e até outros profissionais, como pediatra, psiquiatra, juiz, pedagogo etc. Assim, existe um entorno da criança que deve ser pensado e que pode levar a interações e intervenções absolutamente distintas.

Ao descrever os passos do processo psicodiagnóstico infantil, Cunha (2000), afirma que o ponto de partida é o encaminhamento, quando há uma solicitação de consulta. Se a solicitação é feita pelos pais, ou responsáveis pela criança, pressupõe-se que ela apresenta problemas que tem uma explicação psicológica, questões que ficam mais explícitas quando o encaminhamento é feito por outro profissional.

A seguir, ocorre o segundo passo, quando são realizadas as primeiras entrevistas (inicial e anamnésica⁴), onde se busca esclarecer o motivo latente e manifesto da consulta, as ansiedades, defesas, fantasia de doença, cura e história de vida do indivíduo e de sua família.

Para os profissionais que trabalham com psicodiagnóstico infantil é indispensável às entrevistas com os pais para obter dados sobre a criança. Ocampo (1990) diz que a primeira entrevista realizada com os pais, deve ser semi-dirigida, onde o entrevistador

⁴ Anamnésica é relativo a anamnésia, que desperta a memória. Informação sobre o princípio e evolução de uma doença até a observação médica.

intervêm apesar do entrevistado ter a liberdade de expor à vontade seus problemas, a fim de estimular o diálogo quando o entrevistado não sabe por onde começar, ou tem algum bloqueio, ou mesmo para ser indagado sobre alguma questão considerada importante para o caso e que não foi falada espontaneamente por ele.

Para a autora, os principais objetivos da entrevista inicial são: perceber a primeira impressão que o paciente desperta; considerar o que é verbalizado e qual o grau de coerência ou discrepância dessa verbalização; planejar as ferramentas mais adequadas quanto aos elementos a utilizar, sua sequência e ritmo; estabelecer um bom *rappor*t; captar o que o paciente transfere e o que isso provoca no profissional; detectar qual os vínculos intra-familiares estabelecidos e o vínculo do casal com o psicólogo; avaliar a capacidade de elaboração da situação diagnóstica atual e potencial dos pais e, finalmente, o motivo da consulta, devendo-se discriminar entre motivo manifesto e motivo latente.

Ocampo (1990) diz que na entrevista inicial é imprescindível a presença dos pais, uma vez que as principais informações virão deles, sendo inclusive dispensável a presença da criança.

Para os pais, a entrevista inicial é muito importante, pois vão poder falar livremente sobre o filho, sobre o problema que os afligem, e sobre suas expectativas, tendo assim a oportunidade de também trabalhar suas próprias dificuldades, possibilitando assim compreender e ajudar seu filho e a si próprios.

Para a criança, caso seja ouvida, é o momento em que vai poder expressar de forma aberta suas dificuldades e seus sentimentos sobre o problema, abrindo um canal de ajuda através do psicólogo, que pode intermediar a melhoria de sua relação com os pais e, conseqüentemente, poder trabalhar seus problemas com maior possibilidade de alcançar resultados positivos.

Para o psicólogo, este é o momento de reconstituir a história do seu paciente, tendo uma visão geral da situação, obter suas impressões, analisar e assim contar com subsídios imprescindíveis para montar seu plano de trabalho, buscando ajudar a criança e à sua família.

Sobre os dados anamnésicos colhidos na entrevista inicial, Cunha (2000), descreve como sendo o momento em que é feita uma reconstituição global da vida do

paciente, buscando referencial para enquadrar o problema atual, dando-lhe significação. A história pessoal deve ser enfocada conforme o objetivo do exame e dependendo do tipo e da idade do paciente, o que vai se refletir na natureza e quantidade de dados que devem constar ou não do laudo. É importante associar a perspectiva histórica a uma abordagem dinâmica.

A autora recomenda que a vida do paciente deva ser investigada desde a história pré-natal e perinatal, até a idade atual. Além disso, devem-se usar também fontes subsidiárias, caso a história necessite ser complementada por um exame objetivo, através da entrevista com um familiar ou pessoas de seu convívio.

Também se podem usar resultados de exames anteriores de outros especialistas e material resultante da produção espontânea do paciente, de caráter literário, artístico, etc. Outras fontes podem ser a escola, diários, fotos, vídeos, desenhos e cadernos escolares. A avaliação dinâmica é realizada integrada com a história do paciente, buscando-se relacionar problemas atuais e as experiências de sua vida passada.

Assim, o psicólogo deve ater-se à compreensão da demanda dos pais, assim como da criança, lembrando que o psicodiagnóstico torna-se uma situação cooperativa, na qual pais e psicólogos buscam a melhor compreensão da criança e deles mesmos em relação a ela.

O momento seguinte do psicodiagnóstico infantil é dedicado à reflexão e análise do material colhido, elaboração de hipóteses iniciais e o planejamento das próximas etapas do processo, como os instrumentos diagnósticos a serem utilizados. Esclarecidos as questões iniciais e definidas as hipóteses e os objetivos do processo é possível prever o tempo necessário para a realização do psicodiagnóstico, momento em que, orienta Cunha (2000), deve-se formalizar com o responsável pela criança o contrato de trabalho, definindo papéis, obrigações, direitos e responsabilidades mútuas.

Em seguida, acontece o primeiro contato do psicólogo com a criança e, dependendo da idade e da capacidade desta de se expressar verbalmente, realiza-se a entrevista verbal com a criança, pois, para Trinca (1984, p.60), "quando a criança examinada dispõe-se a verbalizar a respeito do que se passa emocionalmente com ela, deve-se utilizar esse método para compreensão da mesma". Essa entrevista objetiva fornecer um espaço onde a criança possa se comunicar, ser compreendida, sem ser

invadida, possibilitando a ampliação das formas de brincar. O terapeuta busca compreender como a criança expressa, através dos seus sintomas, os seus conflitos, procurando ser sincero e compreensivo.

Nesse primeiro encontro com a criança, ela deve saber os motivos que a trouxeram a terapia e ser estimulada a falar sobre o que pensa de estar vindo ao atendimento. Também é importante que seja realizado o contrato terapêutico também com a criança.

Outro momento previsto no psicodiagnóstico infantil consiste em estabelecer um plano de ação, processo através do qual se procura identificar recursos que permitam estabelecer uma relação entre as perguntas iniciais e suas possíveis respostas. As técnicas e testes psicológicos a serem utilizados serão definidos com base nas hipóteses do processo psicodiagnóstico bem como nas características do examinando, como faixa etária, escolaridade etc (TRINCA, 1984).

Estabelecido o plano de ação, o momento é de administração de técnicas e testes psicológicos, onde se procura identificar e implementar a estratégia diagnóstica planejada. Para Trinca (1984), as técnicas e testes psicológicos são essenciais para o esclarecimento de pontos importantes do psicodiagnóstico e devem ser escolhidos em função das entrevistas, de observações clínicas e dos resultados do uso de procedimentos menos estruturados.

O autor recomenda que sejam aplicados, de forma geral, primeiro os testes projetivos, como o CAT, Desenho da Família e da Figura Humana e o HTP, para em seguida serem aplicados os testes psicomotores, como o Bender e os de inteligência, como o WISC, se for o caso.

Também Ocampo (1990) entende que se deve iniciar a testagem com instrumentos projetivos, em especial os gráficos, já que permitem uma dissociação entre sujeito e desenho, devendo-se ter extremo cuidado com os testes de inteligência, para que não tragam consequências desfavoráveis para o diagnóstico, indicando, quando necessário à aplicação, o WISC e o Bender, pois é possível fazer uma interpretação projetiva complementar à quantitativa.

De acordo com Tosin (2005) os testes psicológicos podem ser classificados em três grandes grupos, conforme segue:

Projetivos - possibilitam um entendimento mais profundo dos conteúdos dos quais nem sempre o sujeito tem consciência. Estes testes buscam compreender a personalidade do paciente, de como percebe a si e o outro, seus conflitos, adequação à realidade etc. Os testes projetivos mais utilizados são Rorschach, TAT, CAT, Desenho da Família, Desenho da Figura Humana, HTP.

Psicomotores - são testes aplicados para analisar as funções motoras. Os testes mais indicados são os de Bender, que analisam os aspectos perceptivos-motores através da elaboração gráfica, e que pode detectar problemas do tipo neurológico, e o de Piaget- Head, que interpretam a coordenação motora direita-esquerda.

Inteligência - utilizados quando há suspeita de dificuldades de aprendizagem. Fornecem informações sobre a capacidade da criança em resolver problemas e a adequação das funções cognitivas à idade. Os mais indicados são WISC, Terman-Merrill e Raven.

Para Ocampo (1990), ao se planejar uma bateria de testes deve-se considerar a possibilidade de comparação de condutas entre os diferentes instrumentos. Outra orientação da autora é de que não se deve aplicar inicialmente um teste que mobilize uma conduta que corresponda ao sintoma do paciente, propondo que os testes mais ansiógenos⁵ sejam os últimos a serem aplicados.

De posse dos testes, a etapa seguinte do psicodiagnóstico é o estudo do material colhido sobre o caso, buscar recorrências e convergências tentar compreender o significado de pontos obscuros, correlacionar os instrumentos utilizados, entre si e com a história da criança e da família.

Após definir um primeiro parecer, a entrevista de devolução de informação é feita, sendo realizada de forma separada, com a criança e seus pais. Devem-se transmitir as conclusões com um discurso que oportunize o interlocutor incluir suas reações, as quais serão de grande utilidade para validar ou não as conclusões diagnósticas.

O último passo é redigir um informe, laudo ou parecer, caso haja um solicitante externo ao processo.

⁵ Testes ansiógenos são os que provocam ansiedade, angústia, incerteza, aflição.

4.2.1 A Hora do Jogo Diagnóstica

A hora do jogo diagnóstica constitui um recurso ou instrumento técnico que o psicólogo utiliza dentro do processo psicodiagnóstico com a finalidade de conhecer a realidade da criança que foi trazida à consulta. Normalmente a hora do jogo é realizada no primeiro encontro do psicólogo com o paciente e equivale à entrevista verbal feita com o adulto. Entretanto, a hora do jogo diagnóstica deve ser sempre precedida das entrevistas realizadas com os pais, onde o psicólogo elabora com os pais instruções que serão dadas à criança por eles.

Para Arzeno (1995), o primeiro encontro do psicólogo com a criança deve se iniciar com uma entrevista, caso seja possível, e ela deve ser livre e se estender até o ponto em que as palavras acabam e fica difícil continuar o diálogo, momento em que é hora de usar outras formas de linguagem apropriada à criança, como a linguagem lúdica e gráfica. Na visão da autora, as interpretações e intervenções devem ser feitas desde o primeiro momento da hora do jogo diagnóstica, pois assim é possível aliviar a angústia da criança diante do primeiro encontro e contribuir para manter o *rapport*.

Ao oferecer à criança a possibilidade de brincar em um contexto particular, com um enquadramento dado que inclui espaço, tempo, explicitação de papéis e finalidades, cria-se um campo que será estruturado, basicamente, em função das variáveis internas de sua personalidade. Na hora de jogo, a fantasia é mediada predominantemente pelo brinquedo, que expressa o que a criança está vivenciando no momento.

O papel que o psicólogo cumpre durante a hora do jogo diagnóstica é o de um observador não participante, mas ao mesmo tempo ativo, na medida em que sua atitude aberta permite-lhe a compreensão e a formulação de hipóteses sobre a problemática do entrevistado. Arzeno (1995) explica que existem crianças que requerem a participação do psicólogo desde início e responder a esse pedido é funcionar como ego auxiliar da criança. A função específica do psicólogo, portanto, consiste em observar, compreender e cooperar com a criança.

Para Ocampo (1990), a sala de jogos deve ser um quarto não muito pequeno, com mobiliário escasso, de forma a possibilitar liberdade de movimentos à criança. As

paredes e o piso devem ser laváveis, permitindo que não haja preocupação com a conservação do lugar de trabalho e possibilitando que a criança possa brincar com água, se desejar. O material deve estar distribuído sem agrupamento de classes, possibilitando que a criança ordene o material de acordo com suas variáveis internas.

Com relação aos brinquedos a serem incluídos, Ocampo (1990) esclarece que é desnecessário uma quantidade excessiva de material, porque distrai e confunde a criança. O importante é que sejam materiais de tipos diferentes, e de boa qualidade, tanto estruturados, quanto não-estruturados, como papel, lápis pretos e de cor, lápis cera, tesoura sem ponta, massas de modelar, borracha, cola, apontador, bonecos de tamanhos diferentes, famílias de animais selvagens, famílias de animais domésticos, carrinhos, xícaras, pires, colherinhas, cubos, giz, bola etc.

Sobre os brinquedos, Arzeno (1995, p.54), acrescenta que: "em certos casos, é conveniente incluir brinquedos ou materiais que estejam relacionados com o conflito da criança para ver quais as associações que surgem", lembrando que tudo o que vier a acontecer na hora do jogo é significativo e não pode passar despercebido pelo profissional.

Ocampo (1990) defende que algumas instruções devem ser dadas pelo psicólogo à criança, de forma breve e linguagem compreensível, logo no primeiro encontro, como definição de papéis, limitação do tempo e do espaço, material a ser utilizado e objetivos esperados, esclarecendo que a utilização do material é livre e que o objetivo ali é conhecê-la e compreender suas dificuldades para poder ajudá-la. Além disso, serão explicitados os limites gerais quanto à integridade física, tanto do psicólogo e da própria criança, como da sala e do mobiliário.

Para a análise da hora do jogo diagnóstica não existe uma padronização, mas pautas oferecidas com critérios sistematizados e coerentes que orientam a análise.

Ocampo (1990) considera os seguintes indicadores como mais importantes para o diagnóstico e prognóstico:

Escolha de brinquedos e de brincadeiras: deve-se considerar o tipo de brinquedo escolhido, o tipo de jogo, se tem começo, meio e fim, se é organizado e coerente e se corresponde ao estágio de desenvolvimento cognitivo em que a criança se encontra.

Modalidade das brincadeiras: é a forma em que o ego manifesta a função simbólica. Cada sujeito organiza a sua maneira de brincar de acordo com a modalidade que lhe é própria. Destaca-se entre as modalidades de brincadeiras a plasticidade, rigidez e estereotípia e perseverança.

Personificação: é a capacidade que a criança tem de assumir e atribuir papéis de forma dramática. Essa capacidade deve ser analisada levando em consideração a forma de personificação própria a cada estágio de desenvolvimento cognitivo, lembrando que a passagem de um período para o outro não se realiza de forma linear nem brusca, mas com sucessivas progressões e regressões.

Motricidade: observa-se a adequação motora da criança na etapa de evolução que atravessa, focando nos indicadores de deslocamento geográfico, possibilidade de encaixe, preensão e manejo, alternância de membros, lateralidade, movimentos voluntários e involuntários, movimentos bizarros, ritmo de movimento, hipersinesia, hipocinesia e ductibilidade.

Criatividade: observar a capacidade de criar da criança, que significa saber unir ou relacionar elementos dispersos em um novo e diferente.

Tolerância à frustração: como a criança reage em tolerar ou se frustrar em determinados momentos. Na hora do jogo ela pode ser detectada pela capacidade que a criança demonstra em aceitar as instruções com as limitações que elas impõem e pelo desenvolvimento da atividade lúdica.

Capacidade simbólica: como o brincar é uma forma de expressão da capacidade simbólica e a via de acesso às fantasias inconscientes pode-se avaliar através desse indicador a riqueza expressiva, a capacidade intelectual e a qualidade do conflito.

Adequação à realidade: num primeiro momento essa adequação à realidade pode ser observada pela forma como a criança age em ter que se desprender da mãe e atuar de acordo com a sua realidade, compreendendo e aceitando as instruções dadas. Deve-se observar a aceitação ou não do enquadramento espaço-temporal e a possibilidade de se colocar em seu papel e aceitar o papel do outro.

Também na Hora do Jogo é possível observar e diferenciar, como é o brincar das crianças psicóticas, neuróticas e normais, de acordo com a visão de Ocampo (1990):

No brincar da criança psicótica, o principal índice de identificação é a dificuldade que ela tem para brincar. A criança necessita de adequação à realidade por falta de discernimento da realidade como se apresenta e escolhe os brinquedos e brincadeiras com base em sua estrutura psicótica. Para o psicótico, significante e significado são a mesma coisa e as brincadeiras são estereotipadas ou rígidas, além de possuir movimentos bizarros e desrelacionados ao contexto. Também apresentam baixa tolerância à frustração e aprendizagem.

A criança neurótica tem uma adequação parcial à realidade e escolhe seus brinquedos e brincadeiras pela sua área de conflito. A capacidade de criatividade é diminuída, brinca com personagens mais próximos a realidade, com menos carga de onipotência e maldade, mas com rigidez na atribuição de papéis. Também é limitada a capacidade de aprendizagem e de possibilidades criativas, além de baixo limiar de tolerância à frustração.

A criança normal tem uma boa capacidade de se adaptar a realidade e escolhe suas brincadeiras de acordo com as funções e interesses de sua idade, expressando suas fantasias através de uma atividade simbólica com maior riqueza. Possui uma motricidade adequada ao seu desenvolvimento cognitivo e dá livre curso à fantasia, atribuindo e assumindo diferentes papéis na situação de vínculo com o psicólogo, aumentando assim a capacidade de comunicação.

Na entrevista lúdica, portanto, podem-se obter muitas informações que não seria possível através das palavras. Assim, o profissional deve ser, acima de tudo, um bom observador, estando atento na compreensão e formulação das hipóteses, lembrando que a avaliação psicológica visa não somente identificar os aspectos deficitários ou patológicos do sujeito, mas também identificar e reconhecer as suas capacidades e possibilidades, procurando valorizar o que ele tem de mais saudável, viabilizando seus potenciais.

4.2.2 Entrevista Familiar Diagnóstica

A entrevista familiar é utilizada com o objetivo de trazer à tona os dinamismos do funcionamento familiar, possibilitando uma avaliação das relações familiares em um espaço menor de tempo. O profissional deve observar como os membros da família interagem entre si e estar atento às diversas formas de comunicações e trocas extras verbais entre os familiares.

Arzeno (1995) propõe a inclusão da entrevista familiar diagnóstica no psicodiagnóstico infantil ao compreender que:

- O sintoma da criança é o emergente de um sistema intrapsíquico que está inserido no esquema familiar também doente, com sua própria economia e dinâmica.
- As hipóteses originadas nas entrevistas com o casal e naquela com o filho devem ser consideradas provisórias até serem comparadas com as que aparecem na entrevista familiar, quando poderão ser validadas, enriquecidas ou modificadas.
- Quanto menor a criança, mais importante será a entrevista familiar, uma vez que ela se encontra em processo de formação e em estreita e direta dependência emocional de seus pais, que são modelos que a criança está incorporando durante uma etapa decisiva de seu desenvolvimento. Detectar o modelo que os pais estão apresentando e ajudá-los a retificá-lo, se necessário, pode constituir-se em ajuda de suma importância para todo o grupo familiar.
- A entrevista familiar propicia condutas observáveis para os pais, a criança e o profissional, que podem ser tomadas como ponto de referência na devolução do diagnóstico.
- Oferece elementos valiosos para decidir qual a estratégia terapêutica que será recomendada na entrevista de devolução de informação.
- A entrevista familiar pode dar indicadores para contra-indicar o tratamento analítico individual, nos seguintes casos: quando não se vislumbra a possibilidade de modificação da patologia familiar; começar um tratamento individual do filho seria fazê-lo o único responsável pela doença familiar; quando a melhora do filho poderia trazer associada a descompensação de outro membro do grupo familiar, principalmente os

pais; quando o filho atravessar uma crise evolutiva que obrigue os pais a reviverem essa etapa, em especial se a etapa foi conflitiva para eles, pois não conseguirão ajudar o filho; quando os pais mantêm e reforçam inconscientemente a sintomatologia do filho, porque isso lhe proporciona benefícios secundários.

Arzeno (1995), descreve ainda alguns indicadores na observação da entrevista familiar diagnóstica que considera importante:

- Observar se os papéis, como o de pais-filhos, pai-mãe, feminino-masculino, por exemplo, aparecem e estão bem discriminados ou se estão confusos ou invertidos, bem como se esses papéis permanecem fixos ou se são intercambiáveis;
- Determinar quem exerce a liderança executiva no cargo familiar e ver o grau de aliança terapêutica com a qual poderá contar;
- As identificações que predominam nessa família, como o conceito vigente do que é ser como o pai ou como a mãe, o que é ser bobo ou legal, o que significa ser inteligente, agressivo, estranho, bom ou não;
- Tentar extrair a fantasia de doença e cura no nível do grupo familiar, e saber se alguém é o depositário dessa doença e como reage a ela;
- Como são estabelecidos os limites dos pais e a capacidade que têm para regredir e compreender o filho, mas sabendo voltar à sua condição de adulto;
- Descobrir mitos familiares, que são crenças sistematizadas e compartilhadas por todos os membros da família em relação aos seus papéis respectivos e sobre a natureza da relação entre eles;
- Observar a capacidade do grupo familiar de proceder espontaneamente durante a entrevista e depois ter *insight* do ocorrido.

Arzeno (1995) destaca alguns aspectos técnicos da entrevista familiar, onde entende que a finalidade da primeira entrevista diagnóstica é chegar a um diagnóstico inicial, quando então será decidido quando atender a criança, lembrando de avisar aos pais que provavelmente terá um momento em que deverão comparecer todos juntos, e outros em que a criança será atendida sozinha.

Quando a família chegar, o profissional deve-se cumprimentar cada um pelo seu próprio nome, dando em seguida algumas orientações, como informações sobre o conteúdo da caixa, o papel da família e o seu próprio durante a sessão.

No que se refere ao registro do material é aconselhável limitar-se ao mínimo possível as anotações durante a sessão, pois algumas famílias podem se sentir perseguidas pela presença do profissional e por ele escrever tudo o que fazem, enquanto outras, ao contrário, se incomodam com o olhar do profissional e sentem alívio quando ele desvia o olhar para escrever. Também há aquelas que pedem a participação do profissional, de forma a diminuir a angústia persecutória de um observador não participante, situação que deve ser bem interpretada pelo psicólogo e recusada, se houverem raízes psicopáticas e a intenção do convite for desviar sua atenção.

Caso ocorra de um ou alguns dos membros do grupo buscarem estabelecer uma aliança com o psicólogo, deixando outro excluído do grupo, o profissional deve se envolver o mínimo possível, lembrando, se necessário, que seu papel ali é de observador.

Sobre o local da entrevista, a recomendação é de que seja um lugar confortável para todos e de que o material seja escolhido de acordo com a idade e sexo dos integrantes do grupo, de forma a despertar o interesse de todos. Os materiais mais utilizados são os de montar, cortar, enganchar, construir, costurar, colar, modelar, pintar, desenhar etc. No que se refere às interpretações das construções surgidas ao longo do encontro podem ser utilizados os critérios habituais da psicanálise de crianças e também de alguns testes lúdicos.

4.3 PROCESSO DIAGNÓSTICO DE TIPO COMPREENSIVO

O processo psicodiagnóstico de tipo compreensivo nasceu da necessidade de abarcar a multiplicidade de fatores na realização de estudos de caso. De acordo com Trinca (1984), o termo deriva de *compraehndere* que significa abraçar, tomar e apreender em conjunto, buscando encontrar um sentido para as informações disponíveis e entender o que é relevante e significativo na personalidade do indivíduo,

conhecendo assim os motivos profundos da vida emocional de alguém. É o ponto de confluência de uma visão totalizadora do indivíduo humano.

Nesse tipo de avaliação a primeira coisa que se faz é determinar o nível de funcionamento da personalidade, examinando assim funções do ego, em especial a de *insight*, condições do sistema de defesas, facilitando assim a indicação de recursos terapêuticos e prevendo possíveis respostas ao mesmo.

Trinca (1984), descreve os fatores estruturantes do psicodiagnóstico compreensivo, que imprimem características e identidade próprias a esse processo, como sendo:

- Elucidar o significado das perturbações, compreendendo os desajustamentos que ocasionaram a procura do atendimento psicológico;
- Ênfase na dinâmica emocional inconsciente, decifrando o conteúdo inconsciente das mensagens que surgem no decorrer do processo diagnóstico e que requer conhecimento psicanalítico e vasta experiência clínica do profissional;
- Considerações de conjunto para o material clínico, realizando levantamento de dados e informações que abranjam aspectos da personalidade, ambiente familiar e social do paciente e a interação desses fatores;
- Compreensão psicológica globalizada do paciente, que considera diferentes fatores em interação na personalidade, como as forças intrapsíquicas, forças intrafamiliares e forças sócio-culturais;
- Seleção de aspectos centrais e nodais que deverão compor o estudo de caso e que darão unidade, ordem e coesão à tarefa do psicólogo;
- Predomínio de julgamento clínico para lidar com a heterogeneidade das situações mentais, o que exige do profissional sólida formação, aliada à sensibilidade humana e experiência clínica, uma vez que mesmo os testes psicológicos objetivos, quando usados, devem ser colocados a serviço do julgamento clínico;
- Subordinação do processo diagnóstico ao pensamento clínico, o que exige grande flexibilidade para enfocar e tratar das situações mentais emergentes;
- Prevalência do uso de métodos e técnicas de exames fundamentados na associação livre, como, por exemplo, as entrevistas livres e aplicação de técnicas projetivas.

Além desses aspectos, o autor destaca os principais objetivos do processo diagnóstico do tipo compreensivo como sendo: a compreensão da personalidade como um todo; uma forma de organizar conhecimentos da vida biológica, intrapsíquica e social; entender o sintoma e a importância do desenvolvimento da criança; interação dos fatores orgânicos com os emocionais; conhecer os aspectos passados e presentes (diagnóstico) e futuros (prognóstico); a explicação dinâmica das relações familiares e grupais e os aspectos adaptativos e patológicos.

Assim, a avaliação compreensiva considera o caso numa perspectiva mais ampla e global, determinando o nível de funcionamento da personalidade e examinando as funções do ego, que podem ser o controle da percepção e da mobilidade; prova da realidade; antecipação, ordenação temporal; pensamento lógico, coerente, racional; elaboração das representações pela linguagem, dentre outras.

Trinca (1984) propõe o diagnóstico compreensivo, que define como um processo que se caracteriza por uma síntese harmônica e descritiva do conjunto de dados. Certamente essa compreensão é indispensável para a orientação psicológica ao paciente, aos pais e responsáveis, à escola etc; ao fornecimento de subsídios a demais profissionais e indicações para encaminhamentos terapêuticos.

5 A INTERVENÇÃO LUDOTERÁPICA

5.1 O BRINCAR E A LUDOTERAPIA

Quando o bebê nasce encontra um mundo novo que precisa conhecer e compreender, e é através da interação com o ambiente que ele começa a explorá-lo e a conhecê-lo, constituindo aí a base de suas futuras atividades lúdicas.

De acordo com Winnicott (1975), até o terceiro mês de vida a atenção da criança fica centralizada quase que exclusivamente na mãe e a qualidade do contato que ela estabelece com o bebê desde os primeiros momentos vai ser determinante para o seu desenvolvimento. A partir do quarto mês a criança já vai aos poucos se desprendendo da mãe, fazendo-a voltar-se à procura do pai e do mundo que a circunda.

Para Aberastury (1992), os primeiros jogos infantis são com o próprio corpo, iniciando com as mãos e depois com os pés. Em seguida vem o balbucio, quando a criança começa a entender que o som sai dela e que já consegue se comunicar com o mundo. A apropriação do próprio corpo é uma grande construção do Eu.

Para a autora, entre quatro e seis meses se iniciam as atividades lúdicas, como brincar de se esconder, aparecer e desaparecer, brincadeiras que elaboram a angústia de desprendimento, quando o mundo momentaneamente se oculta e a criança volta a recuperá-lo, situação elaborada também com a brincadeira de fechar e abrir os olhos. Os balbucios são sua primeira tentativa de expressão verbal e a palavra um objeto concreto para sua mente. Ao engatinhar e depois andar, a criança amplia seu campo de ação, afastando-se e reencontrando os objetos voluntariamente. Um pouco mais tarde as crianças incluem em suas brincadeiras a água, a terra e a areia, que estimulam sua imaginação, transformando-se em castelos, comidas, carros, animais, dentre outros.

Ainda de acordo com Aberastury (1992), durante as fases do desenvolvimento outros jogos vão aparecendo, como os jogos de penetração, jogos lúdicos que servem para elaboração das diferenças de sexos, do treino ao toalete e fecundidade. Seguem-

se as brincadeiras de bonecas e casinhas, carrinhos, bolas e outras que acompanham cada fase do desenvolvimento.

A partir dos sete/oito anos o corpo volta a ter papel fundamental no desenvolvimento, quando a criança abandona então alguns brinquedos. Segundo Aberastury (1992, p.82), "se no início da vida a criança passou do brinquedo com o corpo para o brinquedo com os objetos, agora irá abandonando esses objetos para se orientar novamente e, de modo definitivo, para seu corpo e de seu par". Assim, é importante que o terapeuta conheça as etapas do desenvolvimento infantil, bem como o significado que o brinquedo adquire em cada etapa da vida, de forma a estar preparado para participar ativamente junto às demandas das angústias inconscientes da criança, podendo também repassá-los aos pais, de forma que também participem e ajudem no tratamento do filho.

Klein (1981), diz que a criança ao brincar vence realidades dolorosas e domina medos instintivos, sendo uma prova do mundo real e uma ponte entre a fantasia e a realidade. Cada etapa do desenvolvimento exige jogos específicos, que devem ser compreendidos e possibilitados para não deterem a evolução normal da criança.

Para a autora, a canalização de afetos e conflitos para objetos que a criança domina e que são substituíveis cumpre a necessidade de descarga e de elaboração, sem por em perigo a relação com seus objetos originários. Ao brincar, a criança desloca para o exterior seus medos, angústias e problemas internos dominando-os por meio da ação e lhe permitindo tornar ativo aquilo que sofreu passivamente, modificar um final que lhe foi penoso, tolerar papéis e situações que seriam proibidas na vida real tanto interna como externa, bem como repetir situações prazerosas.

Os estudos de Freud, citado por Aberastury (1982, p. 22), em especial o primeiro caso de neurose infantil que ele tratou, o Pequeno Hans, em 1905, usando jogos, sonhos e fantasias para o trabalho, fixaram as bases para a compreensão da linguagem pré-verbal e a partir daí buscou-se uma forma sistematizada de aplicar a psicanálise ao tratamento de crianças.

Foi visto que o brinquedo e o jogo seriam formas de acessar o inconsciente, uma vez que era impossível conseguir associações verbais de crianças pequenas. Assim, de acordo com Aberastury (1982), foi partindo de Freud, que Hug-Hellmuth passou a

observar os jogos e brincar com crianças em seu próprio ambiente e, em seguida, Sophie Morgenstern, Anna Freud e Melanie Klein publicaram os primeiros livros sobre o tema. O brincar passou então a ter um significado, pois se percebeu que a criança brinca por prazer, mas também repetindo situações dolorosas e elaborando o excessivo para o seu ego.

Assim, ao estudar o desenvolvimento psicosssexual, Freud citado por Aberastury (1982), mostrou que as repercussões traumáticas no desenvolvimento infantil afetariam significativamente sua personalidade, mostrando que as primeiras causas dos transtornos mentais têm sua fonte nas primeiras fases do desenvolvimento, abrindo caminhos para novos estudos sobre a infância. Com a Teoria Traumática do Jogo explicou o fenômeno do brincar na sua totalidade, inclusive os seus significados inconscientes. Ao compreender seus jogos, desenhos, sonhos e associações, o tratamento com crianças seria tão eficaz como com adultos.

Todos esses estudos contribuíram significativamente para o desenvolvimento da técnica de ludoterapia, que passou a possibilitar trabalhar as mais diversas demandas infantis, como a insegurança, a agressividade, os medos, as dificuldades cognitivas e vários traumas de infância que limitam o desenvolvimento pleno da criança. É através do brincar que essas crianças conseguem elaborar e enfrentar suas dificuldades e se desenvolver de forma mais saudável.

Segundo Axline (1980), a Ludoterapia é uma oportunidade que se oferece à criança de poder crescer sob melhores condições. Para a autora, sendo o brinquedo o modo natural de auto-expresssão da criança, lhe é dada a oportunidade de, brincando, expandir seus sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto e confusão. É na segurança da sala de ludoterapia, onde a criança é a pessoa mais importante e não é criticada, importunada ou invadida, que ela se sente livre para olhar para dentro de si mesmo e se expressar completamente, pois é aceita de forma incondicional e tratada com dignidade e respeito.

Na América do Sul a Ludoterapia chega através de Aberastury, que inclui o jogo da construção da casa e os desenhos como meio de expressão das crianças. Ela utiliza como recurso a interpretação de desenhos no transcorrer do tratamento analítico, verificando o seu significado inconsciente e os símbolos empregados no desenho.

Também é Aberastury (1992) que passa a apresentar a necessidade de examinar a família do paciente, levantando dados históricos de sua vida, considerando que novos dados podem surgir e outros serem confirmados durante o tratamento através de jogos. Salienta também a importância da primeira sessão de brinquedos, uma vez que considera um fato decisivo o de que toda criança mostra desde a primeira sessão a compreensão de sua doença e o desejo de curar-se. A utilização da observação da primeira hora do jogo iniciou-se com Aberastury e hoje é uma prática reconhecida mundialmente por psicólogos que se dedicam à psicoterapia infantil.

Outra importante contribuição de Aberastury (1992) foi a caixa lúdica e sua significação, quando ela descreve o material que se deve oferecer à criança e os possíveis problemas técnicos que podem surgir durante o seu uso. A autora orienta que a caixa lúdica é individual e deve ser oferecida no início do tratamento, constituindo o símbolo do segredo profissional, assim como o é a promessa verbal de sigilo que se faz ao adulto no início de um tratamento.

Para Aberastury (1992) o brinquedo oferece à criança experiências que correspondem às necessidades específicas de cada fase do desenvolvimento, pois possui muito das características dos objetos reais, sendo que, nesse caso, a criança exerce domínio sobre ele, pois o adulto outorga-lhe a qualidade de algo próprio e permitido, transforma-se no instrumento para o domínio de situações penosas, difíceis e traumáticas. Além disso, o brinquedo é substituível e permite que a criança repita, à vontade, situações prazerosas e dolorosas que não pode reproduzir no mundo real.

Segundo Winnicott (1975), usando o mecanismo da identificação projetiva, as crianças fazem transferências positivas e negativas para os objetos conforme estes excitam ou aliviam sua ansiedade, e este mecanismo é a base de toda sua relação com os objetos originários. Através das personificações no brinquedo, observa-se como o objeto pode modificar-se com rapidez, de bom para mau, de aliado para inimigo. Por isso, o brinquedo infantil, quando normal, progride constantemente para identificações cada vez mais aproximadas da realidade. E o autor enfatiza que a brincadeira é importante para a criança e também para o adulto, pois é no brincar que o indivíduo,

criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral, conseguindo assim descobrir o seu verdadeiro Eu (self)⁶.

O processo de psicoterapia infantil normalmente se inicia pelo contato com os pais ou responsáveis pelo paciente, que procuram o psicólogo por algum problema que percebem no seu desenvolvimento ou comportamento. Já nesse primeiro contato muitos aspectos interessantes são revelados e uma infinidade de dados sobre os pais e também sobre o filho já começam a se delinear, mesmo que apenas por hipóteses.

Para Bornholdt (1989), o início do tratamento psicoterápico de uma criança é uma fase muito importante de sua vida, a qual o terapeuta deve dedicar atenção e cuidado, considerando o significado e importância que esta nova experiência terá para essa criança. E resalta características específicas na psicoterapia infantil, como a peculiaridade de ocorrer em três pólos: a criança (paciente), os pais (que procuram ajuda) e o terapeuta, tornando esse tipo de atendimento uma questão bastante complexa. Outra peculiaridade destacada é que a criança depende dos pais para ser trazida à psicoterapia, bem como para permitir que o terapeuta penetre na sua intimidade e de sua família, além de serem os pais que financiam o tratamento.

Assim, no tratamento psicoterápico infantil, também são mobilizadas ansiedades e, muitas vezes, resistências dos pais, gerando, portanto, em menor ou maior grau, um momento de crise na família. Outro ponto a ser considerado é a angústia gerada também no terapeuta, sendo um momento em que se mapeia uma verdadeira rede de conflitos e ansiedades.

Após o primeiro contato, que normalmente ocorre através do telefone, acontece a entrevista inicial e anamnésica, que pode ser em um ou mais encontros, dependendo do caso e onde devem estar presentes ambos os pais, uma vez que as principais informações virão deles. É dispensável a presença da criança, apesar de ser recomendado que ela seja informada da consulta, pois, para Bornholdt (1989), a criança não deve ser apenas um objeto de observação, ao contrário, deve ser

⁶ Self – si mesmo. O Si mesmo é o centro de toda a personalidade. Dele emana todo o potencial energético de que a psique dispõe. É o ordenador dos processos psíquicos. Integra e equilibra os aspectos do inconsciente, devendo proporcionar, em situações normais, unidade e estabilidade à personalidade humana.

respeitada no seu elemento humano. Embora a criança chegue ao consultório levada pelos pais é a primeira que tem direito a entender sobre a finalidade de sua observação.

Para Aberastury (1992), essa primeira entrevista com os pais não deve parecer um interrogatório, com esses se sentindo julgados. Ao contrário, o terapeuta deve tentar aliviar a angústia e a culpa que a enfermidade do filho desperta nos pais, assumindo desde o primeiro momento o papel de terapeuta do filho. Ao final da entrevista inicial e anamnésica o terapeuta deve ter conseguido os seguintes dados básicos: motivo da consulta, história da criança, como transcorre um dia em sua vida atual e como são as relações familiares, tendo sempre em mente que o objetivo da entrevista é que os pais falem sobre a criança e da relação com ela, evitando que fujam do tema, fazendo confidências sobre suas próprias vidas.

O motivo da consulta deve ser o primeiro dado a ser investigado, pois falar sobre o que não está bem com o filho e com eles próprios é o muito difícil para os pais e o terapeuta deve procurar diminuir essa angústia inicial, encarregando-se de cuidar dessa enfermidade. Ao sentirem-se aliviados, é possível para os pais recordarem mais corretamente os acontecimentos sobre a história de vida do filho. Além disso, comparar os dados observados durante a análise e os apresentados pelos pais é de suma importância para avaliar as relações desses com o filho.

Sobre a história da criança, interessa saber como foi o momento em que a gravidez se anunciou, se foi bem aceita ou se foi rejeitada, como foram os nove meses de gravidez, o parto, a lactação e o desmame. Investigar também como foi o desenvolvimento da criança, buscando compreender a relação mãe-filho na primeira infância, quando pronunciou a primeira palavra, quando engatinhou e deu o primeiro passo, como era o seu dormir, bem como sobre a sexualidade do filho e como se deu a sua entrada na escola. O importante é se colher o maior número possível de dados e detalhes da vida da criança e de suas relações.

A reconstrução de um dia de vida da criança tem como objetivo orientar o terapeuta sobre experiências de dependência e independência, liberdade ou coação externas, instabilidade ou estabilidade das normas educativas, do dar e do receber, entendendo melhor como se dá a vida familiar da criança, principalmente se comparada

com sua história de vida. Com esses dados, também é possível estimar o grau de neurose familiar, orientando o terapeuta sobre o diagnóstico e prognóstico do caso.

Ao final da entrevista, os pais já se sentem mais à vontade e inclinados a falar sobre sua relação afetiva com a criança e do significado que ela tem para eles. Com os demais dados obtidos ao longo da entrevista já é possível ao terapeuta compreender melhor a relação dos pais entre si, com os filhos e com o meio familiar.

Bornholdt (1989) dá ênfase à concordância e sintonia entre pais e terapeuta quanto aos objetivos do tratamento, possibilitando que o terapeuta se sinta autorizado a trabalhar intimamente com a criança. Estabelecer aliança com os pais pode ser essencial para o tratamento, pois às vezes acontece dos pais apresentarem alguma resistência ao tratamento do filho, que pode ser demonstrado desde pequenos boicotes, como atraso no horário das sessões, falta de pagamento, não revelação de fatores importantes, chegando até a interrupção do tratamento, pois nem sempre a entrada de um terceiro, nesse caso o terapeuta, é bem aceita pelos pais, tornando a psicoterapia com crianças ainda mais complexa. E é Bornholdt (1989, p. 73) quem afirma:

Quando os pais procuram um psicoterapeuta para seu filho, também nasce e se desenvolve uma relação entre as partes (terapeuta-pais). (...) Portanto, os pais são engajados na compreensão psicodinâmica, daquilo que está conflituando a criança. (...) Como as dificuldades psicológicas da criança estão intimamente vinculadas às suas primeiras ligações com a mãe, com os pais, inevitavelmente tocamos nas características destes.

O trabalho do terapeuta, portanto, consiste em atuar como agente terapêutico ali onde houve dificuldades e pontos de maiores conflitos e obstáculos na relação criança-pais. É natural que os pais se sintam ameaçados em sua estrutura familiar quando o filho inicia uma terapia, pois para Klein (1981, p. 113), "a neurose de uma criança pesa sobre o sentimento de culpa dos pais, que consideram a necessidade de recorrer ao analista como prova de sua responsabilidade pela enfermidade do filho".

Com a compreensão dessa dificuldade dos pais, o terapeuta tem mais condições de ser tolerante e compreensivo com a ansiedade dos pais, possibilitando também que ali seja um espaço de escuta a essas angústias, tranquilizando-os com relação ao

processo e enfatizando a importância da ajuda deles durante o tratamento, funcionando de forma plena para todos os envolvidos, que são os pais, a criança e o terapeuta.

Assim, para Bornholdt (1989), como a psicoterapia infantil normalmente é longa, também a relação terapeuta pais se desenvolve e, à medida que a criança melhora, os pais sentem a relação com o filho também se fortalecer e assim as fantasias persecutórias existentes no início da terapia começam a desaparecer. E quando o processo terapêutico alcança êxito também os pais crescem na compreensão do filho, da psicoterapia e deles mesmos. Também nesse encontro os pais são chamados a participarem do tratamento do filho, recebendo orientações do terapeuta e assim aliviando suas ansiedades e expectativas.

Após as primeiras sessões com a criança, quando já é possível elaborar um diagnóstico do caso, deve-se marcar nova entrevista com os pais, onde, para Bornholdt (1989), o objetivo nesse momento é "devolver" aos pais o entendimento psicodinâmico da criança e dos sintomas pelos quais os pais procuraram ajuda, indicando, ou não, a necessidade da terapia.

Caso a psicoterapia seja indicada, deve-se fazer contrato com os pais, combinando horários, férias, sigilo, pagamento, dentre outros. Ao longo do processo terapêutico, outros encontros com os pais devem ser agendados, sempre que houver necessidade das partes envolvidas.

O atendimento à criança deve ser feito, de preferência, em uma sala de ludoterapia, apesar não ser condição indispensável. De acordo com Aberastury (1992), a sala de ludoterapia deve ter paredes laváveis, revestimento acústico, piso emborrachado e banheiro com louça adaptada para crianças. Deve possuir uma pia com água corrente e mesa e cadeiras, que devem ser simples, cômodas e resistentes. Também será útil um cômodo divã, ou colchonete, onde a criança possa reclinar-se e falar, caso sinta necessidade.

Os materiais devem ficar à disposição da criança na sala de Ludoterapia e Aberastury (1992) relaciona o seguinte material, considerado o mínimo necessário para satisfazer as necessidades de uma criança: cubos, massas de modelar, lápis, papel, lápis de cor, borracha, apontador, cola, alguns bonecos pequenos, paninhos, tesoura, barbante, carrinhos, louças e talheres. Também outros materiais são desejáveis em

uma sala de ludoterapia, como mamadeiras, argila, tintas, papel de desenho, carrinhos, fantoches, bonecos de pano, telefone, além de jogos, como xadrez, dama, trilha, ludo, banco imobiliário, cartas, etc.

Muitos outros materiais podem ser utilizados, entretanto, como recomenda Axline (1980), todos os brinquedos devem ser de construção simples e fáceis de manejar, de forma a não frustrar a criança, caso não consiga manipular algum equipamento, além de que devem ser duráveis. Outra sugestão da autora é de que uma caixa de areia seja deixada na sala, por ser a areia lugar propício para crianças agressivas brincarem, uma vez que oferece segurança. Também a areia, no imaginário infantil, pode se transformar em muitas outras coisas, como neve, água ou cemitério, servindo para que muitos conflitos sejam ali trabalhados. Ao terapeuta compete manter os brinquedos sempre limpos, recolhendo aqueles quebrados e conservando a sala em ordem.

A primeira sessão com a criança é de suma importância para o processo terapêutico, pois como afirma Aberastury (1992), já no primeiro encontro a criança mostra a sua fantasia inconsciente de enfermidade e de cura e como aceita ou rejeita o papel do terapeuta. Também nesse primeiro encontro a autora orienta que seja feito o contrato terapêutico com a criança, deixando claro qual o objetivo do processo, fazendo acordo de sigilo e esclarecendo como se dará a participação dos pais. Acordar também sobre o horário das sessões, pontualidade, frequência, pagamento e o fim do tratamento.

Outro ponto destacado pela autora é o de informar à criança os limites a serem observados nas sessões, esclarecendo que ali naquele espaço ela pode falar e fazer tudo o desejar, menos machucar-se, ou machucar o terapeuta propositalmente, quebrar a sala e seus objetos também propositalmente. Todos os outros atos agressivos e/ou destrutivos devem ser interpretados analiticamente, o uso abusivo de materiais deve ser interpretado, mas controlado e os brinquedos devem ser substituídos sem, no entanto, precisarem ser tirados da sala.

Também na primeira sessão psicoterápica com a criança, de acordo com o pensamento de Aberastury (1992), o terapeuta deve oferecer a caixa lúdica ao pequeno paciente, destacando que o material contido na caixa deve ser individual e personalizado para cada paciente. A caixa lúdica constitui o símbolo do segredo

profissional para com a criança, assim como a promessa verbal de sigilo que se faz ao adulto no início de um tratamento.

Nas sessões seguintes com a criança é dada continuidade à terapia, onde são feitos acompanhamentos e intervenções de acordo com cada caso. Para Axline (1980), o papel do terapeuta não deve ser de passividade, e sim de alerta, sempre apreciando com cuidado aquilo que a criança diz ou faz.

Quanto à atuação das crianças no processo terapêutico, Axline (1980, p. 76), afirma:

As crianças respondem rápida e sinceramente a qualquer tentativa de estender-lhe a mão e ajudá-las. Mesmo as que sofreram cruéis privações, reagem rapidamente a esta experiência de serem aceitas, que lhes permite libertarem-se de seus sentimentos, e lhes abre as portas para seu auto-conhecimento, de tal forma que elas possam ingressar numa nova era de completa auto-realização.

Após certo tempo de terapia, que vai variar em cada caso, quando a criança atendida já apresentou evolução de suas dificuldades e já conseguiu reintegração de sua dinâmica, ou mesmo quando a terapia é interrompida pelos mais diversos motivos, como mudança de residência, ou mesmo quando os pais desistem de dar continuidade ao tratamento, chega o momento da entrevista final.

Para Duarte (1989, p. 42),

Entrevista final é aquela entrevista na qual é vivenciado o término do tratamento por parte da criança, não sendo, necessariamente, a última hora de comparecimento ao consultório do terapeuta. (...) Ocorre quando a criança fica sabendo que deixará de fazer psicoterapia e, conseqüentemente, irá se separar do terapeuta.

Duarte (1989) acrescenta que a entrevista final tem íntima relação com a primeira entrevista, onde a criança revela a fantasia inconsciente da doença e da cura, revivendo, de forma sintética, como experienciou o processo terapêutico.

5.2 O PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO

A Psicologia Clínica reconhece uma clara diferença entre as atividades de avaliação e intervenção, porém os relatos de melhoras de pacientes após submeterem-se a entrevistas e aplicações de testes sugerem a possibilidade de se extrair efeitos terapêuticos durante o Psicodiagnóstico.

Ancona-Lopez (1995) trata de Psicodiagnóstico Interventivo, na abordagem fenomenológico-existencial, onde a compreensão diagnóstica é construída junto com os pais e na medida em que estes podem entender o que se fala, sendo, portanto, um processo de intervenção em si mesmo.

Barbieri, Jacquemin e Basoli-Alves (2004) entre outros, também trabalham com o psicodiagnóstico como processo interventivo, na abordagem psicanalítica. Para os autores, o Psicodiagnóstico interventivo caracteriza prática clínica que congrega ao mesmo tempo investigação, intervenção, incluindo o uso de *holding*, *handling*⁷ e interpretações a partir da primeira entrevista e durante a aplicação de técnicas projetivas. Buscando atingir de maneira sistêmica os efeitos terapêuticos promovidos pela situação de avaliação psicológica.

De acordo com Ramos (2009), com base nos estudos atuais e nas experiências profissionais na área da saúde, tomada esta na acepção mais ampla do seu conceito, pode-se constatar os progressos na integração do psicodiagnóstico com a intervenção, utilizando-se do brincar como mediador. No início, o diagnóstico era pré-requisito da intervenção nas suas diferentes formas. Esta, subsequente ao diagnóstico facilita o aparecimento ou a intensidade dos distúrbios já existentes no paciente, devido à demora na aplicação das ações interventivas.

Para Ramos (2009) o diagnóstico representa um exame estritamente clínico, cujo processo termina em rótulos estigmatizantes que marcam a criança como

⁷ *Holding*, *Handling* são dois conceitos criados por Dr. Winnicott. O *Holding* é a disposição empática e afetiva para perceber e atender às necessidades da criança e que se concretizam através do *handling*. Já o *handling* é a efetivação da percepção da mão com relação à criança, por exemplo quando a mãe segura o bebê e o alimenta pode-se chamar de *handling*.

seres doentes, incapazes ou até anormais. Como reação a essa limitada abrangência, surgiu a avaliação-intervenção contextualizada, incluindo, além das técnicas clássicas de psicodiagnóstico e de intervenção, outras mais, como: visita domiciliar; análise do material escolar e de produções lúdicas. A mais efetiva tendência é a de que os processos de diagnóstico e de intervenção sigam inter-relacionados em toda a sua evolução. A fim de integrar as considerações atuais expostas, apresenta-se um modelo dentro de um contexto integrado de avaliação – intervenção, priorizando o lúdico neste processo.

Barbieri; Jacquemin; Alves (2004) alertam que embora o Psicodiagnóstico Interventivo venha se revelando uma prática promissora, há poucas investigações sistemáticas sobre seus alcances e limitações. Ainda não há comprovações científicas formais, devendo haver maior verificações a respeito do seu alcance terapêutico, especificamente para quais pacientes ele seria indicado ou não.

Para os autores, apesar de sua semelhança com as Consultas Terapêuticas, o Psicodiagnóstico Interventivo dispõe das vantagens proporcionadas pelo uso dos testes psicológicos, como a maior segurança diagnóstica, a possibilidade de verificar com precisão a natureza e profundidade das mudanças que ele acarreta na personalidade, através de reteste no *follow-up*⁸, e a chance de investigar, de maneira objetiva, quais pacientes poderiam se beneficiar com a sua aplicação e as contra-indicações.

Winnicott (1993) expõe que quando as entrevistas iniciais são realizadas sem intervenção, não atingem seus objetivos de formular o diagnóstico e iniciar o tratamento, desperdiçando assim a chance do paciente fazer um tipo de contato, o que pode agir como terapia negativa.

No artigo de lançamento do TAT (Teste de Apercepção Temática), Morgan e Murray (1935) propuseram o emprego desse teste no tratamento de pessoas levemente comprometidas, questão que foi posteriormente aprofundada por Bellak (1974), embora com variações no procedimento original.

Ancona-Lopez e Col. (1995) garantem que depende das características do ambiente familiar, se houver flexibilidade e condições de modificação por parte dos

⁸ *follow-up* significa buscar uma resposta para algo que foi requisitado, solicitado. Quando se faz o "follow up" o profissional está buscando um retorno do que foi questionado e que ainda não obteve resposta.

pais, o psicodiagnóstico Interventivo pode ser suficiente, sem haver necessidade de a criança fazer psicoterapia posterior.

Ocampo, Arzeno e Piccolo, (1987); Cunha, Freitas e Raymundo (1986) defendem que em psicologia clínica persiste, até hoje, a idéia de que os processos psicodiagnóstico e psicoterápico não se misturam devido à diferença de *setting*⁹ que existe entre eles.

Contudo Winnicott (1993) sustenta que na maior parte das vezes é possível e inofensivo realizar um pequeno tratamento psicanalítico na primeira entrevista diagnóstica, pois nela surgem elementos que levariam meses ou anos para emergir novamente em uma psicoterapia posterior. Conclui ainda que apesar do profissional estar menos embasado sobre o caso nos contatos iniciais do que em uma análise longa, ele consegue alcançar um profundo insight que contrabalança sua pouca experiência clínica.

Winnicott (1993) realça a necessidade de realizar interpretações já nas entrevistas iniciais, os freqüentes relatos de melhora dos pacientes após se submeterem a um Psicodiagnóstico clássico sugerem que os efeitos terapêuticos desse procedimento vão além das intervenções deliberadas do psicólogo.

Para Milner e Crabtree (1991) o psicodiagnóstico interventivo, permite uma avaliação mais acurada do caso e é passível direcionador da criança e da família em direção à cura. O desaparecimento dos sintomas não é o objetivo do método e, quando ocorrer, deve ser cuidadosamente analisada. Trata-se, de um método promissor, que atribui ao paciente o papel de sujeito ativo no alcance da própria saúde mental, e do qual faz parte a crença do profissional na capacidade humana para o desenvolvimento pessoal, a confiança no inconsciente, no vazio, no que não parece estar ali.

De acordo com Mariano (2011), é importante que o profissional faça a visita escolar por ser um recurso que vai ao encontro dos fundamentos do psicodiagnóstico interventivo de base fenomenológico-existencial, uma vez que se propõe a compreender a criança no seu mundo. Na visita escolar são revelados aspectos ao psicólogo que, não seriam revelados somente na sessão com a criança ou com os pais.

⁹ *Setting* – parâmetro, grupos.

O núcleo família é a primeira referência na vida da criança. É com os pais e familiares que ela começa a se desenvolver e é neste ambiente que a criança começa a formar sua personalidade. Posteriormente em contato com novos grupos sociais, a criança se defronta com novas referências.

Mariano (2011, p.46) enfatiza que:

A escola é um desses lugares onde a criança começa a confrontar aquilo que lhe foi ensinado pelos pais e responsáveis com aquilo que lhe é transmitido pelos professores e colegas. É neste espaço que suas referências são questionadas, divididas, multiplicadas, somadas ou até mesmo subtraídas. É neste novo grupo social, composto por diversas relações humanas, que uma nova rede de significados se constitui na vida da criança.

Diante do exposto, o ambiente escolar é revelador, pois permite compreender a criança por caminhos, muitas vezes, ainda desconhecidos pelos pais e psicólogo.

Para Mariano (2011), compreender a criança pelo prisma da escola é desvelá-la como um ser, sendo e existindo consigo mesma, com os outros e com o mundo. Não apenas através do espaço objetivo e do discurso da professora, mas, principalmente compreendendo o comportamento da criança nesse lugar.

Dessa forma, simultaneamente ao atendimento da criança, analisam-se as condições dos pais em auxiliar o filho, e proporcionar-lhes uma nova percepção dele, no intuito de engendrar formas alternativas de relacionamento.

6 ENTREVISTA DEVOLUTIVA E RECOMENDAÇÕES

O psicodiagnóstico clínico é finalizado com a entrevista devolutiva que deve ser feita em separado para os pais e a criança. É possível ocorrer mais de uma entrevista para cada um, pois os pais ou o paciente podem necessitar de mais oportunidades para elaborarem o que lhes foi dito.

Nesse momento o psicólogo explica ao entrevistado suas conclusões extraídas do processo psicodiagnóstico e conversa sobre elas. É importante ficar atento as respostas verbais e não-verbais do paciente e dos pais diante da explanação do profissional, sendo esta outra fonte de informação, que possibilitará sintetizar o caso para emitir o psicodiagnóstico e o prognóstico com maior precisão. O psicólogo deve transmitir os resultados, mas também escutar atentamente a resposta do outro e observar suas reações (TOSIN, 2005).

Para Arzeno (1995) deve-se fazer a devolução de resultados porque durante as entrevistas, estimula-se a curiosidade do sujeito e de sua família para saber o que se pensa que ocorre depois de fazer os estudos; porque existe a necessidade do profissional de transmitir esses resultados e o fato de que as reações que forem registradas nessa entrevista final poderão ratificar o diagnóstico ou modificá-lo substancialmente.

Arzeno (1995) acrescenta que é comum nessa ocasião o surgimento de lembranças que não tenham sido transmitidas antes ou associações úteis para o diagnóstico. A reação emocional diante da mensagem do profissional é tão importante quanto às reações verbais. Por exemplo, se nessa ocasião um dos pais falta, sem uma justificativa, fica evidente que não deseja saber o que está ocorrendo, essa possibilidade o assusta, nega tudo, prefere que sua mulher se encarregue disso, etc. Anular a entrevista poderia ser adequado em algumas situações, mas em outras o psicólogo estaria entrando no jogo do ausente que tenta invalidar a entrevista, então nesse caso, deve-se marcar outra data com os dois.

O autor complementa que é importante a presença de ambos os pais, para que escutem as conclusões diagnósticas e a recomendação terapêutica, caso houver, já

que ambos deverão concordar e dividir responsabilidades. A teoria psicanalítica sobre a família adverte sobre a presença de mitos familiares imprescindíveis, às vezes sadios, às vezes muito patológicos que agirão contra qualquer tentativa de inovação ou mudança do comportamento. Também dá informações sobre como são desempenhados os papéis, complementares ou não, as resistências e os mecanismos de defesa em nível familiar.

Deve-se tentar mobilizar as resistências e ajudar os pais ou o próprio examinado a obter um insight. Quando os pais são encaminhados por um terceiro (professor, pediatra) muitas vezes, não conhecem a dimensão do problema; dessa forma, é preciso ajudá-los a detectar o conflito e perceberem o que ocorre, obtendo o insight (ARZENO, 1995).

Cunha (1993) elaborou algumas recomendações sobre a entrevista devolutiva:

- Concluídas as entrevistas, estudar detalhadamente todo material diagnóstico, interpretar cada um dos testes separadamente e depois procurar as recorrências e convergências, para chegar às conclusões. Depois integrar esse material com as entrevistas familiares e individuais, retomar então as hipóteses preliminares elaboradas após a entrevista inicial e procurar confirmá-la;
- Após a interpretação dos dados, o profissional comunica aos entrevistados em que consiste o psicodiagnóstico e indica a terapêutica que julga mais adequada. O psicólogo retoma os motivos da consulta e a forma que o processo de avaliação foi conduzido;
- Uma vez elaborada a hipótese que melhor explica a situação, é importante colocá-la numa ordem de patologia crescente, ou seja, a devolução inicia com os aspectos menos comprometidos do paciente, menos mobilizadores de ansiedade. Ao longo das entrevistas ocorrerá oportunidade de observar aspectos positivos não apresentados na primeira entrevista, já que no primeiro encontro emergem as maiores preocupações e não o que está bem;
- É importante evitar o uso de expressões muito técnicas, utilizadas mais comumente no meio profissional. É necessário que se expresse com clareza e faça reiteradas sínteses, cada vez mais compreensivas. E repetir as informações que acredite serem mais geradoras de resistência dos pais. O psicólogo deve estar

preparado para ambigüidade das emoções. Poderá ocorrer também, por parte dos pais, forte ansiedade depressiva e paranóica. Nestas situações o profissional deve atuar como um catalisador e conter essas tensões;

- Deve encerrar da entrevista devolutiva com a indicação terapêutica, quando se fizer necessário.

De acordo com Arzeno (1995), nem tudo o que aparecer no material do psicodiagnóstico deve ser dito. É necessário levar em conta cada caso, até onde se pode chegar sem que existam leis precisas para isso. Por exemplo: Não é recomendado dizer "você não devem permitir que seu filho durma com você, isso é errado", seria contra prudente e ineficiente, no entanto se disser: "Não faz bem a uma criança dormir com adultos, a excita e assusta, mesmo que possa não parecer", essa informação será incorporada como algo útil, pois estão recebendo uma informação e uma sugestão, não uma ordem.

Geralmente é mais fácil comunicar as conclusões aos adultos que as crianças. O profissional deve conhecer as técnicas de jogos que permitem captar e compreender melhor o que a criança diz e faz durante o psicodiagnóstico. A mensagem não-verbal da criança deve ser detectada, compreendida e utilizada na entrevista devolutiva junto com a mensagem verbal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo do psicodiagnóstico infantil apresenta características específicas que foram mencionadas neste trabalho, e que são de importância fundamental, como o conhecimento da psicologia do desenvolvimento infantil. Ter em mente o que é esperado para a conduta infantil na etapa em que ela está serve como um norteador para a compreensão do sintoma.

Cada vez mais o desafio de atualizar o conhecimento sem perder as boas raízes do modelo tradicional conduz a uma tentativa de intersecção, na qual o profissional não deve nem se prender demasiadamente as construções teóricas, nem abandoná-las e se perder na prática pela prática.

O rigor científico deve ser utilizado unido à leveza que o encontro com outro ser humano proporciona. Assim, utilizar ou não testes psicológicos, intervir ou não nas entrevistas iniciais, solicitar ou não a participação efetiva dos pais, parecem questões menores do que como fazer tudo isto sem perder o principal objetivo do psicodiagnóstico que é a compreensão aprofundada sobre a subjetividade de uma criança.

Desta forma a autora considera que os objetivos geral e específicos, foram atingidos no momento que conseguiu expor as razões as quais determinaram a inquietação dos profissionais que provocaram a mudança da metodologia do psicodiagnóstico tradicional para o interventivo. Mostrando ainda a relevância da intervenção lúdica a hora do jogo diagnóstico, a entrevista com os pais e a visita a escola como prática para um embasamento seguro do diagnóstico e prognóstico.

Foram citados diversos autores com o objetivo de confrontar opiniões e ajudar na argumentação do estudo.

Por fim a autora acredita ter contribuído para esclarecer diversos questionamentos a respeito do tema. Portanto este trabalho busca ser mais um subsídio para que outros estudos, mais profícuos, que possam surgir, abordando dimensões semelhantes ou diferentes, mas contribuindo para ampliar o debate sobre a problemática relacionada à compreensão do caminho que a criança percorreu até o

pedido do psicodiagnóstico. O conhecimento do contexto social e seu possível impacto sobre a criança. Os principais aspectos familiares. A queixa em si, no modelo tradicional, a demanda para os psicanalistas, ou o pedido de ajuda para os humanistas. A compreensão da psicodinâmica, ou da experiência vivida pela criança e por fim o seu encaminhamento.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda. **Psicanálise da Criança: teoria e técnica**. Porto Alegre: ARTMED, 1982.

_____. **A criança e seus jogos**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

ANCONA-LOPEZ, M; Vorcaro, A. M. R; CUPERTINO, C; BRUSCAGIN, C. B; BARROS, D. T. R; YEHA, G. Y; SANTIAGO, M. D. E., ANCONA- LOPEZ, S; MITO, T. I. H. & MONACHESI, Y. **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. São Paulo: Cortez. 1995.

ANCONA-LOPEZ, M. **Introduzindo o psicodiagnóstico grupal interventivo: uma história de negociações**. Em M. ANCONA, 1995.

ANCONA-LOPEZ, S. **Psicodiagnóstico: processo de intervenção?** Em M. Ancona-Lopez (Org.), **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. São Paulo: Cortez. 1995.

ARZENO, Maria Esther Garcia. **Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições**. São Paulo: ARTMED, 1995.

AXLINE, Virginia Mae. **Ludoterapia: a dinâmica interior da criança**. 2 ed. Belo Horizonte: INTERLIVROS, 1980.

BARBIERI, V., JACQUEMIN, A. & BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Alcances e limites do Psicodiagnóstico Interventivo no tratamento de crianças anti-sociais**. Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia, 2004.

BELLAK, L. **The TAT, CAT and SAT in clinical use**. New York: Grune & Stratton, 1974.

BORNHOLDT, I; DUARTE, Inúbia; CASTRO, M. **A Prática da Psicoterapia Infantil.** Sobre a problemática dos pais de crianças em psicoterapia. Rio Grande do Sul: Artes Médicas. 1989.

BUCK, John N. **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação.** 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2003.

CREMA, Roberto. **Análise Transacional Centrada na Pessoa e mais além.** 2 ed. São Paulo: ÁGORA, 1985.

CUNHA, Jurema Alcides e cols. **Psicodiagnóstico - R.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CUNHA, Jurema. Alcides. **Psicodiagnóstico - V.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

DUARTE, Inúbia; BORNHOLDT, I; CASTRO, M. **A Prática da Psicoterapia Infantil.** A entrevista final em psicoterapia infantil. Rio Grande do Sul: Artes Médicas. 1989.

FERNANDES, Alícia. **Os idiomas do aprendente. Análise das Modalidades Ensinantes com Famílias, Escolas e Meios de Comunicação.** Porto Alegre; Artmed, 2001.

GINOTT, Haim. **Psicoterapia de grupo com crianças.** Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

KLEIN, Melanie. **Psicanálise da Criança.** São Paulo: MESTRE JOU, 1981.

_____. **O sentimento de solidão.** Rio de Janeiro: IMAGO, 1975.

LAPIERRE, André e Anne. **O adulto diante da criança.** São Paulo: Manole, 1987.

LAPIERRE & AUCOUTERIER. **A simbologia do movimento: psicomotricidade e educação.** Porto alegre: Artes Médicas, 1986.

MARIANO, Anna Paula Rodrigues. **Visita escolar:** um recurso do psicodiagnóstico interventivo infantil. Espaço Cuidar – Clínica de Psicologia Existencial. Disponível em:

<<http://www.espacocuidar.com.br/psicologia/artigos/visita-escolar-um-recurso-do-psicodiagnostico-interventivo-infantil>>. Acesso em: jun 2011.

LIMA, Jorge M. **Automutilação**. Pandeando, 2007. Disponível em: <http://www.pandeando.com.br/site/?s=jorge+monteiro+de+lima>. Acesso em: 23/11/2010.

MILLER, W. L. & CRABTREE, B. F. Clinical research. Em N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 340-352). London: Sage. 1994

MONACHESI, Y. **Reflexões sobre o uso do psicodiagnóstico em instituições**. In: ANCONALOPEZ, M. *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995. P. 196-204.

MORGAN, C. & MURRAY, H. A. **A method for investigating fantasies**: the Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306
BERNE, Eric. **Análise Transacional em Psicoterapia**. (Original publicado em 1935). São Paulo: Summus, 1985.

OAKLANDER, Violet. **Descobrimos Crianças: abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. São Paulo: SUMMUS, 1980.

OCAMPO, M.L.S. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: MARINS FONTES, 1990. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico. (Org.) PERES SOBRINHO, Antônio. São Paulo, 2009.

OCAMPO, M. L. S., ARZENO, M. E. G. & PICCOLO, E. G. **O processo Psicodiagnóstico e as técnicas projetivas** (M. Felzenswalb, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, (Original publicado em 1979) 1986.

RAMOS, Aidyl Macedo de Queiroz Pérz. **Psicodiagnóstico-intervenção: o lúdico como processo integrativo**. São Paulo: EPPA, 2009.

RETONDO, Maria F.N.G. **Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa-Árvore-Pessoa) e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

ROCHA, B.S. **Brinkando com o Corpo**. São Paulo: Cliper, 1999.

TOSIN, Anna Silvia. **O Psicodiagnóstico e as abordagens sistêmicos-familiares.** Familiar - Instituto Sistêmico, 2005. Disponível em:
<<http://www.institutofamiliar.com.br/Monografias/Anna%20Silvia%20Tosin.pdf>>.
Acesso em: 27 nov. 2011.

TRINCA, W. et al. **Diagnóstico Psicológico: prática clínica.** São Paulo: EPU, 1984.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar & a Realidade.** Rio de Janeiro: IMAGO, 1975.

_____. **A criança e seu mundo.** 6. ed. Rio de Janeiro: ZAHAR EDITORES, 1982.

_____. **A tolerância do sintoma na pediatria – a história de um caso.** Em D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise* (J. Russo, Trad.) (pp. 211-232). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1953). Traduzido em 1993.