

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARLENE FRANÇA DO RÊGO NETA

DECIFRANDO “PINGU”:
O JOGO E O DESENHO COMO DISCURSO NA PSICOTERAPIA INFANTIL

NATAL
2017

MARLENE FRANÇA DO RÊGO NETA

DECIFRANDO “PINGU”:
O JOGO E O DESENHO COMO DISCURSO NA PSICOTERAPIA INFANTIL

Estudo de caso apresentado como requisito avaliativo parcial da disciplina de Estágio Profissionalizante em Psicologia do Curso de Psicologia da UNIRN.

Supervisora: Profa. Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira (**CRP17/0742**).

Natal
2017

MARLENE FRANÇA DO RÊGO NETA

DECIFRANDO “PINGU”:

O JOGO E O DESENHO COMO DISCURSO NA PSICOTERAPIA INFANTIL

Estudo de caso apresentado como requisito avaliativo parcial da disciplina de Estágio Profissionalizante em Psicologia do Curso de Psicologia da UNIRN.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira
Orientadora

Profa. M.Sc. Narjara Medeiros de Macedo
Membro

“Hay algunos que nacen con estrellas y otros con algunos más, y aunque usted no quiera creer, nací con constelaciones”.

Frida Kahlo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida e a possibilidade das escolhas;

Ao meu avô Raimundo e à minha avó Marlene que me deram oportunidades e me ensinaram a ter um coração que transborda gratidão e amor;

À professora Luciana Carla, pela paciência e pelos momentos de aprendizado e diversão, junto com a colega Ana Karolina Neves, nos ensinando a trabalhar com carinho e perseverança;

Às todas minhas amigas, em especial Brenda Câmara, Dyamagô Lima, Gisele Gomes, Jordana Costa, Juliana Guedes, Lizandra Alencar, Karina Perez, Nathallya Macedo, Virgínia Roma e Vanessa Carla pelas trocas, motivações, acolhimento e companheirismo mútuos;

Em memória à Maria Karolyne Álvares que me proporcionou momentos incríveis em vida e me fez aprender a dor e a graça dos recomeços. Agradeço à doçura de sua companhia, que nunca foi embora;

À Cristina Hanh, que me trouxe a oportunidade de autoconhecimento e me guiou até a luz nos momentos mais difíceis, e me mostrou a preciosidade de saber escutar o outro;

Aos meus pacientes, que confiaram e me deram a oportunidade de me apaixonar cada vez mais pela psicologia;

Gratidão à sutileza e à importância dos que acreditaram e acreditam em mim.

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo de caso clínico realizado na sala de Ludoterapia, nas Clínicas Integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN) através da abordagem Psicodinâmica e conhecimentos teóricos de Donald. W. Winnicott, utilizando o jogo e a prática do desenho. Essas práticas lúdicas são facilitadoras para os atendimentos na clínica com crianças e tem como proposta fazer os pacientes ressignificarem e externalizarem seus conflitos e sentimentos. O caso apresentado é de *Pingu*, uma criança que chegou com 11 anos, com a queixa da mãe de que ela não falava em ambientes sociais, exceto em sua casa. Neste trabalho serão evidenciadas dificuldades da terapeuta, assim como, utilização de prática facilitadora que melhor enquadrou com o paciente – o desenho –, hipótese diagnóstica de mutismo seletivo e associação de algumas informações. Conclui-se que o desenho é uma das formas possíveis para os atendimentos infantis com a produção de materiais preciosos e simbólicos e de grande importância para fortalecimento da aliança terapêutica.

Palavras-chave: ludoterapia. Desenho. Psicodinâmica. Winnicott. Hipótese diagnóstica. Mutismo seletivo.

ABSTRACT

This paper presents a clinical case study conducted in the ludic therapy room at Clínicas Integradas of the Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN), games and drawing supported by the psychodynamics approach and Donald W. Winnicott's theory were used in the study. Those ludic practices are facilitators to the clinical care of children and aims the externalization and resignification of their conflicts and feelings. The subject of the study is Pingu, an eleven-year-old patient whose mother came to the clinic reporting that her child could not speak in social contexts, except for their home. There will be presented in this work the difficulties that the therapist faced, the use of the best facilitating practice – in this case, drawings – as well as the diagnostic hypothesis of selective mutism and the discussion of the results. It can be concluded that the act of drawing is one of the possible ways to psychological children care, with an outcome of significant material of great relevance to the strengthening of the Therapeutic Alliance.

Keywords: Ludic therapy. Drawing. Psychodynamics. Winnicott. Diagnostic hypothesis. Selective mutism.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 PSICANÁLISE	11
3 ABORDAGEM PSICODINÂMICA	12
3.1 PSICOLOGIA EGÓICA OU DO EGO	13
3.2 TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS	14
3.3 PSICOLOGIA DO SELF	14
3.4 TEORIA DO APEGO	15
4 PSICOTERAPIA BREVE NA ABORDAGEM PSICODINÂMICA	17
4.1 PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL	18
4.2 LUDOTERAPIA	19
4.3 O DESENHO	21
5 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	22
5.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO	22
5.2 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA	23
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
6.1 GENOGRAMA	25
6.2 ANAMNESE: fase inicial	26
6.2.1 Hora do Jogo	27
6.2.2 Teste Projetivo <i>Home, Tree, Person</i> – H.T.P	28
6.2.3 Queixas manifestas	29
6.2.4 Queixas latentes	29
6.3 ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES: fase intermediária	30
6.4 DISCUSSÕES E RELAÇÃO COM A TEORIA: fase final	31
6.5 PERCEPÇÕES DA TERAPEUTA	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Pode-se entender, atualmente, que a Psicologia é uma ciência que vai se constituindo de acordo com a construção que os sujeitos fazem de si mesmos e do mundo ao seu redor. O olhar sobre a subjetividade humana é antigo, ao se conceber elaborações que o homem pensa de si, do mundo e dos outros homens, cria ideias psicológicas, que se referem a processos individuais, subjetivos e coletivos (CAMBAÚVA et al, 1998). A Psicologia foi, por muito tempo, tema da Filosofia. Não é possível resgatar a história dessa ciência sem entender a Filosofia como uma das raízes do desenvolvimento humano racional, pois é lá que se iniciam as primeiras indagações do homem sobre si e sobre o mundo. Ou seja, a partir dela que começa a se observar o aparecimento da consciência humana concomitantemente ao surgimento do pensamento racional, diferenciando o ser humano – social e histórico – de um simples animal.

Diante o supracitado, percebe-se que os conhecimentos psicológicos não foram uma criação mágica, nem abstrata, advindo de divindades. São uma criação humana e concreta, que tem por objetivo a compreensão das ações, comportamentos, atitudes e outros estados subjetivos humanos, que são revelados.

Bock (2002) relata que a partir do desenvolvimento e avanço científico da Psicologia, após desligar-se, em partes, da Filosofia, surgiram novas visões sobre o homem e ao que o rodeia. Uma das primeiras visões foi a Psicanálise Freudiana, que deu berço para que novas outras linhas teóricas surgissem de acordo com a amplitude do campo da clínica, estudada e reformulada pelos sucessores de Sigmund Freud.

Como uma abordagem de base psicanalítica, a Psicodinâmica, neste trabalho, vai aparecer como um novo modo de ver o sujeito e suas relações, focando num indivíduo pertencente ao seu caráter biológico, psicológico e social, sendo ele produtor de subjetividade. É uma psicoterapia de curto prazo, utilizado todas as faixas etárias (GABBARD, 2016).

Para o público infantil, essa abordagem usa uma técnica chamada Ludoterapia, que compreende que o brincar é algo que vai além do senso comum. É através do lúdico, pela ação da brincadeira, que a criança revela seus conflitos inconscientes e os resolve, algumas vezes, de maneira equilibrada. A postura do terapeuta é ativa e não pode revelar sua própria subjetividade ao formular os

problemas ao paciente.

A escolha dessa abordagem foi essencialmente por conseguir enxergar um modo psicanalítico atual de desenvolver a prática do psicólogo, a fim de proporcionar ao paciente, tanto adulto quanto criança, uma ressignificação de si, de sua história e do mundo.

O mundo com estrutura dinâmica e cada vez mais politizada e acessível, a abordagem Psicodinâmica talvez seja a que mais se encaixe com essa característica da atualidade, conduzido por grande quantidade de diversidades, incluindo a sua prática.

O estágio foi realizado nas Clínicas Integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN), com atendimentos à criança de 12 anos desde maio até novembro.

Como já foi dito, os encontros foram semanais, realizados no viés da abordagem Psicodinâmica, com teorias de Erik Eriksson, Donald W. Winnicott além da técnica da ludoterapia com enfoque no desenho.

O presente trabalho tem como base a psicanálise e seus pensamentos posteriores ao “pai da Psicanálise”, Sigmund Freud, que acredita nos processos inconscientes. Apenas sua filha, Anna Freud, seguiu os mesmos passos do pai. Com o tempo, a Psicanálise começou a ser desenvolvida com novos olhares e mais a fundo em públicos específicos, como o infantil.

2 PSICANÁLISE

A Psicanálise é um marco importante na psicologia. Foi com ela que surgiram os primeiros estudos relacionados ao inconsciente a partir de experiências clínicas de Freud. Sigmund Freud nasceu em 1856 em Morávia e, ainda criança, mudou-se para Viena, onde se dedicou à medicina, desenvolvendo estudos com a cocaína e seus efeitos anestésicos.

Para Carloni (2011), a teoria psicanalítica começa a ser escrita e estudada no final do século XIX, mas tem a primeira publicação psicanalítica em 1900 em *A interpretação dos sonhos* que foi o marco inicial. Freud teve aproximação com Breuer com quem estudou a fundo sobre a histeria, utilizando método catártico no tratamento desses pacientes por meio da hipnose.

Em seus primeiros estudos, Freud percebe uma força bastante poderosa no psiquismo humano: o inconsciente. Assim desenvolvendo duas teorias do aparelho psíquico: a primeira tópica, se dividindo em inconsciente, pré-consciente e consciente (CORDEIRO, 2010). Para Freud, o inconsciente era “uma instância psíquica em que o paciente sabe, mas não sabe que sabe” (CARLONI, 2011, p. 4); o pré-consciente seria onde estão guardadas informações de fácil acesso, mas que não estão na consciência naquele exato momento. E é quando Sigmund Freud (1856 – 1939) reconhece e define a libido – em Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905) – definida como energia erótica que possibilita a vida.

Cordeiro (2010) relata que a segunda tópica, mais complexa que a primeira, é dividida entre Id (Isso), Ego (Eu) e Superego (Supereu), onde a id é a energia pulsional – regido pelo princípio do prazer –, o ego faz a mediação entre os desejos do id, as possibilidades da realidade e as castrações do superego; e o superego é o filtro desses desejos antes que cheguem à consciência. O Id, o Ego e o Superego são diferentes, porém não são separados.

Ao longo dos anos surgiram novos conceitos (como a pulsão de vida, a pulsão de morte, os mecanismos de defesas, complexo de Édipo, entre outros) em sua teoria. Alguns desses foram revistos e reformulados pelo próprio Freud e até mesmo pelos pós-freudianos – Lacan, Melanie Klein, Winnicott, dentre outros – que enriqueceram a Psicanálise, proporcionando adequações ao sujeito de acordo com o tempo e suas necessidades (DUNKER, 2006). A partir disso, foram construídas novas teorias enraizadas na psicanálise, entre elas a abordagem Psicodinâmica, no qual o presente relatório está embasado e, a seguir, será tratada detalhadamente.

3 ABORDAGEM PSICODINÂMICA

Segundo Glen O. Gabbard (2016), a psicoterapia na abordagem psicodinâmica vem dessa base psicanalítica e traz consigo contribuições de Leibniz, Fenichel, Jung, Jackson e Sigmund Freud. O psicólogo de abordagem psicodinâmica considera em sua prática, para a integração das influências biológicas e socioculturais, entendendo o indivíduo como um todo. Para o autor, o terapeuta deve entender que a abordagem é, também, uma forma de pensar – não só apenas ao paciente, mas também em relação a si na relação paciente-terapeuta.

A psiquiatria psicodinâmica é uma abordagem do diagnóstico e do tratamento caracterizada por um modo de pensar a respeito do paciente e do clínico que inclui conflito inconsciente, déficit e distorções de estruturas intrapsíquicas e relações objetais internas, e que integra esses elementos com achados contemporâneos das neurociências (GABBARD, 2016, p. 18).

Advindo disso, a psicoterapia na abordagem Psicodinâmica consegue ser mais bem definida quando comparada a abordagens mais clássicas. Utilizam de métodos de classificação para rotular doenças e suas curas; e que estão preocupadas na similaridade de um paciente com os demais, por características parecidas, ao invés de observar o quanto existe diferença entre eles. Gabbard (2016) utiliza Hipócrates para enfatizar a importância de conhecer a pessoa com a doença e não a doença que a pessoa tem.

A psicoterapia na abordagem Psicodinâmica é orientada por um *continuum*¹ expressivo de apoio, que de acordo com a personalidade e queixa do paciente, são utilizadas técnicas tanto de insight – que é a provocação do terapeuta junto com a capacidade do sujeito de identificar algo que antes não percebia sobre si e sobre sua realidade – quanto de apoio – normalmente com sujeitos de ego fragilizado, necessitando uma escuta mais empática e acolhedora –, de forma dinâmica, podendo fluir de um lado para o outro de acordo com o processo terapêutico. Gabbard (2016) relata que toda terapia adequada é, “de diferentes modos, expressiva – como e quando – e de apoio – como e quando” (GABBARD, 2016, p. 689).

Na atualidade esta abordagem tem, ao menos, quatro estruturas psicanalistas amplas que posteriormente serão dialogadas: 1. Psicologia do ego, vindo da teoria

¹ Fluidez de técnicas de insight para as técnicas de apoio

clássica de Freud; 2. Teoria das relações objetais, derivada da obra de Melanie Klein; 3. Psicologia do self, derivada de Heinz Kohut; e 4. Teoria do apego.

3.1 PSICOLOGIA EGÓICA OU DO EGO

Para Gabbard (2016), a psicologia egóica define o mundo intrapsíquico como dono de um conflito entre instâncias, onde o Supereu (superego), o Eu (ego) e o Isso (id) lutam entre si enquanto a agressividade e a sexualidade lutam para se expressarem/d Descarregarem. O conflito entre essas instâncias produz ansiedade, que resultam em defesa, ocasionando a aparição de um sintoma, que defende tanto o desejo vindo do Isso, quando gratifica o desejo de modo dissimulado.

Segundo Silvia (2010), os mecanismos de defesa reconhecidos por Freud, foram posteriormente estudados por Anna Freud (2005), sua filha, que houve a possibilidade em expandir a teoria separando e descrevendo os nove mecanismos, sendo eles:

- a) Regressão: no qual o sujeito retorna a atitudes passadas que se mostravam gratificantes e seguras, onde o sujeito busca voltar para fugir de uma angústia em seu presente.
- b) Formação reativa: onde o sujeito se expressa sobre algo de oposto ao que estava expresso anteriormente.
- c) Anulação: é mecanismo que invalida ação/desejo que era anteriormente válido. Utilizado com mais frequência por quem tem transtornos obsessivos.
- d) Introjeção: é relacionada com a identificação. Tem como objetivo resolver alguma dificuldade emocional do sujeito quando toma para a sua própria personalidade algumas características de outras pessoas.
- e) Introjeção: está relacionada com a identificação. Tem como objetivo resolver alguma dificuldade emocional do sujeito quando toma para a sua própria personalidade algumas características de outras pessoas.
- f) Identificação: é o mecanismo “geralmente não defensivo” (SILVIA, 2010, p. 4) que faz com que o sujeito se sinta acolhido em um grupo ou em uma relação interpessoal. O sujeito também pode identificar-se com o intuito de defender-se desse outro.
- g) Projeção: é o oposto da introjeção. Oposto à introjeção. O sujeito atribui a objetos externos aspectos psíquicos que são dele, mas não reconhecidos. Antes dele, vem um mecanismo de negação – deslocamento de características e atitudes que se rejeita e que se quer negar.
- h) Voltar-se contra si: Consiste em um redirecionar um impulso onde o objeto é o próprio indivíduo.
- i) Reversão: Representa o processo no qual uma pulsão se transforma em seu contrário, de ativo para passivo.
- j) Sublimação: é o mecanismo pelo qual o sujeito diminui sua energia agressiva e/ou libidinal para transformar-se em algo socialmente aceito.

Todos esses mecanismos têm em comum a proteção do Eu/ego contra os desejos instintivos do Isso e está presente em todos os sujeitos, revelando muita

coisa sobre nós.

Gabbard (2016) define que as funções do Eu/ego que devem ser consideradas são o teste de realidade; o controle de impulsos; os processos de pensamento; o julgamento; o domínio-competência e as autonomies (primeira e secundária).

3.2 TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS

A teoria das relações objetais sustenta que os impulsos surgem no contexto da relação com o outro (objeto) e faz com que o eu se construa a partir de suas experiências com esse objeto, numa troca mútua. Além disso, tem como objetivo a descarga da tensão sob dos impulsos do sujeito.

Em sua obra, Gabbard (2016) esclarece que essa teoria foi estudada por Melanie Klein e Anna Freud para tentar compreender o desenvolvimento humano a partir dos mecanismos de defesa. Já Winnicott direcionou seus estudos na relação simbiótica mãe-bebê onde só inicia depois da criação do mundo externo do bebê, pressupondo-se a criação de um novo sentido de realidade.

Essas relações são afinidades emocionais entre sujeito e o objeto que passa pelo sentimento do amor e tem um processo de identificação comum, contribuindo para o desenvolvimento do ego e, também, pelo sentimento de ódio, passando pelo processo da cisão, para que o sujeito consiga identificar o “bom” e o “mau”; o “prazer” e o “desprazer” (GABBARD, 2016). É importante ressaltar que o terapeuta ocupa o lugar de objeto na psicoterapia e que esses procedimentos estão atuando. Faz parte da postura do psicólogo utiliza-las em um bom equilíbrio para que haja melhores resultados no processo psicoterápico.

3.3 PSICOLOGIA DO SELF

Na teoria do *Self* entende-se a constante busca pela aprovação do outro para o bem estar, físico e/ou mental, do sujeito. É nela que se observa o modo que relações externas ajudam a manter a autoestima e a coesão do *self* (GABBARD, 2016). Criada por Heinz Kohut, essa linha de pensamento considera o paciente como sujeito que necessita de certas respostas do outro para manter o equilíbrio de bem estar.

O Self é:

descrito como instância psíquica fundamental que contém os elementos que compõem a personalidade, mas não contém o núcleo da existência genuína do indivíduo. Assim, o protagonista da existência é o ser interior e o *self* atua como coadjuvante principal na formação da personalidade. Ele é o mediador entre o ser interior e as forças pulsionais, principalmente aquelas relacionadas à pulsão de morte. Ao ser depositário de forças que se opõem, o *self*, torna-se um espaço de conflitos. Se ele permanece sob a influência do ser interior, seu desenvolvimento favorece a preservação da vida, mas se ele se submete às forças advindas da pulsão de morte, promove patologias e conflitos emocionais (MARTÃO, 2008, p. 336).

O *Self* é o elo inconsciente estabelecido entre o eu e as forças pulsionais – pulsão de vida *versus* pulsão de morte, que se chocam durante toda a vida do sujeito – e que tem como ponto principal a preservação da vida, mas, pode, também, se submeter às forças da pulsão de morte, trazendo ao sujeito conflitos e sofrimentos, tanto psicossomáticos quanto de carácter emocional.

Para Gabbard (2016), essa teoria começou a ser estudada com o objetivo de compreender o *self* dos narcisistas, onde se percebeu-se a dois tipos de transferências: a especular, quando o paciente expõe informações esperando a aprovação do terapeuta; e a idealizadora onde o paciente vê o terapeuta como uma figura de cura.

É importante que o psicólogo tenha cuidado ao manejar a transferência, esclarecendo a relação terapêutica e se mostrando empático ao paciente, para que suas estruturas de *self* não permaneçam fragmentadas.

3.4 TEORIA DO APEGO

A Teoria do Apego é o quarto ponto mais relevante da Psicoterapia Psicodinâmica. “O apego é um vínculo com bases biológicas entre a criança e o cuidador que tem por objetivo assegurar a segurança e a sobrevivência da criança” (GABBARD, 2016, p. 84).

Esta perspectiva teórica traz os mesmos fenômenos relacionados às relações objetais. Em contraste, o comportamento de apego é interpretado como “qualquer forma de comportamento que resulta na consecução ou conservação, por uma pessoa, de proximidade de alguma outra diferenciada e preferida (BOWLBY, 2004, p. 38). Esse comportamento é visto como distinto de comportamentos de

alimentação e sexual, mas tendo um significado humano igual ao deles (BOWLBY, 2004).

O apego seguro influencia fortemente o desenvolvimento de modelos de funcionamento internos de relacionamentos, que são armazenados como esquemas mentais e levam a experiências com relação a expectativas do comportamento dos outros com respeito ao *self* (Gabbard, 2016, p. 84)

Além disso, existe uma relação e dependência do padrão de laços afetivos que o sujeito estabelece durante a vida com a maneira da organização de seu comportamento de apego na sua personalidade (BOWLBY, 2004). Essa teoria traz grandes contribuições para a compreensão sobre o que motiva o ser humano, desde a sexualidade, a agressividade e o sentido do *Self* para a compreensão de pacientes adultos que iniciaram psicoterapia.

4 PSICOTERAPIA BREVE NA ABORDAGEM PSICODINÂMICA

De modo mais abrangente, Gabbard (2016) escreve que a psicoterapia na abordagem Psicodinâmica é orientada por um *continuum* expressivo de apoio, que de acordo com a personalidade e queixa do paciente, são utilizadas técnicas tanto de insight quanto de apoio, de forma dinâmica, podendo fluir de um lado para o outro de acordo com o processo terapêutico. Gabbard (2016, p. 689) diz que “toda terapia adequada é, de diferentes modos, expressiva – como e quando – e de apoio – como e quando”.

Sendo uma psicoterapia de pouca duração – diferentemente da psicanálise – foi Ferenczi que tornou-se o pai das Psicoterapias Breves ao ensaiar uma “técnica ativa” do terapeuta, por muitos julgada como uma postura “não psicanalista” (OLIVEIRA, 1999).

Assim, Hegenberg (2010) registra que características como tempo, relação terapêutica, crise são atributos da Psicoterapia Breve desde os estudos de Ferenczi e, também, se encontram nas obras de Winnicott. Foi a partir deles que foi possível pensar a prática dessa técnica sem considerá-la um desvio no ponto de vista da teoria psicanalítica.

Apesar de a teoria ser fundamental e que sem entender alguns conceitos freudianos e de seus seguidores, a prática da Psicanálise não teria fundamentação, sem nenhum norte que a fizesse ser aplicada. Mas se nos restringirmos à Psicanálise clássica, que é baseada essencialmente nos escritos de Freud, excluiríamos a maioria das ideias contemporâneas dos pós-freudianos. De acordo com Hegenberg (2010, p. 24), restringir o conceito do que é a Psicanálise pode torna-la limitativa:

Os autores da Psicoterapia Breve distanciam-se do procedimento psicanalítico aqui delineado de maneiras diversas. Exemplificando, Fiorini (1978) evita a interpretação transferencial; Lemgruber (1984) privilegia a experiência emocional corretiva; Sifneos (1972) propõe ser ativo no foco, abandonando a neutralidade; Malan (1975) não lida com as associações livres (refere-se à atenção e negligência seletiva); Braier (1986) propõe a utilização associações livres apenas no foco; e Gilliéron (1983a; 1983b) inclui a teoria sistêmica em seu trabalho.

É possível considerar que a Psicoterapia Breve partilha o viés psicanalítico por manter o seu método e sua teoria, mesmo sendo um ponto muito perturbador

para alguns psicanalistas, que discordam da existência de uma Psicoterapia Breve Psicanalítica. Nesse tipo de psicoterapia existem especificidades relacionadas ao tempo, assim como é dito no próprio nome, tem um período de tempo reduzido em relação à Psicanálise; o estabelecimento de um foco; e o conceito de crise (HEGENBERG, 2010). Neste sentido, nota-se uma adequação da Psicoterapia Dinâmica Breve, podendo, então, ser utilizada tanto em adultos e idosos quanto em crianças.

4.1 PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL

A partir do surgimento de novas demandas, percebe-se a necessidade de um olhar diferenciado voltado para a criança. Oliveira (2006), em um de seus trabalhos, relata que existem autores que focaram no significado da produção da criança no aqui-agora da relação terapêutica, evitando explorar o passado detalhado, objetivando fazer com que a criança suporte os vínculos patológicos com os pais e aceitar-se como um indivíduo diferenciado.

Nos dias atuais, observa-se que a postura do terapeuta não é mais de interpretação de conteúdos do inconsciente e sim construir o que deveria ter sido ou estar sendo construído para que logo após haja interpretação (BASEGGIO, 2012). Na prática clínica infantil, as crianças tendem a não conseguirem expressar seus sentimentos com clareza por estarem numa fase em que isso esteja sendo ou que poderá ser construída. E que, ao iniciar a psicoterapia, o terapeuta:

Emprestará sua capacidade de pensar simbolicamente ao paciente; logo, quando esta capacidade for desenvolvida, este poderá atribuir significações simbólicas aos seus sentimentos e emoções evitando a formação de sintomas (BASEGGIO, 2012, p. 632).

A criança deve ser entendida a partir de um processo maturacional e de *self*, sendo ele construído a partir do desenvolvimento biológico e psicológico do sujeito. Oliveira (2006) relata que esse processo de maturação pode ser compreendido como uma sequência de mudanças, integradas e constantes, que moldam a personalidade de um indivíduo. Para a autora, essa mudança pode ser entendida como uma transição de um estado para outro, sendo elas implicadas no desenvolvimento da mesma.

De acordo com Oliveira (2006), Erikson foi um psicanalista que integrou à psicanálise conhecimentos da psicologia social e que percebeu a importância da interação social para esse desenvolvimento infantil. Considera que o contexto social, tendo em vista características familiares e seu histórico, elementos biológicos e constitucionais se integram numa concepção biopsicossocial. Ele dividiu sua teoria do desenvolvimento em oito estágios psicossociais, no qual descreveu algumas crises que o sujeito passa do ciclo vital.

Caplan (1966) define “crise” como um período de desorganização temporária do funcionamento de um sistema aberto, gerada por situações transitórias, que ultrapassam as capacidades adaptativas internas e externas, levando o paciente a uma necessidade de soluções (GERBERA, 2003, p.35).

Cada estágio de desenvolvimento tem uma zona libidinal e seu modo dominantes e, em cada um deles, a criança e, também o adulto, aprende modos básicos de manter sua existência. Essas modalidades são formas de como o eu se relaciona com o mundo externo, integrando suas experiências. Ou seja, em cada fase, o sujeito se depara com uma “crise de desenvolvimento”, que estão em atrito forças contrárias, gerando conflitos paradoxais para o Ego. Essas crises tem um desafio em cada estágio desenvolvimental do indivíduo, onde ele possa encontrar novas soluções prévias e, ao mesmo tempo, maturidade para fases posteriores (OLIVEIRA, 2006).

Sendo assim, o terapeuta deve incorporar aspectos de desenvolvimento, psicodinâmicos, ambientais e referentes à crise, mas deve buscar, acima de tudo, integrar a teoria psicanalítica e as teorias do desenvolvimento infantil.

4.2 LUDOTERAPIA

Há uma técnica diferenciada destinada às crianças que usa o brincar como forma de facilitar a resolução de situações ou dificuldades: a ludoterapia. A palavra é derivada da palavra de origem americana “play-therapy” que pode ser traduzida literalmente como “terapia pelo brincar” (HOMEM, 2009).

Pode-se definir ludoterapia como:

Uma relação interpessoal dinâmica entre a criança e o terapeuta que

providencia a esta um conjunto variado de brinquedos e uma relação terapêutica segura de forma que possa expressar e explorar plenamente seu *self* através do seu meio natural de comunicação: o brincar (LANDRETH, 2002, p. 16).

Para Homem (2009) na sala de Ludoterapia, a brincadeira é conduzida pela criança, quando quer e como quer, fazendo escolhas do brinquedo. Não deve se partir do fato de que se vai transformar ou fazer coisas para ela. O terapeuta deve estar pleno com a criança, utilizando seus conhecimentos e técnicas para a compreensão da criança através de seu próprio olhar. E para Winnicott (1975), o brincar em si é um objeto de estudo.

Winnicott se volta para o brincar, o verbo – não para a brincadeira, um substantivo – como uma coisa a ser olhada em sua potencialidade própria. O brincar como o concebe Winnicott não se limita às crianças apenas, mas se estende aos adultos também (FRANCO, 2003, p. 46).

Continuando na perspectiva Winnicottiana, a terapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do terapeuta e a do paciente, e por isso, se trata de duas pessoas que brincam juntas. Consequentemente, onde o brincar não é possível de ser realizado, o trabalho executado pelo terapeuta é direcionado ao sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado que ele se torna capaz (WINNICOTT, 1975, p. 79).

A brincadeira é extremamente excitante. Compreenda-se que é Excitante não primariamente porque os instintos se acham envolvidos; isso está implícito. A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. E a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. Para ser digno de confiança, o relacionamento é necessariamente motivado pelo amor da mãe, ou pelo seu amor-ódio ou pela sua relação de objeto, não por formações reativas. Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma principal, antes de interpretar fragmentos de conduta.

Por fim, é através do brincar, e provavelmente apenas por ele, que a criança – ou até mesmo o adulto – usufruem da sua liberdade de criação e utilizam a capacidade de resolução de conflitos inconscientes primários.

4.3 O DESENHO

Outra técnica levada em consideração no atendimento de psicoterapia infantil é o desenho. Para Souza (2011) deve-se considerar o desenho, não como “teste”, mas sim como um modo de diálogo com as crianças, no qual é resultado de um trabalho psíquico e que só terá objetivos alcançados se o terapeuta tiver uma postura de escuta. Para ele, o desenho é uma forma de expressar afetos e emoções a partir do que é produzido, estimulando ao terapeuta a entrar em contato com elas, sendo uma forma de linguagem. O psicólogo tem a função de acolher esse código de linguagem e tentar encontrar um sentido, do mesmo jeito que é feito com os sonhos e com os jogos, que chegam ao consultório como enigmas, onde serão decifrados com uma postura de observação.

O desenho da criança pode ser visto como diversas maneiras de expressão, onde conta uma história e é capaz de expressar afeto, pois as crianças desenhavam de forma “livre”. Os seus desenhos são reflexos de vivências cotidianas ligadas às emoções nos âmbitos familiares, escolar, institucional, como por exemplo, dentro da sala de aula (CERQUEIRA, 2012).

Deve-se ter muito cuidado com a interpretação dos desenhos para não tirar conclusões genéricas, deve-se analisar levando em consideração o contexto da criança e também sua subjetividade. E vê-se que assim como o jogo, a brincadeira e a palavra, o desenho é uma forma de comunicação peculiar do público infantil.

5 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

5.1 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO

A clínica tem seu significado, Segundo Doron e Parot (1996), relacionado à atividade clínica do médico, no qual examina a doença para fazer o diagnóstico do doente, para escrever um tratamento. Ou seja, para que houvesse esses procedimentos, o médico faria uso de entrevista e observação. Segundo Moreira et al. (2007, p. 610), esses procedimentos, inicialmente, já nos geram reflexões a cerca do saber médico sobre o “fazer psi”.

Witmer (1986) usou a expressão “Psicologia Clínica” pela primeira vez quando se referiu a procedimentos de avaliação empregados com crianças mentalmente e fisicamente deficientes e Figueiredo (1995) relata que a configuração cultural impôs à Psicologia Clínica um “lugar de escuta dos excluídos, do dejetado, do não-positivo” (TEIXEIRA, 1997, p. 52).

Com o tempo, começou a entender que a psicologia clínica ocupa um lugar determinado pela configuração cultural de uma época, mas isso foi acarretado de uma trajetória de distorções durante sua construção.

A Psicologia nas Clínicas Integradas UNIRN é um serviço oferecido aos alunos, profissionais e à população em geral. É desenvolvido como uma das atividades principais, o acolhimento de pessoas para estarem em processo terapêutico de um ano (podendo continuar no outro ano, com outro estagiário); o Plantão Psicológico, que proporciona às pessoas uma escuta em um momento de emergência, onde o indivíduo possa estar com suas emoções afloradas; e, também, a triagem, que é a escuta da queixa e encaminhamento para o profissional que possa proporcionar melhorias a esse indivíduo.

A estrutura da Clínica, em especial o setor de Psicologia, tem sete salas para atendimento individual, duas salas de ludoterapia, uma sala de supervisão, uma sala de atendimento em grupo. Por ser no primeiro andar, oferece elevador para pessoas que possuem alguma deficiência, ou para gestantes ou idosos. O valor cobrado por sessão é simbólico, isto é, o valor vai de zero até 15 reais, dependendo da situação econômica do paciente, apenas para manutenção da clínica. Neste sentido, a clínica além de ser considerada escola, abrange o seu atendimento à comunidade de forma geral.

As Clínicas Integradas UNIRN é uma unidade alternativa para quem utiliza o sistema público de saúde e por oferecer um atendimento humanizado, tem como atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento. Esta perspectiva é evidenciada durante os cinco anos do curso de Psicologia, muitas vezes, é evidenciado que o psicólogo tem a possibilidade, e deve usufruí-la, de trabalhar em conjunto com outros profissionais com o objetivo de integrar esse indivíduo, como um ser integral e não só como psicológico ou biológico.

No processo de triagem e até mesmo de escuta no processo terapêutico, os estagiários podem encaminhar seus pacientes para os outros serviços da clínica-escola, como: nutrição, educação física, serviço social, enfermagem e fisioterapia, assim como pode, também, estabelecer um vínculo com o profissional dessas áreas, para que ambos consigam promover um bem estar de qualidade para o paciente. Assim como, também, esses profissionais podem encaminhar seus respectivos pacientes para o serviço de acompanhamento psicológico, caso seja necessário.

Em específico, o serviço de psicologia da clínica oferece atendimento à comunidade, de curta e longa duração², com sessões semanais de 50 minutos; plantão psicológico gratuito das 8h as 20h, ambos de segunda à sexta e aplicação de testes. Sua estrutura oferece salas de atendimentos individuais e de ludoterapia, sala de grupos, multiuso e de supervisão, onde os estagiários permanecem. Para a conclusão do curso, os estagiários se disponibilizam a atender no mínimo três e no máximo cinco pacientes e estar presente em seus horários de plantão psicológico.

5.2 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido através de estudos bibliográficos fundamentados na teoria e na prática clínica da abordagem Psicodinâmica. A partir disso, é possível compreender e se aprofundar no contexto histórico dessa teoria para os atendimentos desenvolvidos na Clínica Escola do UNIRN. Lá, foram utilizados conhecimentos da psicoterapia infantil com base nas teorias de Donald D. Winnicott para os atendimentos infantis realizados na sala de ludoterapia, no qual serviu para unir a teoria e a prática em prol da realização deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

² Psicoterapia que pode durar até o final do mês de Novembro.

Foi também realizada uma revisão bibliográfica referente à abordagem psicodinâmica, através do estudo individual da discente, a apresentação de seminário para o grupo de supervisão. Houveram supervisão e também contato mais próximo entre a discente e orientadora Dra Luciana Barbosa, a fim de enriquecer, aprofundar, discutir e aprimorar conhecimentos da abordagem escolhida. As supervisões foram semanais, em dupla, onde foram discutidos os casos clínicos e foram preparadas as propostas de intervenção para melhoria da paciente, de forma ética e de melhor efeito.

Contudo, dentre os atendimentos realizados, optou-se como a proposta final o fundamento o atendimento individual infantil, contemplando uma criança de 12 anos, totalizando uma média de 24 sessões – constando duas devolutivas com a mãe – e cada encontro teve com 50 minutos, onde não houve faltas com ou sem justificativa.

Quanto aos objetivos dos atendimentos foram aperfeiçoar a escuta a partir da abordagem Psicodinâmica para proporcionar maior acolhimento do terapeuta em relação a paciente; elaborar, previamente, e executar planejamentos de acordo com a demanda da paciente e proporcionar intervenções para o tipo de psicoterapia no qual será mais indicada (expressiva ou de apoio); entender o modo de funcionamento do atendimento através da Psicoterapia Breve Infantil; adquirir a postura do terapeuta na clínica; identificar se há indicação ou não para psicoterapia breve; elaborar entrevista inicial com os pais; compreender os estágios de desenvolvimento psicossocial e psicosexual da paciente, para conseguir acolher de forma necessária e poder elaborar intervenções no processo terapêutico e conhecer de maneira mais aprofundada as técnicas lúdicas para a utilização com a paciente, onde é importante observar como o brincar e a arte, em específico o desenho, falam e o quanto a paciente pôde demonstrar; perceber e reelaborar o seu modo de ser e estar no mundo.

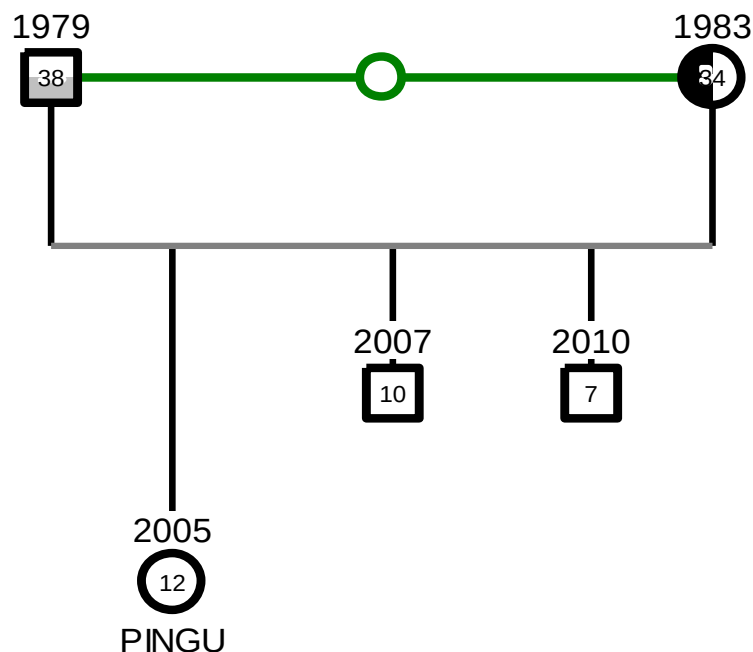
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo de caso refere-se a uma criança que irei de chamar *Pingu*, série de animação voltada ao público infantil. O desenho conta a história de um pinguim que mora com seu pai, sua mãe, sua irmã mais nova, um melhor amigo, entre outros personagens. *Pingu* e sua turma tem um jeito peculiar de comunicação, fato da obtenção de tanto sucesso nos anos 90, mas que repassa toda sua mensagem através da interpretação de ações e comportamento dos personagens.

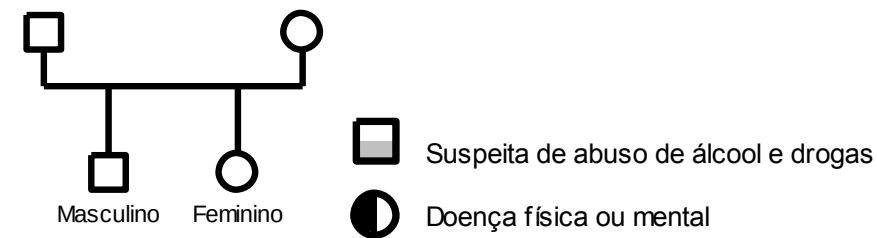
A paciente, *Pingu*, começa o processo psicoterápico em maio de 2017 aos 11 anos de idade. Tem dois irmãos e os pais tem união estável. A mãe de *Pingu* traz como queixa inicial a falta da presença da fala da criança em lugares de sociabilidade, menos em casa. Como membros do contexto familiar da paciente, a mãe traz que teve um acidente vascular cerebral em 2015, o pai é presente, carinhoso e utiliza substâncias psicoativas como o álcool e que ela tem dois irmãos, no qual o mais novo apresenta a mesma dificuldade na fala.

6.1 GENOGRAMA

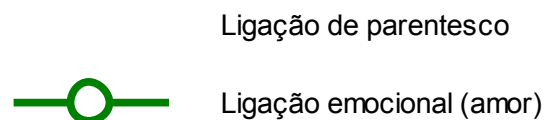
Figura 1 – Genograma *Pingu*



Fonte: Genopro (2016).

Figura 2 – Símbolos do genograma

Fonte: **Genopro (2016)**.

Figura 3 – Relacionamentos familiares

Fonte: **Genopro (2016)**.

6.2 ANAMNESE: **fase inicial**

A anamnese ocorreu apenas com a mãe em uma sessão de 50 minutos. Segundo ela, a sua filha não esboça nenhuma comunicação através da fala com pessoas que estão fora de seu âmbito familiar – pai, mãe e irmãos mais novos. Esse sintoma veio a aparecer à quatro anos (2013), quando *Pingu* tinha sete anos e teve que trocar de escola e, apesar de ter um bom desenvolvimento cognitivo, seu rendimento começou a preocupar os professores, que quiseram chamar o Conselho Tutelar para melhor investigação.

A mãe relatou que seu marido é um pai presente e de bom relacionamento com ela e com os filhos. Teve uma gravidez desejada aos 23 anos, fez todos os exames de pré-natal necessários durante a gestação e enjoou até o segundo mês. *Pingu* tem sono tranquilo e alimenta-se bem.

Aos sete meses de sua gravidez, a mãe de *Pingu* levou um susto ocasionado por uma descarga elétrica na sua casa e diz ser a possível causa da paciente estar com o cordão umbilical enrolado no pescoço antes e durante seu nascimento.

Aos cinco meses de idade, a mãe iniciou o processo de desmame para poder retornar ao emprego. Não usou chupeta, mas chupou o dedo. Começou a falar aos dois anos com dificuldade e aos três os pais conseguiram entender melhor os

balbucios.

A mãe da paciente relatou que ela não tem amigos e que prende a urina. A paciente, segundo sua mãe, é teimosa, tímida e que tem ciúmes do pai. Ela trouxe, também, que *Pingu* viu pessoas de uma facção em frente a sua casa, procurando seu tio paterno no qual foi assassinado pelo envolvimento com drogas. Como já foi dito, em relação à doenças a mãe da paciente relatou que teve um AVC e que sua mãe, avó de *Pingu*, também, já seu marido gosta de beber e fumar, e disse que antes do nascimento dos filhos, tinha um comportamento “mundano”. E relata que em casa, *Pingu* vive normalmente e seu irmão mais novo, vendo seu modo de agir, está repetindo seu comportamento.

6.2.1 Hora do Jogo

Para Aberastury (1982), durante a primeira hora do jogo, denominada por ela anteriormente de hora de jogo diagnóstica, é onde a criança expressa suas fantasias de doença e cura. Esse momento é um recurso que o psicólogo utiliza dentro do psicodiagnóstico com o objetivo de conhecer a realidade da criança que foi levada à consulta e se expressa através da atividade lúdica. O terapeuta deve criar condições para que a criança possa brincar de modo espontâneo a fim de observar, compreender e cooperar com ela (OCAMPO, ARZENO, 2009).

Na primeira sessão com a paciente, *Pingu* brincou do jogo de blocos de “construção”, fazendo uma torre onde a terapeuta supôs o formato do órgão sexual masculino, mas, sem dizer nada, ela guardou e foi até os jogos de tabuleiro pegar o quebra-cabeça. Mostrou-se muito tranquila e apesar de muitas peças, concluiu a montagem.

Pingu também brincou de “cai-não-cai” e começou a interagir minimamente. Falou apenas sobre o bullying que sofria no colégio por não gostar, nem querer falar.

O bullying pode ter consequências a curto e a longo prazo que dependem da frequência e intensidade do assédio, bem como das características da vítima, variando em relação ao impacto sobre diversas esferas da vida dos indivíduos (ALBUQUERQUE; WILLIAMS; D’AFFONSECA, 2013, p. 93).

O bullying é um tipo de violência recorrente no ambiente escolar. Normalmente, a vítima costuma ter algum traço passivo e destoante do resto dos

alunos e o agressor atinge o colega com humilhações e depreciações (MIRANDA; MAURIZ, 2012).

Após guardar o jogo, foi brincar de dardos e ao errar bastante, perdeu a vontade. Foi perceptível a dificuldade de lidar com a frustração.

6.2.2 Teste Projetivo *Home, Tree, Person* – H.T.P

Foi preparado para *Pingu* a execução do teste H.T.P. Esse teste projetivo, para Rosa (2011) é indicado para sujeitos acima de oito anos de idade, as crianças tendem a aceitar melhor o uso desse teste por ser uma tarefa encantadora através do desenho e é frequentemente usado e adequado quando não há comunicação verbal de conflitos .

Em geral,

O H.T.P foi planejado para incluir, no mínimo, duas fases. A primeira é não-verbal, criativa e quase completamente não estruturada. Ela consiste em convidar o indivíduo a fazer um desenho à mão livre acromático, de uma casa, uma árvore e de uma pessoa. Um desenho adicional de uma pessoa do sexo oposto à que foi primeiramente desenhada pode ser solicitado. A segunda fase, um inquérito posterior ao desenho bem estruturado, envolve fazer uma série de perguntas relativa às associações do indivíduo sobre aspectos de cada desenho (BUCK, 2003, p. 1).

A paciente resistiu fazer, a responder perguntas específicas, suas respostas eram curtas com “sim” e “não” e passou maior parte dos 50 minutos calada. O resultado do teste revelou à baixa tolerância a frustração, dependência materna, fuga do contato, desconfiança, dificuldade de expressão dos impulsos agressivos, rigidez, isolamento, características obsessivas compulsivas, além de insegurança, instabilidade e falta de apoio.

O resultado do trauma, encontrado no miolo da árvore deu aproximadamente a idade no qual a paciente começou a apresentar o sintoma, ou seja, no mesmo ano de 2013. Com isso, entrou na hipótese diagnóstica de Mutismo Seletivo, baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e Código Internacional de Doenças (CID-10).

6.2.3 Queixas manifestas

Na entrevista inicial com a mãe, ficou perceptível uma conduta equilibrada em casa e diferenciada em novos âmbitos sociais da paciente. *Pingu* durante as primeiras sessões demonstra desconfiança em relação à psicoterapeuta e, em relação ao seu sintoma, relata o não desejo de comunicar-se. Traz à tona a dificuldade de expressar seus sentimentos, sejam eles bons ou ruins, e foca bastante na não aceitação de sua família diante suas características, evidenciando sua insegurança.

Pingu também se refere à igreja, pois sua mãe é evangélica e elabora uma metáfora de grande propósito para o processo terapêutico, apesar de não ter entrado afundo no assunto: “na igreja da minha mãe, eles dão uma rosa pra levar pra casa e quando as pétalas da rosa caem, tá tudo bem na casa, mas quando a rosa murcha, tem algo de errado... Lá em casa, a rosa sempre murcha”.

Na primeira devolutiva, a mãe deu respostas vazias em relação à filha e suas relações interpessoais, evidenciou várias vezes que pede para *Pingu* não falar sobre alguns assuntos e debochou sobre o gosto da filha, se mostrando castradora e sem a concepção de que *Pingu* é apenas uma criança. Ainda em sua fala, a mãe relata a necessidade de que seu filho caçula também entre em terapia para desenvolver a fala inexistente.

6.2.4 Queixas latentes

Ao contrário do que a mãe, a criança trouxe o pai, relatado pela paciente, não é carinhoso e nem de boa relação com a mesma. Relatou várias vezes situações de agressão de cipó tanto a ela quanto ao irmão mais novo – no qual apresenta mesma dificuldade na fala. *Pingu* começa a confiar na psicoterapeuta e expressar suas emoções através do assunto paterno, no qual relata ter sentimentos como raiva, angústia e nojo. Também foi perceptível o comportamento controlado, castrado e reprimido de *Pingu*, não havendo nenhuma espontaneidade e desorganização na sala.

Nas sessões, foi percebido que a paciente consegue elaborar sentimentos e coloca seu pai numa posição de ódio e nojo. Em relação à isso, o processo se tornou mais investigativo pois o fato de *Pingu* não gostar de contato físico, junto com

o primeiro jogo na “hora do jogo”, a idade do trauma do H.T.P e o ódio à sua figura paterna faz a psicoterapeuta cogitar a possibilidade de uma violência física; e/ou psicológica; e/ou sexual por parte dopai para com *Pingu* e/ou com seu irmão mais novo.

A paciente passou a se mostrar disponível ao diálogo com a terapeuta não só através do desenho, mas também do contato visual que anteriormente não havia.

6.3 ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES: fase intermediária

Foi através da pintura que *Pingu* começou a expressar mais ainda suas emoções. Na caixa lúdica de pintura da qual foi preparada para paciente continha pincéis, tinta, coleção de madeira e de cera e alguns desenhos dos personagens do filme “Divertida Mente” – Felicidade, Tristeza, Raiva, Nojinho e Medo – para pintar. A paciente começou customizando a caixa e disse que a paisagem era um “nascer do sol”, interpretado como uma nova possibilidade de reviver e reorganizar seus conflitos.

A intervenção da caixa foi exercitar a elaboração e externalização de sentimentos da paciente para que ela obtivesse um lugar no qual pudesse confiar para mostrar esse lado mais falante e sensível. O primeiro desenho no qual a paciente deu para a psicoterapeuta pintar foi a Tristeza, enquanto a mesma pintava a Raiva e relatava sobre seu pai. Esse momento foi interpretado como um momento no qual *Pingu* deu para a psicoterapeuta a oportunidade de entender, cuidar e investigar sua tristeza e ainda sim expressar seus sentimentos em relação ao pai.

O irmão mais novo de *Pingu*, com 7 anos, começou o processo terapêutico também nas Clínicas Integradas UNIRN com uma colega cuja abordagem é a Teoria Cognitiva-comportamental. Com ela firmou-se uma parceria para melhor investigação e bem estar dos pacientes irmãos e para isso algumas informações foram trocadas em sigilo.

A segunda devolutiva foi em dupla com a psicoterapeuta que atende o irmão mais novo da paciente. A mãe trouxe como ponto principal unicamente a não melhora no desenvolvimento escolar de *Pingu*, porém, mais à diante em relação às punições questionadas pela colega, relatou violência vinda do seu marido, que recusou conversar conosco, para com as crianças. Também evidenciou que, há quatro anos, morava num quarto com ele e os filhos e que após uma pergunta em

relação ao relacionamento íntimo deles, afirmou ter relações sexuais com o marido enquanto as crianças dormiam, mas logo em seguida entrou em contradição, dizendo que a paciente dormia em outro quarto.

Pingu, nas sessões, relatou sentir nojo e raiva de contatos corporais, como carinho, abraço e beijo. Porém, nessa segunda devolutiva a mãe relata que a sua filha é carinhosa, abraça o pai e gosta de receber beijo dele, entrando em contradição e demonstrando nervosismo ao ser evidenciado tal característica da paciente – inclusive confirmado por ela – e o que foi dito anteriormente em relação aos contatos físicos com o pai.

Foi notado pela psicoterapeuta que a mãe demonstrou medo e insegurança ao relatar o termo “violência”, “espancar” e quando entrou em minuciosas contradições nos fazendo pensar em questões relacionadas à violência doméstica direcionada tanto às crianças quanto à própria.

Como foi dito anteriormente, para que a parceria com a psicoterapeuta que atende o irmão de *Pingu* obtivesse êxito para um melhor entendimento da dinâmica familiar, dos sintomas e das singularidades de cada um, existiu uma troca de informações de modo ético e sigiloso, onde foi percebido que há uma concordância entre a fase desenvolvimento maturacional – entre três a quatro anos de idade – que o irmão de *Pingu* está com o mesmo ano no qual a paciente parou de falar.

6.4 DISCUSSÕES E RELAÇÃO COM A TEORIA: **fase final**

A partir das informações anteriores, vê-se a possibilidade da ocorrência de algum evento traumático, confirmado no teste H.T.P, ainda em descoberta, ou adoecimento da relação entre pais e filha, ocasionando o sintoma. Segundo o DSM-V (AMERICAN..., 2014), o mutismo seletivo é caracterizado pela dificuldade consistente em falar em situações sociais que exija tal ato, como por exemplo, na escola, mesmo que o indivíduo fale em outras situações no qual deem segurança e conforto, como em casa.

Existem três pilares no qual o mutismo pode ser encontrado: herança genética, traços de personalidade e interações familiares, no qual esse último merece evidência por se referir à relação simbiótica, dependente, controladora de uma mãe passiva e deprimida em relação ao filho (PEIXOTO; CAMPOS, 2014).

A paciente se mostrou resistente à comunicar-se através da fala até o

ambiente terapêutico ter se tornado um lugar seguro e confortável e que por meio da pintura foi possível abstrair o nervosismo e ansiedade sentido pela mesma. O desenho é um instrumento para a promoção e qualidade de vida, ou seja, ampliando o conceito de qualidade de vida, utilizar a arte para proporcionar conforto promoveu um ambiente seguro para que a paciente pudesse se expressar, falando suas angustias e sentimentos enquanto pintava e na própria pintura, existindo melhor entendimento e acolhimento diante sua singularidade por parte da terapeuta.

Nas devolutivas com a mãe percebe-se que ela é uma pessoa de estrutura egóica frágil e passiva, além do pai ser autoritário, agressivo, castrador e ausente. Foi percebido que os prejuízos escolares também são características do mutismo seletivo e que os professores têm dificuldade de entender como é o modo de funcionamento de *Pingu*.

Os psicoterapeutas infantis reconhecem que a família possui extrema importância no desenvolvimento da criança (OSTI; SEI, 2016), ou seja, a presença do pai e da mãe é essencial no processo psicoterápico. Mas, quando ocorre o caso do pai de *Pingu* que recusou a conversa com a psicoterapeuta, torna, muitas vezes, o andamento da psicoterapia demorado, apesar de confirmar a posição de desamor que *Pingu* o coloca.

Ao que se refere ao processo psicoterápico de *Pingu*, se deu de maneira gradativa, minuciosa, porém relevante. A psicóloga deparou como maior obstáculo a entrada ao universo da criança devido à restrições comunicativas, o que demandou maiores esforços bibliográficos e criativos.

Ainda que encontradas dificuldades, em meio de intervenções estudadas e analisadas, apenas pela arteterapia foi propiciado um lugar de expressão confortável para a paciente, se fazendo necessário maior acolhimento, investigação e compreensão que possa dar continuidade ao processo terapêutico.

Ressaltando que, independente da hipótese diagnóstica contemplada e das pequenas expressões da paciente descritas acima, não há empecilhos para a continuação da psicoterapia.

6.5 PERCEPÇÕES DA TERAPEUTA

Durante os atendimentos de *Pingu* e as devolutivas, foram percebido que a paciente tornou-se menos resistente ao contato, tanto através do desenho quanto

pela fala com a terapeuta e que a aliança terapêutica e a transferência surgiram e se fortaleceram a partir da caixa da pintura.

Observou-se que a mãe de *Pingu* permaneceu resistente à divulgar informações mais detalhadas e mostrou-se contraditória na maior parte do tempo em seu discurso. Percebeu-se que nas sessões com a paciente, ela se refere pouco sobre a mãe.

Em relação ao pai, no discurso artístico e falado de *Pingu* e na fala de sua mãe, percebe-se uma relação conturbada e insegura entre eles como também a indisponibilidade dele para o contato com o tratamento dos filhos. Esse pai se mostrou agressivo e autoritário. No âmbito familiar, tem uma figura de aproximação apenas com o filho do meio, no qual não era trazido como conteúdo pra sessão nem como assunto importante da mãe, o tornando como irmão “invisível” de *Pingu*.

Percebe-se na família que há, também, um déficit de comunicação verbal e afetiva referindo-se a um jeito excêntrico de convívio, correlacionando com algumas características do desenho que foi utilizado para denominar o paciente, como por exemplo, a ausência do irmão do meio e o idioma utilizado por *Pingu* e sua turma, ao mesmo tempo de fácil entendimento de quem observa e assiste o desenho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O estágio nas Clínicas Integradas UNIRN foi de grande relevância para o futuro profissional da terapeuta, que a partir das experiências, foi criando uma grande aproximação com o público infantil, sendo área de foco em relação à novos estudos e obstáculos.

Durante o início, foi muito difícil conseguir adaptar-se a dinâmica da clínica infantil junto com as interpretações lúdicas. Além de que foi desconstruída pela psicóloga, a necessidade e obrigatoriedade da fala no processo psicoterápico.

A abordagem Psicodinâmica é atual e demandam ainda muitos estudos Seu estudo foi de grande relevância pela terapeuta, pois através dela, foi possível reconhecer e integrar mais ainda o sujeito e suas crises, desde e principalmente em sua infância, utilizando a técnica Psicoterapia Breve Infantil e estabelecendo foco do tratamento.

Apesar da escassez de estudos da Psicodinâmica referente ao uso de técnicas do desenho, torna-se necessário para a psicóloga aprofundar ligações teóricas mais consistentes para que seja mais uma técnica facilitadora para a comunicação das crianças com mutismo seletivo ou que apresentem comportamento mais retraído.

Por fim, é recomendado que a mãe de *Pingu* esteja aberta para continuar o processo psicoterápico de sua filha.

REFERÊNCIAS

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

ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque; D'AFFONSECA, Sabrina Mazo. Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 29, n. 1, p. 91-98, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000100011>>. Acesso em: 15 out. 2017

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASEGGIO, Denice Bortolin. Psicossomática na Infância: uma abordagem psicodinâmica. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 629-639, dez. 2012. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/230>>. Acesso em: 6 ago. 2017.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BOWLBY, John. **Apego e Perda, v. 3**: perda: tristeza e depressão. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

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

CAMBAÚVA, Lenita Gama; SILVA, Lucia Cecília da; FERREIRA, Walterlice. Reflexões sobre o estudo da História da Psicologia. **Estud. psicol.**, Natal, v. 3, n. 2, p. 207-227, . 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200003>>. Acesso: 20 out. 2017.

CAMPOS, Luciana. **Mutismo Seletivo**: entenda o que é e como tratar. 2014. Disponível em: <http://www.lucianacampos.psc.br/novo/index.php?option=com_content&view=article&id=91:mutismo-seletivo-entenda-o-que-e-e-como-tratar&catid=2:features&Itemid=267&lang=en>. Acesso em: 22 out. 2017.

CARLONI, Paola Regina. **A história e a constituição da Psicanálise**: introdução aos principais conceitos freudianos para entender a subjetividade humana. RENEFARA, [S.l.], v. 1, n. 1, ago. 2011. ISSN 2236-8779. Disponível em: <<http://www.fara.edu.br/sipe/index.php/renefara/article/view/27>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CERQUEIRA, Luana Chaves de. **Manifestações do (in)consciente infantil, através do desenho e história de vida, no contexto escolar: uma possível interpretação psicanalítica**. 2012. 103 f. Monografia (Pedagogia) – Universidade de Brasília. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5019/1/2012_LuanaChavesdeCerqueira.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

CORDEIRO, Everton Fernandes. O INCONSCIENTE EM SIGMUND FREUD. **Psicologia.pt**, Minas Gerais, v. , n. , p.1-9, Não é um mês valido! 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0745.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

DORON, R.; PAROT, F. (orgs.) **Psicologia Clínica**: Dicionário de Psicologia. Vol. I. São Paulo: Ática, 1998

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Aspectos Históricos da Psicanálise Pós-Freudiana. **História da Psicologia**: Rumos e Percursos, Rio de Janeiro, v. 1, p. 387-412, 2006.

FRANCO, Sérgio de Gouvêa. O brincar e a experiência analítica. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 45-59, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100003>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 124p.

FREUD, Sigmund. **Obras completas, v. 6**: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016 .

GERBERA, Angela Cristina. **Como interpretar na psicoterapia breve psicodinâmica**. São Paulo: Vetor, 2003.

GenoPro (2016). GenoPro Help Center. Disponível em: <http://www.genopro.com/>

HEGENBERG, Mauro. **Psicoterapia breve**. 5. ed. São Paulo: Casapsi, 2010.

HOMEM, Catarina. A ludoterapia e a importância do brincar: Reflexões de uma educadora de infância. **Cadernos de Educação de Infância**, n. 88, p. 21-24, 2009. Disponível em: <http://apei.pt/upload/ficheiros/edicoes/CEI_88_Artigo2.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

LANDRETH, Garry L. **Play Therapy: the art of the relationship**. 2. ed. Nova Iorque: Brunner-Routledge, 2002.

MARTÃO, Maria Izilda Soares. **O ser interior na psicanálise**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 336-338, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2017.

MIRANDA, Alex Barbosa; MAURIZ, Naila Luíza. **As consequências psicossociais do bullying no rendimento escolar**. 2012. Disponível: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-escolar/as-consequencias-psicossociais-do-bullying-no-rendimento-escolar> Acesso: 27 out 2017.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta de Carvalho e NEVES, Edwirges de Oliveira. **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde**. *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. 2007, vol. 27, n. 4, pp. 608-621. ISSN 1414-9893.

OCAMPO, Maria Luisa Siqueira de; ARZENO, Maria Esher García. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

OLIVEIRA, Irani Tomiatto. **O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento**. 2006. 222 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, Irani Tomiatto. Psicoterapia Psicodinâmica Breve: dos precursores aos modelos atuais. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 1, p. 9-19, 1999. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_1_-_Numero_2/art02.PDF>. Acesso em: 20 abr. 2017.

OSTI, Natalia Monti Di; SEI, Maíra Bonafé. A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico. **Temas psicol.**, v. 24, n. 1, p. 145-157, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-10>>. Acesso em: 20 out 2017.

PEIXOTO, Ana Claudia. Habilidades sociais e educação: O desafio do mutismo seletivo em sala de aula. **Edu.Tec.:** Revista científica digital da FAETEC, Rio de

Janeiro, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://faeterj-caxias.net/revista/index.php/edutec/article/view/219/226>>. Acesso em: 20 out. 2017.

ROSA, Simoni da. **Qual a importância de um teste projetivo como o H.T.P:** para auxiliar na avaliação psicológica em crianças com dificuldade de aprendizagem. Santa Catarina, 2011. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Artigo-Simone-da-Rosa.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.

SILVIA, Elizabete Bianca. Mecanismos de defesa do ego. **Psicologia.pt**, Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0212.pdf>>. Acesso: 25 mar 2017.

SOUZA, Audrey. O desenho como instrumento diagnóstico: reflexões a partir da psicanálise. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 61, n. 135, p. 207-215, jul. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 27 out. 2017.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. **Repensando a psicologia clínica**. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 1997, n.12-13, pp.51-62. <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/n12-13/05.pdf>> Acesso em: 03 abr. 2017.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro. Imago,1975.

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Eu _____, nacionalidade
_____, estado civil _____, profissão
_____, e-mail _____ curso de
_____, matrícula _____, residente na
Rua _____, nº _____
Bairro, _____ Cep: _____ portador do RG n.º
_____ – _____, inscrito no CPF sob o n.º _____ na qualidade de
titular dos direitos morais e patrimoniais de autor da obra sob o título

_____, apresentado no UNI RN, em ____/____/____ com base no
disposto na Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Sob a orientação da
Professor(a) XXXXXXXXXX, e-mail XXX, CPF sob o nº XXXXXXXX.

1. () AUTORIZO o Curso de Psicologia UNI RN, a publicar meu TCC em formato de artigo fazendo referência aos direitos autorais em publicações internas do curso ou periódicos a que meu orientador de ensino possa submeter.
2. () NÃO AUTORIZO o Curso de Psicologia UNI RN, a publicar meu TCC em formato de artigo fazendo referência aos direitos autorais em publicações internas do curso ou periódicos a que meu orientador de ensino possa submeter.

Natal/RN, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do aluno/autor

Orientador (a)