



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

Agressividade e Depressão na Infância

Estudo de caso empírico de um acompanhamento psicoterapêutico de um menino de sete anos.

Mário Teles da Nave

Orientador do Seminário de Tese:

Prof. Doutor Nuno Torres

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Nuno Torres

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Nuno Torres apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Resumo

Este é um estudo de caso empírico de um acompanhamento psicoterapêutico de um menino de sete anos de idade. Esta criança no decorrer da sua infância, vêm demonstrando sinais alarmantes a nível comportamental, como agressividade dirigida aos pais e irmão, queixas relativas a algum isolamento social. Com estas queixas dei início ao processo terapêutico com uma periodicidade semanal. Como monitorização da psicopatologia, utilizei a bateria de testes ASEBA, que foi passada em quatro momentos distintos aos pais e à professora primária, permitindo assim completar o material por mim recolhido, como notas pessoais das consultas e ainda desenhos de cariz livre.

A conclusão deste trabalho, é que ao fim destes dez meses de terapia, os níveis de depressão e também os de agressividade estão muito melhores, o que levou a que a criança tenha tido desenvolvimentos positivos tanto ao nível das relações familiares como sociais. Como não houve nenhuma alteração significativa no quotidiano da criança, nem dos que a rodeiam, pode-se concluir que estas alterações derivam do processo terapêutico pelo qual passou.

Palavras-Chave: Estudo de Caso, Bateria de Teste ASEBA, Agressividade

Abstract

This is an empirical case study of a psychotherapeutic a boy of seven years old. This child during his childhood, have shown alarming signs of behavioral, such as aggression directed at parents and brother, complaints about some social isolation. With these complaints I started the therapeutic process on a weekly basis. As monitoring of psychopathology, I used the battery of tests ASEBA, which was passed in four different moments to parents and the school teacher, thus completing the material I collected, as personal notes of consultations and even drawings of nature free.

The conclusion of this work is that the end of ten months of therapy, levels of depression and aggression are also much better, which meant that the child has had both positive developments in terms of social and family relationships. As there was no significant change in the child's daily life, or of those around her, it can be concluded that these changes stem from the therapeutic process by which spent.

Key-Words: Case Study, BatteryTestASEBA, Aggressiveness

Agradecimentos

Aos meus pais que estiveram sempre presentes ao longo deste trajeto e que acreditaram sempre em mim, sem eles não teria sido possível.

Aos meus amigos, que me apoiaram e souberam dar valor ao que era importante para mim, e lutaram comigo.

Aos meus colegas do Seminário de Estágio, por comigo pensarem, e refletirem, abrirem horizontes, e me presentear com o trabalho deles.

Ao meu orientador Prof. Doutor Nuno Torres, que me mostrou o caminho da investigação, e da importância da mesma nos dias de hoje, e também pelo facto de estar inteiramente disponível, e confiante nas minhas capacidades.

À minha orientadora do Seminário de Estágio Prof. Doutora Antónia Carreiras, sem a qual seria impossível chegar onde cheguei, e pela maneira como me deu a conhecer as pessoas, como trabalhar, e como errar pode ser um processo de mudança, porque quem não erra é porque não faz.

Ao meu orientador no local de estágio Mestre Filipe Madeira, que me fez abraçar a Psicologia como nunca o tinha feito, mostrando-me com fazer, como ver, e como realizar, e ainda o tempo que disponibilizou no decorrer da terapia com este paciente.

E ao meu paciente, que me deu tudo dele, mesmo em sofrimento fez-me aprender, percebe-lo e deu-se a conhecer para que com isso pudesse-mos chegar até onde chegamos.

Índice

I-Introdução	8
II-Introdução Teórica.....	10
2.1- Fases do desenvolvimento Psico-afectivo e Psico-sexual de Freud.....	10
2.2- A Teoria das Relações de Objetos de Klein.....	17
2.3- Passagem da Posição Esquizoparanóide para a Depressiva.....	18
2.4- Posição Esquizoparanóide.....	21
2.5- Depressão na criança.....	26
2.6- Depressão, Agressividade e Ódio.....	30
2.7- O Quadro de Sintomatologia Psicopatológica da Depressão na Criança.....	34
2.8- A Depressão Infantil Mascarada.....	36
2.9- O Diagnóstico da Psicopatologia Infantil.....	37
III- Metodologia.....	40
3.1- Instrumentos.....	42
3.2- Procedimento.....	43
IV- Resultados.....	45
4.1- Monitorização da Sintomatologia com a Bateria ASEBA.....	45
4.2- Desenhos Livres no Decorrer da Terapia.....	46
4.3- Evolução dos Questionários.....	55
V- Conclusão.....	59

VI- Referencias Bibliograficas.....	61
VII- Anexos.....	64
Anexo I.....	65
Anexo II.....	74
Anexo III.....	80

Lista de Tabelas

Tabela 1. Cronograma do procedimento de recolha de dados.....	44
Tabela 2- Comparação de valores dos questionários dos pais na taxonomia Ansioso/Deprimido ao longo das quatro aplicações	55
Tabela 3- Comparação de valores dos questionários dos pais na taxonomia Comportamento Agressivo ao longo das quatro aplicações	56
Tabela 4- Comparação de valores dos questionários dos pais na taxonomia Internalização ao longo das quatro aplicações	56
Tabela 5- Comparação de valores dos questionários dos pais na taxonomia Externalização ao longo das quatro aplicações.....	57
Tabela 6- Comparação de valores dos questionários dos pais na taxonomia Problemas Totais ao longo das quatro aplicações.....	58

I -Introdução

Definição do tema

Nesta Dissertação de Mestrado realizei um estudo de caso empírico sobre uma criança que acompanhei de Setembro de 2011 a Julho de 2012, e que apareceu com um pedido de ajuda por parte dos pais, devido ao excesso de agressividade, juntamente com o isolamento social e mau aproveitamento escolar. Sendo assim, o tema da minha Dissertação de Mestrado será a agressividade infantil, associada a uma patologia depressiva. O objetivo deste trabalho é tentar perceber se há alterações destes traços personalísticos tanto ao nível dos sintomas mensuráveis como dos objetos internos expressos no desenho no decorrer da terapia, através da metodologia de estudo de caso. A metodologia de estudo de caso desta dissertação seguiu as linhas orientadoras de Midgey (2006), e que tentam responder aos problemas de validade científica dos estudos de caso usualmente feitos em psicoterapia os quais usam apenas notas das sessões feitas pelo terapeuta de forma não sistemática.

Informação sobre a recolha de dados

Os dados referentes a este estudo de caso dividem-se em três metodologias: 1-notas pessoal das sessões, 2-desenhos feito pela criança e 3- recolha repetida no tempo de questionários de sintomatologia psicopatológica junto dos pais e da professora da referida criança.

A primeira parte da recolha de dados são os meus relatos das consultas, sendo que todas as consultas estão escritas em discurso direto de forma a ter uma maior noção dos acontecimentos, e porque o seguimento concreto de uma consulta nas crianças é muito importante, tendo um fio condutor que nos faz perceber algumas questões e reações.

No que concerne á metodologia de recolha de desenhos, estes foram realizados sempre no consultório, e quase sempre de temática livre, sendo que Decobert (1993) afirma que “o que a criança desenha vai comunicar o seu mal-estar, a sua angústia ou o seu modo de defesa contra esta, um apelo à ajuda (...)”. Sendo assim, os desenhos são considerados como um elemento fundamental de acesso ao inconsciente.

Por fim, os questionários aos pais foram aplicados no início da terapia com a criança, a fim de perceber como a criança se encontrava naquele momento, sendo que esta recolha de dados foi efetuada uma consulta marcada para o efeito. Relativamente ao questionário para a professora, foi passado numa entrevista marcada com a professora em que estive a conversar um pouco com ela e na qual ajudei a preencher o questionário. É importante referir que a aplicação dos questionários foi efetuada de três em três meses durante um ano, para podermos verificar a evolução do caso pelas fontes independentes, neste caso pais e professora.

Participante

De nome fictício *Gil*, trata-se de um rapaz de sete anos que me é enviado pelos serviços sociais da Santa Casa da Misericórdia de Santarém. O que me é passado pelo serviço eram queixas de muita agressividade para com o irmão, fazia muitas birras, mas especialmente à noite, e os pais notavam um afastamento emocional de todos os elementos familiares, exceptuando a avó, portanto era um menino bastante retraído e triste como descreveu a mãe. As primeiras consultas com o Gil foram de alguma “luta”, tendo em conta que estava emocionalmente bloqueado, a sensação que dava é que ele não queria conhecer mais ninguém porque assim poderia sofrer.

Estas consultas também surgem no momento em que os pais do Gil estavam em processo de divórcio, e portanto isso seria mais um momento complicado para o Gil, que tinha boa relação com o pai. Os pais estavam bastante preocupados porque o Gil apresentava um comportamento desviante, no sentido em que ele foi encontrado a falar com uma fotografia de um avô que estava morto, e porque os resultados escolares eram péssimos e a relação de pares quase inexistente.

Começou então o acompanhamento do Gil, a 18/10/2011 com uma periodicidade semanal. Numa abordagem inicial, e apesar da queixa de agressividade, pareceu-me existir também, e a um nível mais profundo um funcionamento depressivo.

II- Revisão de Literatura

Seguidamente, irei rever conceitos que foram relevantes para entender a problemática do caso: como o das fases de desenvolvimento psico-afetivas, ou psico-sexuais de Freud, irei também abordar a temática da posição esquizoparanóide e depressiva de Klein, e finalmente uma abordagem da depressão infantil à luz da perspectiva de Coimbra de Matos.

Fases de desenvolvimento psico-afectivo ou psico-sexual de Freud

As fases de desenvolvimento psico-afectivo vieram elucidar-nos com uma descrição cronológica do desenvolvimento afetivo, sem nunca esquecer as suas inter-relações com o desenvolvimento intelectual. Para revisão de literatura, e tendo em conta que existe uma multiplicidade enorme de fontes e interpretações da teoria Freudiana, para efeitos de consistência utilizei como material principal de base o Dicionário Internacional de Psicanálise de Mijolla&Mijolla-Mellor (2002).

Irei agora abordar resumidamente cada uma das fases pré-genitais, sendo que estas precedem o complexo de Édipo, sendo estas a fase oral, a fase anal, e a fase fálica.

A passagem de uma fase para outra é progressiva, “dito de outra forma, nenhuma fase é pura e simplesmente ultrapassada, senão que se assiste a uma sucessão de temáticas prevaletentes sustentadas por uma zona erógena determinada, uma escolha de objeto e um nível de relação objectal específicos.”(Mijolla&Mijolla-Mellor, 2002, p. 349).

A fase oral que se situa no primeiro ano de vida, a zona erógena primordial ou a fonte pulsional, e a zona da boca, as vias aerodigestivas que incluem o estômago e pulmões, órgãos da fonação responsáveis pela fala, ou emissões de sons, todos os órgãos sensoriais, prevalecendo a importância dada à visão e ao toque. Esta fase trata-se de fazer passar para o interior de si elementos do ambiente externo, quer seja alimentação ou informações sensitivo-sensoriais. O objeto pulsional é o seio, ou seu substituto, e nesta fase a função alimentar é o melhor mediador para a relação simbiótica mãe-criança. Rapidamente a criança percebe que a excitação bucolingual dá prazer em si só, como por exemplo chuchar dos lábios ou do polegar. Nesta fase o alvo pulsional é duplo, tendo por um lado um prazer auto-erótico por estimulação da zona erógena oral, por outro lado por um desejo de incorporação dos objetos. Quando a criança deglute o objeto, esta sente-se unida a este, e estas incorporações primitivas irão fornecer um modelo das identificações e introjeções que virão posteriormente. Abraham (1978, cit in Mijolla&Mijolla-Mellor, 2002, p.351), dividiu esta fase em duas subfases, sendo

estas a fase oral primitiva e a fase oral tardia. A primeira abrange os primeiros seis meses de vida da criança e é uma fase de absorção passiva, em que o seio ainda não é visto como bom ou mau, gratificante ou frustrante, esta será a verdadeira fase oral de Freud. No que concerne à fase oral tardia, esta está presente no segundo semestre de vida, em que se exteriorizam as pulsões canibalescas, a sucção completa-se com a mordedura, que está intimamente ligada ao aparecimento dos primeiros dentes. Surge então a ambivalência, tendo em conta que a incorporação se tornou destrutiva. O desmame representa o conflito relacional específico desta fase, é uma crise que está ligada ao facto de a criança deixar de ser amamentada. Nesta altura tem de haver uma compensação por parte da mãe, no que diz respeito à sua função de *holding* poderá ser pelo tocar, pelo olhar, ou pela palavra. Se o desmame for tardio durante a fase sádica oral, a criança vai interpretar que é uma consequência das suas pulsões, como punição. Se ao contrário o desmame for precoce, ou seja, antes que o investimento libidinal se tenha dirigido para outro objeto, a criança corre o risco de se fixar numa relação de tipo oral passivo.

A origem da relação objetal inicia-se claramente nesta fase. Lebovici (1977 cit in Mijolla&Mijolla-Mellor,2002, p.352), afirma que as inter-relações precoces fornecem com efeito a pré-forma das relações objetais futuras. Nestas primeiras relações de objeto, estas são parcelares, a criança confronta-se com objetos parciais e mal localizados no espaço. A criança ainda não tem uma consciência bem definida do dentro e do fora, do eu e do não eu. Aquando da relação da criança com estes objetos parciais, existem duas hipóteses ou esta remete para um auto erotismo primário, que demonstra a masturbação primária, na qual a manipulação das zonas erógenas é meramente uma questão de exploração táctil, ou uma relação do tipo anaclítica, em que a criança está cem por cento dependente da mãe, que nessa altura assume um papel de objeto funcional. Paulatinamente a criança toma consciência dos objetos exteriores, e consegue diferenciar os objetos familiares/amados, de objetos insólitos/ameaçadores, e quando existe a experiência de falta, esta percebe que a tensão nasce nela própria, e que a satisfação chega de fora.

Sendo assim (cit. in Mijolla& Mijolla-Mellor,2002, p. 352) “ para Freud, o objeto nasce na ausência, se não no ódio, o que contribui para a instauração da ambivalência a partir do sexto mês, e depois para a estruturação da angústia perante o estranho por volta do oitavo mês.”

A fase anal, esta fase engloba o segundo ano de vida, e está intimamente ligada ao controle ou ao domínio/pulsão de domínio. O prazer anal é centrado na excreção de fezes, já existia anteriormente, a partir de agora vai entrar em conflito. A fonte pulsional, ou a zona erógena é toda a mucosa digestiva para lá do estômago, sendo que não é um investimento puramente orifical, mas vai estender-se até ao aparelho muscular no seu todo. Esta é uma fase com uma grande dualidade, tanto se quer conservar objetos que foram para dentro de si, como expulsa-los após a sua destruição. É de salientar que nesta fase o objeto pulsional é complexo, pois não o podemos reduzir somente ao bolo fecal, pois tanto a mãe como o meio envolvente em geral funcionam como objeto parcial a dominar e a manipular. Neste caso o alvo pulsional é duplo, sendo que por um lado há um prazer auto-erótico por estimulação da zona erógena anal com as fezes, e por outro uma pressão relacional sobre objetos e pessoas, e a criança considera que as suas fezes como uma parte de si mesma, em que pode querer expulsar ou reter, transformando isto numa moeda de troca entre ela e o adulto.

É de salientar a divisão da fase anal feita por Abraham(1978, cit in Mijolla&Mijolla-Mellor, 2002, p.353), que a divide na fase sádica anal expulsiva, que abrange o terceiro semestre de vida, em que está presente um auto-erotismo narcísico, mas com uma dimensão sádica, porque a expulsão repentina do objeto destruído, passa a ser um desafio relativamente ao adulto, e ainda a fase masochista anal retentiva, que abrange o quarto semestre de vida, nesta fase há uma pesquisa do prazer passivo que remete para a retenção das matérias fecais, prazer de onde pode advir algum sadismo, tendo em conta que a criança guarda em si aquilo que o adulto considera um presente. Esta fase torna-se então numa fase de ambivalência exacerbada, tendo em conta que o objeto fecal pode ser conservado ou expulso, dando origem a prazeres diferentes, e porque pode também ser encarado como bom ou mau objeto. É nesta fase que a criança vai consolidar os limites entre o interior e o exterior, o Eu e o não Eu, e que vai ter algum prazer na manipulação da relação com objetos exteriores.

Desta maneira, a educação esfínteriana não deve ser nem muito precoce nem muito rígida, para que a criança possa experimentar algum poder sobre o outro, e de não se identificar com um superego muito tirânico, seja qual for a educação esfínteriana, a higiene esfínteriana anal não pode ser adquirida a não ser por uma boa integração da fase anal retentiva. A relação de objeto, para além da ambivalência que já referi, vai conseguir estabelecer o eixo sadomasochista, e o enraizamento da bissexualidade psíquica. Aqui a parte sádica reconhece a existência de polarização, a destruição do objeto ou a sua retenção, e leva a criança a descobrir o poder que tem sobre o outro, e ainda à descoberta da posse, tendo em

conta que as fezes podem servir de germe à noção de propriedade privada. A dimensão masochista corresponde a uma procura de prazer por um meio doloroso, e a bissexualidade vai atingir a dupla potencialidade do reto, que é passível de excitação pela dilatação ou penetração (tendências passivas femininas), e também um órgão excretório que controla a expulsão (tendências ativas masculinas). A fase anal do desenvolvimento contribui para o estabelecimento do par atividade/passividade.

Fase Fálica, esta fase vem preceder o complexo de Édipo, esta fase é responsável pela unificação das pulsões sob o primado dos órgãos genitais, mas sem ainda poder falar da genitalização da libido. Centra-se na temática da presença ou ausência do pénis, cronologicamente está situada no terceiro ano de vida, e engloba o período de afirmação de si. A fonte pulsional ou a zona erógena nesta fase é a uretra que detém o duplo prazer da micção e da retenção. Este prazer uretral tem uma dimensão auto-erótica e também uma objetal, o prazer miccional, tem um significado fálico, mas acarreta também uma conotação passiva, que é o prazer de deixar correr.

É nesta fase que aparece a curiosidade sexual infantil, dado que a criança percebe as diferenças anatómicas de ambos os sexos, ou seja da presença ou não de um pénis, sendo que posteriormente a esta aquisição vai haver uma negação desta diferença, nas mesmas proporções em ambos os sexos. Sendo que o rapaz vai negar a castração, negando o sexo feminino, ou pela continuação da imaginação de uma mãe que detém um pénis. Já no que concerne à rapariga, esta manifesta alguma inveja pelo pénis imaginando um crescimento posterior do seu clítoris, mas também por atitudes de ambição fálica, que podem ser comportamentos brutais, como a procura de perigo. Todas estas tendências que fazem parte dos prazeres preliminares do adulto, aqui vão satisfazer-se por sua conta.

Freud em 1915, em *Pulsões e Destino das Pulsões* (cit in Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002, p.355), afirma que a pulsão epistemológica (a necessidade de saber), está ligada à curiosidade sexual. Esta pulsão pode-se inibir dando origem a inibição e atraso intelectuais, pode permanecer sexualizada (dando origem à neurose obsessiva), ou então pode sublimar-se através de atividades intelectuais e criativas. A criança vai elaborando teorias sexuais infantis, que correspondem à interpretação dos factos, sempre em função daquilo que viveu a nível libidinal, tendo sempre em conta a sua incapacidade de as trazer para um plano racional. As modalidades fantasmáticas de uma criança, são muito mais importantes do que o confronto

com a realidade, no que concerne às teorias infantis de fecundação, a teoria do nascimento anal, a teoria do parto, e por fim a conceção sádica do coito.

De uma maneira global, a fase fálica pode considerar que mantém uma fase pré-genital, sendo que o pénis é visto como um órgão portador de poder, do que como um órgão genital. Sendo uma fase mais narcísica e não objetal, remetendo para o simples facto da posse do pénis, sendo que para Freud o que mais caracteriza o pénis é ser um objeto destacável fantasmaticamente, logo um objeto parcial. As angústias características desta fase são a angústia de castração, ou mais propriamente a de mutilação peniana, sempre numa perspetiva mais narcísica. Os conflitos desta fase, põem em jogo o narcisismo e o Ego Ideal.

O Complexo de Édipo. Este é segundo Freud, o eixo, o ponto central que estrutura o grupo familiar, e a sociedade humana, com a proibição de incesto, sendo o momento fundador da vida psíquica que vai dar primazia à zona genital, a superação do auto-erotismo primitivo e permitir uma orientação para objetos exteriores. O complexo de Édipo vai gerar o aparecimento de um objeto total, inteiro e sexuado, tendo um papel fulcral na constituição do Superego e do Ideal do Ego. A problemática edipiana tem por base esclarecer o facto de o ser humano normal ser originalmente constituído para se situar relativamente a dois objetos, e não para ter uma relação dual. Este período do complexo de Édipo está situado entre os quatro e os sete anos de idade.

A angústia de castração antes do complexo de Édipo, mas a castração edipiana é bastante diferente da angústia de castração fálica, tendo em conta que esta é menos narcísica e muito mais centrada no objeto, ou seja, a perda já não é encarada só como uma amputação de si e do poder que daí advém, mas uma limitação da relação com o outro. A angústia de castração aparece quando a criança constata a diferença entre sexos, e a eventual proibição parental no que concerne à masturbação secundária, não tendo senão um papel de confirmação fantasmática, ou exacerbação desta angústia que não criam por si sós. Nesta questão, o rapaz para se defender faz um sobreinvestimento do pénis e nega a existência do sexo feminino, por um desejo de reparação mágica, e também com a crença de uma mãe peniana idealizada.

Nesta fase a rapariga já descobriu o clítoris, mas ainda não a sua vagina, e desenvolve inveja do pénis. Para a rapariga nenhuma recusa pode vir compensar a ferida narcísica vivida na realidade, com esta inveja do pénis que introduz a rapariga na problemática edipiana, pelo desejo de um filho do pai, filho este que tem um significado fálico. O complexo de Édipo, na

sua forma positiva, corresponde a uma atracção pelo progenitor do sexo oposto, e a sentimentos de ódio para como o progenitor do mesmo sexo, já o complexo de Édipo negativo, corresponde a uma situação contrária, e na maioria das vezes a criança pode ter oscilações entre estas duas atitudes, o que contempla a forma completa do complexo de Édipo. São três pessoas que aqui estão contempladas, sendo a mãe, o pai e a criança, e em que constantemente vão haver alterações em que dois se aproximam mais e excluem o terceiro elemento, o terceiro elemento, neste momento, sente-se como um rival que já foi eliminado. Esta dinâmica irá preceder e preparar a organização edipiana marcada pela conflitualização, a sexualização e a impregnação transgeracional da configuração inicial.

Neste processo existem diferenças a salientar entre rapazes e raparigas, sendo que no rapaz o complexo de Édipo não supõe uma mudança no objeto de amor, sendo que o objeto inicial de amor já é a mãe, já na rapariga deve haver essa mudança, este facto vai explicar o porquê de as identificações femininas na rapariga serem mais enraizadas do que as masculinas no rapaz. A angústia de castração no rapaz, vem acabar bruscamente com a problemática edipiana, já na rapariga é inverso, a angústia de castração irá iniciar toda a problemática edipiana, sendo esta mais demorada do que no rapaz.

O amor edipiano não deverá ser concebido como um amor maravilhoso, é um amor duplamente difícil, por um lado interiormente, pois a atracção por um dos progenitores implica a renúncia do outro, e por outro difícil exteriormente pela ameaça da castração. É daqui que advém a explicação das tendências ansio-depressivas durante a fase edipiana, bem como a emergência de certas fobias. Já no plano identificatório, o complexo de Édipo marca uma fase decisiva, uma vez que funda a prevalência do ser sobre o ter. Já não é somente ter ou não pénis, mas de ser um homem ou uma mulher há semelhanças das imagens dos progenitores, incluindo o jogo relacional que isso implica. É pela interiorização das proibições parentais, nomeadamente o incesto, o complexo de Édipo vai permitir o desenvolvimento do Superego e do Ideal do Ego definitivos, e quando a criança aceita a diferença de sexos, adquire aptidão para o luto e para a atividade simbólica de tipo adulto.

O Período de Latência, este é um período que, segundo Freud, se localiza entre os sete e os doze anos, em que normalmente não existem conflitos pulsionais intensos. Na realidade os conflitos que precedem esta fase continuam, mas não são tão ativos, pois dá-se uma modificação estrutural das pulsões sexuais, sem que haja uma nova organização da sexualidade.

O ponto fulcral é uma obsessão da personalidade, em que a criança fica mais aberta a novas regras impostas nomeadamente pelo sistema de ensino, falando-se de uma submissão à regra. Esta obsessão tem âncora no desenvolvimento de formações reativas, que vão fazer com que a criança se desligue faseadamente dos conflitos sexuais. É natural o aparecimento de sentimentos de bastante ternura, devoção e de respeito pelas figuras parentais que são a conversão de pulsões agressivas inversas em relação ao progenitor do mesmo sexo, e a um processo de sublimação quando se trata do progenitor do sexo oposto (isto no que respeita ao chamado complexo de Édipo positivo).

Posteriormente, e graças ao recalçamento, assiste-se a uma dessexualização progressiva dos pensamentos e comportamentos. Quando deslocados os alvos pulsionais para objetos mais socializados, vão originar uma maior disponibilidade para aprendizagens pedagógicas. Por fim, verifica-se uma continuidade da problemática edipiana fora do núcleo familiar, isto vai fazer com que a criança se oriente para atividades sociais mais alargadas e meios relacionais diferentes, isto por um possível deslocamento dos conflitos primitivos para substitutos das imagens parentais, este fenómeno contribui em grande escala para a liquidação do complexo de Édipo.

Na Fase Genital, a maioria dos psicanalistas incluindo Freud afirmam que é mais correto falar de uma crise do que de uma fase, pois é esta que vem encerrar subitamente o período de latência, ainda que se tente descrever uma fase como a puberdade ou pré-adolescência. Podemos encontrar no centro da adolescência uma crise narcísica, que se identifica com angústias intensas no que concerne à autenticidade e à integridade do Si, do sexo e do corpo. Ao mesmo tempo aparecem as modificações físicas e somáticas tão conhecidas, e há uma emergência de várias pulsões, que vão desequilibrar as relações intrapsíquicas. O Ego vai defender-se, tendo em conta que se sente invadido por uma angústia pulsional. Há então uma reativação da problemática edipiana, mas desta vez deslocada para os substitutos parentais idealizados, e ainda uma reativação das problemáticas pré-genitais e particularmente orais.

Nesta fase conta-se também com um retorno de mecanismos de defesa, como a clivagem, recusa, idealização, que irão explicar certas aparências psicóticas, que poderão não ser más preditoras para este período conturbado psicologicamente. Uma retoma de mecanismos de identificação adesiva, vai permitir explicar os fenómenos da formação de grupos de adolescentes. A masturbação é hiperculpabilizada e eventualmente pode levar a

criança ou o adolescente a graves inibições ou ainda a cristalizar uma possível estrutura compulsiva ou obsessiva. É nesta época que há uma passagem ao ato, uma manipulação da ideia de morte, e a emergência de ideias depressivas.

A adolescência é uma fase, ou um período, em que o adolescente tem de fazer vários lutos, nos quais o luto das ilusões e no luto das imagens parentais. As propensões depressivas e fisiológicas características desta fase são mistas, ora narcísicas, ora objetais, estas são mais significativas quando uma identificação de sentido contrário dos progenitores com o filho, vai exacerbar sentimentos de vergonha na presença da impossibilidade de estar à altura dos ideais parentais a seu respeito. A adolescência é, de alguma forma, a última hipótese sem ser forçado, para o sujeito para o sujeito reparar os insucessos da fase do Édipo.

É no final da adolescência que a escolha do objeto sexual, fica completamente fixada, isto após uma ativação fisiológica das tendências homossexuais, tomadas para a pesquisa de uma reconfirmação narcísica, há uma procura de si que está no outro, havendo uma escolha de objeto heterossexual. Todos estes processos psicológicos anteriormente descritos são muitas das vezes realizados de uma maneira caótica.

A teoria das relações de objeto de Klein

Na teoria de Melanie Klein existem três pilares fundamentais que vou elucidar seguidamente. Primeiramente, há um mundo interno que se forma a partir das perceções do mundo externo, ainda que colorido com as ansiedades do mundo interno. Posteriormente a isto, todos os objetos, pessoas, situações caracterizam-se como especiais, o seio materno que é o primeiro objeto de relações da criança com o mundo externo, pode ser interpretado como seio bom, quando amamenta, e por sua vez satisfaz as necessidades da criança, mas este objeto do mundo interno também pode ser percebido como mau “seio mau”, quando não dá alimento à criança quando esta o deseja. Como é impossível satisfazer todos os desejos da criança, esta vai adquirir estes dois registos, o de “seio bom”, e o de “seio mau”, isto será importante para o desenvolvimento intelectual e para a formação de símbolos.

Klein diz-nos que assim que quando a criança nasce já consegue experimentar dois sentimentos básicos, sendo estes o amor e o ódio oriundos do instinto de vida e do instinto de morte, ou se ama ou se odeia. Desta forma, Klein (Klein, 1932, cit in Segal, 1975, p.15) propõe que a criança ama o seio bom e odeia o seio mau. Aqui existe um problema, é que a

criança fantasia que o seio mau vai vingar-se dela pelo ódio e destrutividade que a ele foram direcionados. A este medo de vingança Klein chama de ansiedade persecutória. O conjunto de ansiedades persecutórias, e as suas defesas são denominados por Klein como “Posição Esquizoparanóide”.

Passagem da Posição esquizoparanóide para a depressiva

No decorrer do desenvolvimento, o bebê percebe que o mesmo objeto que odeia, é o mesmo que ama, respetivamente o seio mau e o seio bom, sendo que a criança que ambos os objetos são da mesma pessoa. Agora, o bebê tem medo de perder o seio bom, porque pensa que os seus ataques de ódio e de voracidade o tenham danificado ou mesmo morto. Este medo de perda do objeto bom, Klein denomina de ansiedade depressiva, sendo que o conjunto de ansiedades depressivas e as suas respetivas defesas são denominados de “Posição Depressiva”.

A ideia das posições esquizoparanóide e depressiva é muito importante na escola Kleiniana, pois o psiquismo funciona a partir destas, e o resto dos desenvolvimentos são invariavelmente baseados no funcionamento destas. Sendo assim, o desenvolvimento em fases proposto por Freud, é aqui substituído por um elemento mais dinâmico que estático, pois as fases propostas por Freud estão presentes na criança, e Klein não nega essa divisão, mas dá-lhes dinâmica. Para Klein, o psiquismo funciona de maneira dinâmica nas relações objetais, e é aqui que surge a grande diferença para com a teoria de Freud, porque para esta afirma que se vai passando entre a posição esquizoparanóide e depressiva desde que se nasce, até que se morre.

Klein dá bastante importância à fantasia, isto ao invés da clássica energia pulsional, abrindo horizontes aos objetos experienciados, localizando-os dentro da personalidade. No que concerne às fantasias de sadismo oral, estas vieram contribuir para uma nova teoria do complexo de Édipo, e dado mais enfoque no primeiro ano de vida. Uma combinação das fases libidinais, do complexo de Édipo, e da formação do superego mudaram a importância de cada uma das fantasias. O resultado final foram os aspetos disputantes do superego e do complexo de Édipo, bem como a tensão entre as pulsões libidinais e os impulsos agressivos.

Entretanto, Klein começa a ter uma maior dedicação e consciência que para a criança é muito importante o seu funcionamento interno, e a melhor maneira de se conseguir chegar a esse tão desejado mundo interno, era dando extrema relevância aos processos de projeção e de

introjeção, e também ao movimento que acontecia na fantasia que oscilava entre o mundo interno e o mundo externo. Quando se apercebe da verdadeira importância do objeto bom, e do dano direcionado a ele, Klein vê o mundo interno tendo como núcleo central o objeto interno bom, e também os problemas da criança à medida que se vai apercebendo dos seus impulsos agressivos em relação a esse objeto e também o seu amor. A grande influência dos impulsos ambivalentes, da importância do mundo interno na formação da própria personalidade, e na percepção em desenvolvimento de um mundo interno de objetos e impulsos bons e maus, é desta maneira que se forma a posição depressiva.

Há várias explicações e uma delas é um *deficit* no desenvolvimento perceptual, o bebé muito novo, só é capaz de reconhecer objetos polarizados, ou seja, pessoas boas, ou pessoas más. Devido à falta de percepção, o bebé não é capaz de reconhecer pessoas totais, somente partes, e no caso o seio especialmente e o rosto da mãe. Klein afirma que “A perda do objeto amado acontece durante a fase do desenvolvimento em que o ego efetua a transição da incorporação parcial para a incorporação total do objeto” (Klein, 1935, p. 267, cit in Hinshelwood, 1992, p.155). Klein associa-se à teoria de objetos parciais e totais de Abraham, e diz-nos que a perda decisiva do objeto amado é quando o bebé perde o objeto ideal e perfeito que é a mãe, quando descobre as imperfeições desta, então o seio que o alimenta, é também a mãe que o faz esperar.

No decorrer do desenvolvimento, o bebé desenvolve a capacidade de perceber as pessoas como objetos totais, especialmente quando o aparelho visual entra em pleno uso. Não nos podemos cingir somente ao funcionamento do aparelho visual, e das suas capacidades, porque também se trata de uma realização emocional. Posteriormente a criança agrega os objetos, no que concerne aos seus sentimentos, tanto os bons como os maus, agregar isto, significa incorporar num só objeto uma mistura de intenções. Este desenvolvimento, se assim o posso chamar, está situado entre os quatro e os seis meses de idade, e comporta intensas questões emocionais, novas e bastante dolorosas. Neste sentido, o objeto bom transforma-se em algo mais realístico, e passa a causar mais suspeitas. Passa a haver uma nova relação com a mãe, em que esta passa a ser uma figura mista, contaminada e danificada e não é mais a perfeição que a criança idealizava. Esta nova relação com a mãe vai ser o ponto central da posição depressiva, e também a origem de fantasias penosas a respeito do que lhe aconteceu. O bebé tem então de lutar contra o sentimento de ódio que tem pela sua mãe, a mesma que amou por alimentá-lo, cuidar, e amá-lo.

Com esta mudança, surge uma nova capacidade de amar. Os sentimentos como o amor e o interesse pelo objeto total são, desta vez, pelo objeto em si, e não pelo que este lhe pode proporcionar, Abraham (1924 citinHinshelwood, 1992, p.156), chama-lhe o verdadeiro amor objetal. Na posição depressiva, o objeto é amado apesar das suas partes más, enquanto se passarmos para a posição esquizoparanóide, quando se apercebe das partes más, o objeto bom passa a objeto perseguidor, como se de um procedimento automático. Sendo assim, na posição depressiva o amor pode ser mantido, proporcionando, assim, a origem da estabilidade.

Até 1935, Klein sempre se focou mais no objeto mau, para as relações paranóides, era este objeto que dominava o mundo da criança, e que controlava o desenvolvimento normal ou não da libido. Posteriormente, Klein começa a perceber a importância do objeto bom, da necessidade de sustenta-lo e também da agrura e da dor do amor por ele. Quando há uma compreensão do relacionamento com o objeto bom, pensa-se num reajustamento das lutas evolutivas da criança. Klein vai agora à base das lutas que controlam os impulsos agressivos, como sendo o movimento impulsivo para proteger e repara o objeto bom. “Ela descreveu a insegurança como sendo especialmente importante para o objeto interno bom, o sentimento de existir uma figura boa e de ajuda dentro da personalidade, sentida como residindo lá, e tao estreitamente amada a ponto de constituir a identificação primária básica em torno da qual toda uma identidade se forma.” (Hinshelwood, 1992, p. 156). É de salientar a importância do objeto interno bom, pois é este que vai proporcionar o diálogo interno e contínuo de incentivo e auto-estima, em que a confiança e a segurança psicológicas se baseiam.

Com a teoria de objetos internos, Klein ficou por definir qual a perda de objeto que é importante, sendo que, na teoria da melancolia de Freud, é a perda de objeto bom internamente que é significativa. É de salientar que a perda do objeto bom interno está relacionada com a perda do objeto externo. Quando há uma repulsa externa, ou a privação de alguém, isso vai afetar a fantasia de um objeto interno bom, que sustenta a pessoa com apoio psicológico desde dentro. Klein interpretou o luto de uma pessoa que perdeu alguém, como uma manifestação grosseira de um processo que se vai fazendo toda a vida, mas com perdas menores. Para Klein, o trabalho da posição depressiva é este mesmo, é o trabalho de luto. Trata-se então de um acrescento à visão que Freud tinha do luto, no qual este referia que a pessoa enlutada introjecta a pessoa real perdida e com ela se identifica, já Klein vem, por sua vez, dizer que isso faz parte de um processo de reintegração de um objeto originário.

“Muitas pessoas enlutadas só podem dar passos lentos no restabelecimento das ligações com o mundo externo, por estarem lutando contra o caos que têm dentro de si (...) este desenvolvimento gradual nas relações objetais do bebê (...) é também devido ao estado caótico do seu mundo interior” (Klein, 1940, p. 361 cit in Hinshelwood, 1992, p.158) O bebê sente que tudo dentro dele está o caos, não só o que se refere aos seus sentimentos. A criança acha que estão representados na sua mente como uma fantasia, acreditando que o objeto reside concretamente dentro dele, ou do seu próprio corpo, de tal forma que o seu estado interno se torna confuso, com uma mistura de objetos bons e objetos muito maus, tudo ao mesmo tempo. A criança sente que o seu ódio vai estragar a mãe real amada, isto vem então dar a entender que o objeto dentro dele está danificado ou morto. O caos interno surge através da introjeção de um objeto já morto ou danificado. Klein diz ainda “(...) qualquer sofrimento causado por experiências infelizes, seja qual for a natureza delas, tem algo em comum com o luto” (Klein, 1940, p. 360 cit in Hinshelwood, 1992, p.158).

Alcançar a posição depressiva, constitui uma evolução, uma tarefa de uma vida inteira. Vai assumir o lugar dos estados paranóides e da posição esquizoparanóide antecedente. Nestes estados precedentes, o ego mantém a separação do bom e do mau no objeto e em si próprio, por meio de um uso persistente do mecanismo da projeção para lidar com essas tais coisas más. Quando se chega à posição depressiva, o equilíbrio muda, a projeção dá origem a temores, como por exemplo, o de o bom objeto interno seja perdido por sua projeção para fora. Como resultado final, há uma maior ênfase na introjeção de coisas boas no mundo interno, e um relaxamento do impulso de projetar as coisas más para fora. Com a perda da intensidade de apoiar-se na projeção, tem-se uma oportunidade maior de percepção do estado do mundo interno, e claro do mundo externo. O primeiro acarreta o reconhecimento de aspetos não bem-vindos de si próprio, e o último é o reconhecimento das qualidades do mundo externo.

Posição esquizoparanóide

No estado mental mais arcaico, a ansiedade persecutória encontra-se com processos que fragmentam a mente. A gravidade desta fragmentação é que vai ser o árbitro da passagem ou não para a posição depressiva, pois a integridade da mente é seriamente perturbada. Os processos de divisão conduzem à projeção de partes do Self ou do Ego para dentro de objetos, com um efeito esvaziador sobre o self. Este Self tem então sérias dificuldades com a

introjeção e a identificação introjectiva. Esta posição foi descrita em 1946 e foi a propulsora da modificação profunda das descrições anteriores, no que concerne aos estados persecutório e paranóide. Estas descrições foram o corpo evolutivo do desenvolvimento da identificação projetiva.

As características da posição esquizoparanóide são a fragmentação e a pulsão de morte, em que Klein aceita a teoria de Fairbairn, que diz que a experiência de estar em pedaços, poderia ter algo a ver com a pulsão de morte dentro do ego. Fairbairn diz-nos que a esquizofrenia podia ser melhor entendida se houvesse mais referência à histeria e aos fenómenos dissociativos, esquizofrenia significa uma mente cindida em fragmentos. Este vem ainda afirmar que a posição esquizóide é anterior à posição depressiva de Klein e também fundamental a esta.

Depois temos o ego arcaico, em que no princípio o ego vai alternando entre estados de integração e de desintegração “ (...) falta, em grande parte, coesão ao ego arcaico, e uma tendência no sentido da integração se alterna com outra para a desintegração, para o despedaçamento” Klein, (1946, p. 4 cit in Hinshelwood, 1992, p. 172). Na análise clássica há um enfoque do ego como um órgão que vai descarregar as tensões pulsionais para obtenção de satisfação, e pode ser descrito nos termos da sua estrutura e função. Já Klein via o ego como função que tem de experienciar-se a si mesmo, diz ainda que este tem de lutar com ansiedades experienciadas no decorrer das suas relações com os objetos. Tanto os estados de paranóia como os de perseguição, tomaram o enfoque na criança pequena desde muito cedo, pois eram fundamentais para um progresso suave ou não do desenvolvimento. Searl (1932), descreve como estes estados mentais poderiam formar um “(...) impulso a formações arcaicas e avançadas de ego, na criança precoce, por exemplo, as quais empobrecem a vida libidinal exatamente por se acharem a serviço de uma redução do sentimento e das sensações de tensão” (Searl, 1932, p. 346 cit in Hinshelwood, 1992, p.173).

Temos também a ansiedade, em que há uma luta do ego, que quer manter a sua própria integridade, pois passou por penosas experiências de objetos que ameaçam com aniquilação. Klein começou pelo ego cindido, a ansiedade de ser fragmentado. Freud tinha a visão de que o primeiro ato do ego, era o desvio da pulsão de morte, Klein apesar de dizer que seguia a teorização de Freud, disse que uma projeção satisfatória da pulsão de morte só pode ser alcançada por um ego que já se formou a partir de um bom objeto interno, e também seguro. Sendo assim, o desvio da pulsão de morte, não é o evento que traz à existência o ego, mas

pode ao contrário ser um processo continuado de desvio e corte que acontece repetidas vezes e pode fracassar.

A ansiedade arcaica é “(...) um medo da aniquilação (morte) e assume a forma de um medo de perseguição (...) experienciado como temor de um objeto dominador incontrolável (...) a ansiedade de ser destruído desde dentro” Klein, (1946, p.4-5cit in Hinshelwood, 1992, p.173). Quando a mente experiência estar em fragmentos, Klein afirma que é a pulsão de morte que está dentro do mundo interno. Ela afirma ainda que pode também ter a ver com um grau de fracasso no desvio primário da pulsão de morte para fora. Afirmou ainda que esta é uma ansiedade primária subjacente a todas as outras ansiedades, que é evocada pela pulsão de morte, em que um objeto interno está prestes a destruir o ego.

Em 1927, Klein tinha considerado a ansiedade com origem das invasões ao corpo da mãe em fantasia, e do receio de represálias na mesma moeda por parte da mãe, ou ainda dos conteúdos que esta tem danificados. Este é um dos conteúdos da ansiedade, ligado aos impulsos genitais, e naquela altura Klein reconhecia-o como parte do complexo de Édipo. Em 1932, esta adota a posição de Freud, que é o desvio da pulsão de morte para fora, e a temida reintrojeção de um perseguidor interno.

No que se refere à ausência de ansiedade, no paciente esquizóide, ou esquizofrénico, demonstra poucos ou mesmo nenhuns sinais de ansiedade, ou sentimentos de qualquer espécie. Klein, em 1946, vem afirmar que um paciente com esta patologia, não quer dizer que não sofra de ansiedade, mas o método de viver com esta é tão extremado, que parece que foi projetado noutra sítio, ficando o sujeito aparentemente sem afetos e emocionalmente esvaziado. Perceber este estado, em que faltam afetos e aspetos da transferência, foi um marco importante na teoria Kleiniana.

Relativamente ao domínio da ansiedade persecutória, a posição esquizoparanóide é uma luta para chegar ao objetivo de manter um desvio da pulsão de morte, para se ter a confiança de que o ego não se vai fragmentar. Klein sugere que o ego se separa “ (...) alguns processos ativos de cisão dentro do ego podem ocorrer num estágio muito inicial, conduzindo assim a uma ansiedade primária de ser aniquilado por uma força destrutiva situada dentro, com a reação específica do ego de despedaçar-se ou cindir-se.” Klein, (1946, p. 5cit in Hinshelwood, 1992, p.175). O suicídio pode ser visto como a ação da pulsão de morte, em que o ego se ataca, este é também uma defesa contra os objetos internos maus, e o self mau, pela destruição deste mediante a destruição de todo o ego.

No que concerne à primeira introjeção, Klein acompanhava Freud, pois este dizia que o primeiro ato do ego era uma projeção, é a projeção da pulsão de morte, acompanhada pelo risco de interiorizar um perseguidor atormentante e assustador. Segundo a importância dada ao objeto interno bom, que Klein explana na posição depressiva, descreve a interiorização do objeto bom e amado, como uma atividade primária que tem como função de criar um objeto interno bom que vem a formar o foco do ego frágil, e em torno do qual este se pode integrar, “o primeiro objeto interno age como um ponto focal no ego. Ele neutraliza o processo de cisão e de dispersão, contribui para a coesão e a integração e é instrumental na construção do ego.” Klein, (1946, p.6 cit in Hinshelwood, 1992, p.175).

Quando se fala de objeto bom integrador, Klein afirmava que havendo uma alternância entre um estado de integração e de desintegração, estão conectados com o aparecimento e desaparecimento do objeto externo bom. Quando emergem estados de frustração é devido à perda do objeto bom introjectado, para reverter esta situação, somente apresentando à criança um objeto externo bom, mas passível de introjeção contínua. Bick (1968, cit in Hinshelwood, 1992, p.175), foi ainda mais clara, dizendo que o primeiro ato do ego é a introjeção de um objeto que proporciona a capacidade de manter as coisas juntas internamente, a fim de dar o sentido primário de self.

Há que realçar a introjeção na posição esquizoparanóide, em que esta é o cerne do ego, pois vai uni-lo, já na posição depressiva a introjeção do objeto bom, passa a ser o objeto com o qual o ego se preocupa, que ama. Aqui a diferença, dá-se pela qualidade da introjeção.

Por fim, mas não menos importante, estão os mecanismos de defesa desta posição, ao início Klein dava bastante importância à depressão como mecanismo de defesa central, mas também manifestava interesse por mecanismos obsessivos e estados maníaco-depressivos que eram abordados por Abraham. Há que tomar atenção ao facto de no início, portanto, falamos da década de 1920, Klein achava que as defesas específicas contra o sadismo, e a ansiedade paranoide eram obsessivas. Posteriormente abandona estas ideias e afirma que o fulcral de toda a posição esquizoparanóide é o mecanismo de cisão ou clivagem (*splitting*)¹, e Klein

¹Na versão a que tive acesso está traduzido como cisão, o conceito original em Inglês é *splitting*, e existem outras obras que está traduzido como clivagem. Consulte Susemihl, E. V. K. P. (2009, March). Notas sobre o conceito de *splitting*(*spaltung*) à luz de questões de tradução. Revista Brasileira de Psicanálise, vol 43, nº 4. Consultado a 14/11/2012, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2009000400012&script=sci_arttext

interessou-se particularmente na projeção e na introjeção, no que concerne à cisão ou clivagem(*splitting*).

“ As arremetidas fantasiadas à mãe seguem duas linhas principais, uma é o impulso predominante oral de sugar até deixar seco, morder, esvaziar e despojar o corpo da mãe dos seus conteúdos bons. A outra linha de ataque deriva dos impulsos anais e uretrais, e implica expelir substâncias perigosas (excrementos) para fora do self e para dentro da mãe. (Klein, 1946, p.8cit in Hinshelwood, 1992, p.176). São mecanismos de introjeção e projeção que se manifestam por experiências de fantasia, e na identificação projetiva, o interesse dominante de Klein era a expulsão violenta de excrementos, associado a isto estava a cisão do ego que resulta na expulsão associada de partes más e repudiadas do self. “ Junto com estes excrementos prejudiciais expelidos com ódio, partes escindidas do ego são também projetadas sobre a mãe, ou, como eu preferia dizer, para dentro da mãe. Esses excrementos e essas partes más do self destinam-se não apenas a ferir, mas também a controlar e a tomar posse do objeto. Na medida em que a mãe vem a conter as partes más do self, ela não é sentida como um indivíduo separado, mas como o self mau (...), isto conduz a uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação agressiva. (Klein, 1946, p.8cit in Hinshelwood, 1992, p.177). A intenção desta forma de projeção é diversa, mas invariavelmente envolve o controle violento do objeto, e normalmente o resultado são sintomas psicóticos graves e o senso profundo de um ego esvaziado, que vai produzir a despersonalização. Este tipo de agressão padronizada é complicado “ (...) se este processo projetivo é levado a cabo de modo excessivo, partes boas da personalidade são sentidas como perdidas (...) e especialmente se as partes boas do self são perdidas, dá-se (...) um enfraquecimento e empobrecimento do ego” (Klein, 1946, p.9 cit in Hinshelwood, 1992, p.177). Este é o dilema central da posição esquizoparanóide, para quem o amor esvazia, por causa do uso invariável da identificação projetiva. Estas expulsões dirigem-se a um objeto, o que ataca este objeto é composto por um objeto interno, mais uma parte do self que é inserido de modo violento dentro do objeto externo. Klein dava bastante importância da interioridade do objeto, que estava ligado ao interesse que esta tinha na situação arcaica de ansiedade, que abrange o corpo da mãe em fantasias de domínio agressivo roubo e dano.

Sendo assim, o ego é separado e dispersado pelo mundo interno e externo. O objeto é atacado com tanto ódio, que o ego está em perigo, o que vai realçar os estados de ansiedade,

sentindo-se como o mais fraco. Embora tudo isto aconteça em fantasia, a certeza com que são sustentados, e a falta de recursos da criança para testar a sua realidade, e a dos que o rodeiam, vão fazer com que o ego seja afetado pela fantasia, como se algo tivesse acontecido. Desta maneira, o ego fica mais frágil pela perda das suas partes, o que se vai refletir posteriormente, numa maior dificuldade para as introjeções serem trabalhadas, podendo estas tentarem dominar um ego agora frágil dentro do seu próprio mundo interno, sentindo-se esmagado por um objeto estranho dentro de si, e subordinado ao objeto interno bom.

Depressão na criança

Até ao final dos anos 60, havia uma profunda reticência dos adultos em consentir o reconhecimento de um autêntico sofrimento depressivo infantil, como se isso lhe fosse insuportável. No entanto, nos anos 1940 e 1960, já há alguns estudos relevantes, abordaram o tema da depressão anaclítica do recém-nascido (descrito por R. Spitz, como reação a perdas traumáticas precoces do objeto materno), e também a depressão no adolescente. A década de 70 marca o reconhecimento desta patologia na criança, mais concretamente depois do IV Congresso da União Europeia de Pedopsiquiatras em 1970, que foi dedicado inteiramente a este tema.

Desde então, e até aos dias de hoje, tem havido diversos estudos sobre esta temática, mas a multiplicidade de classificações e a heterogeneidade dos materiais de estudo, tem tornado difícil e complexa a abordagem do tema. Assim, confunde-se é muitas vezes a simples depressividade e tristeza, com a verdadeira depressão. Aparece então um obstáculo importante que é a delimitação precisa e clara entre o que é a depressão como sintoma, e o que é a depressão como quadro psicopatológico. Aqui deparamo-nos com algumas divergências, no que concerne a considerar a depressão infantil como um quadro semelhante ao do adulto, ou pelo contrário uma patologia específica da infância, ainda que com traços semelhantes aos manifestados em idade adulta.

Uma questão fundamental em variadíssimos trabalhos psicanalíticos sobre a depressão é a noção da perda de objeto e ainda a ideia de que se pode estabelecer uma ligação entre a separação e a depressão. No seguimento, Spitz, (1946), Bowlby, (1960), Sandler, e Joffe, (1965-1967) entre outros autores, dão lugar a uma compreensão da psicopatologia dos estados depressivos baseados no conceito de perda de objeto, real e fantasmática, e ainda pelo

conceito de “perda de estado de si” na relação com o objeto, de onde advém um sentimento de vazio interior e uma amputação de uma parte de si. Correlacionado com a experiência da perda, surge um problema, que é o lidar com a agressividade, sendo que esta é uma questão central no sofrimento depressivo. Maioria dos autores sublinha o facto de haver uma impossibilidade de descarga da agressividade contra a fonte de sofrimento.

Outra questão importante será a de se tentar perceber se é na infância e como se constitui a sensibilidade depressiva no adulto. Trabalhos como os de Spitz e Bowlby, foram pioneiros a referir uma conceção de génese da depressão. Estes dão bastante importância ao meio, aos seus contributos quantitativos e qualitativos, e também da sua estabilidade. Estes autores afirmam que os traumatismos representados por separações precoces, as ruturas dos primeiros laços afetivos, fragilizam a personalidade e criam uma maior predisposição para a depressão.

Winnicott, (1964) vem introduzir conceitos importantes e fundamentais no seu pensamento, tais como o “concern”, “holding”, “a mãe suficientemente boa” e a “(in)capacidade de estar só”, vindo assim dar grande importância à qualidade da relação precoce para o desenvolvimento do bebé. Já Bergeret, (1976) dá bastante importância ao papel dos pais na sensibilização depressiva. Segundo este autor, a rutura ou algum acidente nas ligações entre a criança e a mãe, provocam problemas e situações muito próximas dos estados de luto. No decurso do desenvolvimento da criança, em que há alturas que a elaboração pode estar perto do trabalho de luto, acidentes tais como excessos de superproteção ou privação, poderão levar a uma organização de personalidades dependentes com tendências depressivas.

Irei agora abordar detalhadamente a perspetiva de Coimbra de Matos. Coimbra de Matos (1989), defende que dependendo das relações que o indivíduo estabelece com o seu mundo objetal, não se pode falar de doenças no sentido médico propriamente dito, mas fala-se sim em organizações de vida relacional, e de vida relacional patológica, no que concerne à depressão.

Numa classificação estrutural, este autor utiliza fundamentalmente quatro modelos clínicos, estando estes organizados do mais grave para o menos grave, aparecendo primeiramente a psicose, depois a organização borderline, a organização depressiva e a organização neurótica. Existe ainda a linha de clivagem que vai separar as psicoses, das neuroses. Esta linha leva-nos para o teste da realidade, pois observa-se que é nas situações

borderline que este teste falha, ou seja, os sujeitos mesmo inseridos na realidade, com facilidade deixam de a perceber com objetividade. Esta saída da realidade não acontece na organização depressiva, sendo isto um aspeto importante e a salientar. Este tipo de organização pressupõem uma imagem do self suficientemente organizada, em que os sintomas de despersonalização já quase não aparecem. Existe ainda outro aspeto importante a salientar, é que o mundo das psicoses, é o mundo da não separação entre a imagem do self e a imagem do objeto, já no mundo das neuroses estas imagens estão delimitadas e claramente distintas uma da outra. Irei agora centrar-me na noção que Coimbra de matos tem sobre a depressão está intimamente ligada ao modo de como se organizou a auto-estima.

A relação que o sujeito estabelece com os outros desde o seu nascimento, consegue constatar-se desde logo a existência de duas vertentes, por um lado o investimento feito no objeto e por outro o investimento em si próprio. No decorrer do desenvolvimento normal, o sujeito vai gradualmente reconhecendo o seu próprio Self, e vai criando quer uma auto-imagem, quer uma imagem do objeto, investindo-se a si próprio, como ao objeto. No que concerne ao investimento em si próprio, depende da estima do objeto, e esta tem de ser suficiente para que o indivíduo desenvolva uma auto-estima relativamente sólida, que posteriormente lhe vai permitir enfrentar com eficácia as diferentes frustrações, e dificuldades da vida. A este período da vida em que a auto-estima, depende do amor que o objeto dedica ao sujeito, Coimbra de Matos(1989) denomina de narcisismo dependente. Refere ainda que, apesar de nunca totalmente, a pouco a pouco, o sujeito vai-se libertando da necessidade de ser amado pelos outros, atingindo, assim, o narcisismo auto-governado, em que tem uma auto-estima que é responsável pela sua regulação interna.

O cerne das organizações depressivas é que esta passagem da dependência à auto-governança não se verificou. Logo o sujeito deprimido depende fortemente do amor que o objeto lhe dedica, sem que este tenha conseguido organizar um auto-amor sólido. O que está na base desta falta de amor-próprio, ou deste narcisismo deficitário, parece que está um investimento insuficiente dos indivíduos pelos seus objetos, ou seja, ouve uma narcisação insuficiente no decorrer do seu percurso de vida, logo o investimento que é feito no próprio Eu está diminuído, e o indivíduo necessita de se narcisar.

Freud (1915), quando escreveu “Luto e Melancolia”, afirmava que na organização depressiva um dos traços predominantes era a baixa auto-estima, ao invés do luto, em que aparecia de forma muito discreta. As circunstâncias mais usuais que dão origem a que isto

aconteça, são o insuficiente investimento afetivo que o objeto faz no sujeito, ou os abandonos, ou perdas. Aqui as perdas não são vistas no sentido do luto, em que há uma perda concreta, material e irreversível do objeto, mas sim perda afetiva, ou seja, abandono afetivo, a perda do amor do objeto. Pode talvez isto explicar, o facto de não se encontrar nas organizações depressivas, tanto em crianças, como nos adultos uma maior número de perdas, lutos, do que na restante população. Há estudos que atestam uma maior frequência deste tipo de organizações em famílias complexas mal organizadas, em que os pais, pelas suas próprias perturbações, estão a abandonar os seus filhos, mesmo estando presentes fisicamente. A não esquecer que se por um lado, no plano das relações objetais estas perdas ou abandonos afetivos lesam a auto-estima, por outro lado também os insucessos ou a ausência de sucessos, no plano da realidade concreta a vão degradar. É importante pensar que perante a hipótese de um insuficiente investimento parental na criança deprimida, ou melhor, perante o sentimento de profunda insatisfação afetiva, esta irá desenvolver imagens parentais diferentes daquelas desenvolvidas por crianças não deprimidas. Quanto à própria dinâmica depressiva, que tem uma excessiva idealização do objeto e depreciação do próprio, esclarece esta ideia. No luto, o indivíduo fica triste pela perda real do objeto, na organização depressiva e perante sentimentos de perda de afetos ou amor do objeto, o sujeito não fica apenas triste, vai então interrogar-se sobre o porquê da retirada do afeto, sendo que, quando existe uma revolta para com o objeto, é a reação mais saudável. E para além de tudo isto, o indivíduo procura em si próprio a explicação para este abandono, podendo chegar a duas possíveis situações, sendo que uma delas, é que reconhece que ele próprio não tem valor, é inferior, e que por isso o objeto perdeu o interesse nele, aqui estamos perante uma depressão de inferioridade, ou então a outra hipótese é que reconhece a sua culpa, no sentido em que fez algo para merecer este abandono, desenvolvendo-se, assim, a depressão por culpabilidade ou masoquista.

Para Coimbra de Matos (1982), a depressão simples, corresponde ao sentimento de ter sido abandonado afetivamente pelo objeto, e que o traço característico é o sentimento de insatisfação profunda. Nesta depressão simples, esta forma de organização do Eu, tende a consolidar-se numa depressão de culpabilidade, ou de inferioridade. Mas ambas estão associadas a sentimentos de culpa e de não-valor, assim o objeto porque dececiona ou abandona, vai gerar uma lesão na auto-estima.

Depressão, agressividade e ódio

A agressividade se por um lado atenua o sofrimento da depressão de inferioridade, porque há uma sobreposição do sentimento de revolta, também o agrava porque mostra a vulnerabilidade narcísica como desencadeia fortes sentimentos de culpa que são dirigidos contra o objeto amado.

A dinâmica da depressão é caracterizada pela idealização excessiva do objeto, e desidealização do próprio, desculpar o objeto e culpar-se a si próprio, há então um sobreinvestimento neste objeto exclusivo e ilusório, e desinvestimento em si e noutros objetos sendo assim, considera-se a depressão como sendo a doença do objeto único e da relação exclusiva. É uma relação que passa alternadamente do ódio mortífero, que normalmente está profundamente recalcado, e a maior parte do tempo está invertido contra o próprio, ao amor intenso, numa constante idealização do objeto. Com este bom e mau objeto alternados, faz com que não haja revolta, e impede o afastamento e a procura de novos e melhores objetos. Quando se assiste a uma negação da má qualidade do objeto, e simultaneamente uma idealização das suas partes boas, é o traço fundamental da relação depressiva, sendo que este é o mecanismo que faz com que o sujeito não perca totalmente o objeto, pois isso irá trazer-lhe um sofrimento insuportável.

Quando há idealização ou desculpabilização do objeto, o sujeito não consegue reconhecer a má qualidade do mesmo. Assim sendo, o sujeito faz uma clivagem do objeto retirando a parte má e negativa, interiorizando-a em si próprio, no self. A organização depressiva é vista também como a doença da introjeção maligna, pois o sujeito vai introjetar as partes más do objeto, exatamente como as sentiu. Por vezes, o que pode acontecer se não existir introjeção maligna, poderá existir clivagem horizontal, conceito desenvolvido pelo autor, no qual as partes más em vez de serem introjetadas e fazendo um corpo em parceria com o self, são interiorizadas mas ficando separadas deste, num plano inconsciente. O que acontece na clivagem horizontal é que existem conteúdos psíquicos que ficam clivados do conjunto e do self, e também da consciência. Lado a lado com esta idealização do objeto, (da negação da sua má qualidade), o sujeito sente que objeto não lhe deu todo o afeto que lhe podia dar, sendo que, assim, não se desprende do objeto, pois este está idealizado e interiorizado. Por outro lado, como não recebeu o afeto suficiente, vai continuar a busca nesse objeto, com que mantém uma relação de tipo dependente, anaclítica. Kohut (1974), fala-nos

da “fome de objeto”, que descreve a intensidade da procura e da dependência do objeto, sendo que o sujeito sabe que o objeto nunca lhe deu o afeto que este desejava, mas vive na ilusão de que isso possa acontecer, sendo este processo que o mantém na dinâmica depressiva. Até perceber que o nunca receberá aquilo que devia ter recebido na altura certa, o indivíduo cresce sempre aquém da fantasia e do desejo, mantendo, assim, a expectativa de vir a receber algo que não recebe, mas que fantasia que vai receber. Dar a conhecer esta dinâmica, este funcionamento é complicado, pois implica um trabalho de separação desse objeto idealizado. Coimbra de Matos (1982), fala-nos na desidealização do objeto, de maneira a transformá-lo na sua realidade, é necessário ainda que o sujeito perceba claramente que aquele objeto é ilusório e idealizado para se conseguir separar deste, passando, então, o processo de cura por esta desmistificação do objeto, e em consonância é necessário que haja a reparação do Self, pois só assim o sujeito poderá reconstruir um bom objeto interno.

Podemos considerar que o sentimento de perda do amor do objeto, está no centro de todo o sofrimento depressivo, parece-nos importante falar da relação entre organização depressiva e separação. A separação, isto é, a perda ainda que por um pequeno período de uma pessoa amada, tem diferentes consequências, dependendo das modalidades de organização mental da criança, não sendo, por isso, linear que todas as perdas levem a uma organização depressiva no sujeito. Sendo assim qualquer que seja a interrupção de uma relação com o objeto exterior, engloba necessariamente um trabalho psíquico, mas que não é obrigatoriamente depressivo. É de salientar e indiscutível que podemos encontrar uma depressão mesmo na presença dos pais, e também sabemos que a perda afetiva, não está literalmente conectada com a ideia de morte ou separação.

A vivência de perda pode ser desencadeada por uma modificação nas modalidades de troca entre o meio e a criança, por uma mudança de atitude, uma alteração no ritmo e ainda na duração das separações quotidianas, que irão implicar uma modificação nos investimentos afetivos da criança, isto é, no objeto. Para além disto, é importante que fique claro, que a resposta depressiva não é uma reação simples a um determinado acontecimento, esta resulta de um trabalho psíquico face a acontecimentos que poderão ser fantasia, imaginados, sonhados ou temidos pelo sujeito. É de extrema importância distinguir os momentos de depressão, dos estados depressivos que assombram de forma mais prolongada o funcionamento mental.

Neste contexto, gostaríamos de enfatizar o facto de que a problemática da perda do objeto se liga sem sombra de dúvida às experiências que decorrem ao longo da evolução de cada pessoa. Esta problemática inscreve-se em todo o destino humano e por sua vez condiciona o acesso da criança à sua individualidade, desde o nascimento com a separação do corpo da mãe, passando pelo desmame, passando pela renúncia progressiva à onipotência infantil face à prova da realidade, ao sentimento da exclusão da ligação dos pais, à decepção edipiana, ao desinvestimento dos pais na latência e ainda aos lutos característicos da adolescência. O objeto de quem a criança depende totalmente numa fase inicial está destinado a ser perdido (início da posição depressiva) com o propósito de ser de novo reencontrado ou recriado. A vivência da perda, da separação é outra face da relação onde está o desenvolvimento psicológico normal. Arfouilloux (1982), afirma que a perda real ou temida é intrínseca à relação de objeto, não há evolução se não houver separações que irão exigir um trabalho de elaboração mental, o que se vai traduzir num afeto de tristeza considerado normal. Um certo abatimento, e uma inibição passageira podem ajustar-se à expressão deste afeto. Há que salientar que estes movimentos depressivos são geralmente ultrapassados com a ajuda do meio, e por um trabalho psíquico que faz intervir a representação do objeto que falta, e que permite à criança encontrar as satisfações substitutas. Este trabalho de separação é bastante diferente do trabalho de luto, na medida em que na separação há um movimento recíproco, que implica sempre uma interação, e no trabalho de luto o que há é a elaboração de uma perda real e irreversível.

A dor e a tristeza são reações normais à perda, ou à falta de investimento do objeto, sendo que representa quase uma disposição natural à depressão. É de salientar que esta disposição depressiva pode ser vista como uma capacidade dada à criança para esta fazer frente às separações e perdas, iniciando assim um trabalho psíquico para as ultrapassar. Haynal (1977), vem abordar esta questão de maneira a que a predisposição à depressão virá talvez da incapacidade de ultrapassar gradualmente estas etapas evolutivas que implicam o abandono de objetos ou de aspetos destes. A incapacidade de mudar de investimento e de se desligar das ideias infantis, é, segundo o autor, uma das maneiras de definir a vulnerabilidade depressiva. Podemos observar várias crianças que não deprimem, e que não manifestam tristeza em certas situações, segundo a norma, estas são crianças que são incapazes de fazer o trabalho de elaboração da separação e o seu funcionamento mental muitas vezes ressentem-se disso. Sendo-lhes característico a falta de curiosidade, recusa em aprender, e refugiam-se na negação da realidade e na onipotência imaginária. Winnicott (1958), aborda o tema de

“defesa maníaca” contra a depressão, uma defesa irrisória contra uma depressão que não se consegue nomear, simbolizar, elaborar e que ameaça o psiquismo de se afundar. Para além das características intransmissíveis que a vivência de uma perda apresenta face ao desenvolvimento de cada pessoa, as situações de separação concreta a que a criança é muitas vezes sujeita merecem também a nossa atenção.

É de extrema importância, nesta situação, a duração da separação face ao desenvolvimento da criança e aquilo que ela é capaz de fazer para as preparar, mais concretamente a capacidade de investir outras pessoas. Há que prestar atenção às condições que são oferecidas às crianças na situação de separação, pois estas são determinantes, como por exemplo, uma criança pode ser perfeitamente capaz de se separar da mãe, se ficar com os avós, mas pode entrar num registo depressivo se houver um pequeno internamento hospitalar, no qual não lhe é permitido fazer um investimento substitutivo. Também se pode verificar situações como as descritas por Freud e Burlingham, (1974), na qual o uma hospitalização de dois dias, a criança pode afundar-se em vivências depressivas porque, inteiramente concentrada na ideia de que a mãe a vem buscar, não investe nada em ninguém a não ser nessa ideia. Estas autoras constataram ainda que, enquanto a angústia desaparece com o desaparecimento do objeto fobogénico, e a tristeza com o aparecimento do objeto amado, um sistema depressivo instaurado aquando de uma separação da mãe, não desaparece imediatamente com o reaparecimento desta. Assiste-se, por vezes, a um fenómeno, que é a recusa do objeto, sendo que isto vem demonstrar que num sujeito deprimido, a satisfação parece deixar de ter valor para a economia psíquica. Quando há uma tendência para manter o sofrimento depressivo, isto revela a existência de uma dinâmica psíquica que o mantém.

Voltando à questão da separação, é de salientar que a criança tem dificuldades em enfrentar uma separação que não tenha qualquer carácter previsível, e que por isso não lhe permite fazer um trabalho de preparação. Assim, com uma grande imprevisibilidade nas trocas relacionais com o meio pode prejudicar claramente o desenvolvimento do sujeito.

Foi dito que no desenvolvimento relacional e psicológico o indivíduo vai-se ligando a um objeto, no qual investe e é investido, logo se este investimento que o objeto faz no sujeito não for equilibrado, se não houver uma certa constância/ altamente imprevisível, a criança organiza mal aquilo que se denomina por objeto interno, ou como diz Coimbra de Matos (1989), a constância de amor do objeto, logo a criança tem de ter a certeza do amor do objeto, mesmo na ausência deste. É esta certeza que lhe dá segurança e que lhe permite mais tarde ser

capaz de ter a constância de amor pelo objeto. É a partir desta constância que o indivíduo vai gradualmente organizando a sua auto-estima, até ao já referido narcisismo autárcico. Isto não é mais do que uma constância da auto-estima, sendo que, depois de várias e diferentes experiências em que o objeto continua constante no sentimento que nutre pelo sujeito, este organiza uma auto-imagem suficientemente boa, estimada, e constante.

Coimbra de Matos, vem defender ainda que, enquanto a constância do amor se organiza precocemente, no fim da fase de separação/individuação, a constância da auto-estima, de forma suficientemente estável, só se organiza no fim da adolescência, já que na infância a auto-estima é muito abalada pelos insucessos e frustrações várias.

Após uma breve reflexão sobre o modelo teórico, que é importante para a compreensão do percurso e da dinâmica depressiva, consideramos importante fazer referência ao quadro clínico da depressão infantil.

O Quadro de Sintomatologia Psicopatológica da Depressão na Criança

Dugas e Mouren (1980), após uma análise detalhada neste campo, concluem que o quadro da depressão da criança é mais complexo e mais enganador do que o do sujeito adulto, embora haja sempre algumas semelhanças clínicas. A falta de consenso entre diferentes autores, faz com que muitas vezes esta perturbação passe despercebida. Mas a diferença fundamental em relação ao adulto é de que a criança não se queixa dos seus sintomas. Faremos então uma caracterização sumária daquilo que os referidos autores consideram um estado depressivo manifesto, por oposição à depressão mascarada.

Para Dugas e Mouren (1980), uma criança que apresenta um estado depressivo manifesto aparece, maioria das vezes como triste, infeliz, abatida, e a chorar por motivos fúteis. É incapaz de sentir prazer, e queixa-se com frequência de não ser compreendido, sente-se desapontada e desaponta os outros. A sua mímica é pobre, e o olhar é inexpressivo. Raramente sorri, e se exprime é num tom monocórdico. Frequentemente, nos desenhos aparecem temas de morte e de mortos. A má imagem que estas crianças têm de si, e que dão aos outros, procurando partilhar com eles a insatisfação que são alvos permanentemente, é revelada por ideias de auto-depreciação, a criança dúvida de si, desvaloriza-se e desinteressase por si própria, o que por vezes pode traduzir-se pela sujidade, pelo desleixo. O aborrecimento, o desinteresse, a indiferença, face ao meio, também lhes são característicos. Ao mesmo tempo, surge também com muita frequência o baixo rendimento escolar, a inibição

intelectual, são crianças que não se conseguem concentrar, e para os quais todo o esforço intelectual é extremamente custoso, há ainda que salientar a falha de memória e a imaginação torna-se pobre, impedindo, assim, qualquer compensação da tristeza sentida. Parece então que as faculdades mentais não são atingidas na sua integridade.

A diminuição da atividade motora, exprime-se pela astenia, inércia espontânea, tendência ao isolamento, e ainda recusa de jogos coletivos. A criança raramente brinca, e quando o faz, normalmente fá-lo com crianças mais novas, pois, assim, o sentimento de insuficiência relativamente aos pares da mesma idade, é assim compensado e sente-se revalorizada. Por vezes, em grupo, tendem a provocar a agressão dos outros contra si próprias, e fazem-se rejeitar. A culpabilidade está presente nestas condutas, que emergem um desejo masoquista de auto-punição. A relação com os outros é pobre, mas não cortam o contacto por completo. A angústia, embora muitas vezes latente, isto é, não traduzida por estados de tensão emocional conscientes, está frequentemente presente, e observa-se com alguma frequência manifestações fóbicas. O sintoma físico aparece, mas com intensidade variável, a criança dissimula a dor moral, e o adulto pode ter dificuldade em aperceber-se desta dor. As queixas somáticas, o sofrimento do corpo, servem, muitas vezes, como substituto revelador da dor psíquica, como exemplo disso temos a anorexia, vertigens, dores de cabeça, entre outras, e podem servir como pretexto de pedido de afeto. Constata-se que tanto a agressividade como a instabilidade psicomotora aparecem em primeiro plano no quadro clínico da depressão infantil. Lang (1978), diz-nos que sem que lhes possamos chamar mecanismos maníacos, existem momentos de negação de uma vivência dolorosa, que se manifestam, que se vem manifestar por uma excitação pseudo-eufórica e atitudes de satisfação apenas superficial quase próximas da resignação. É interessante observar que a agressividade e agitação motora, são, segundo Nissen (1973), mais frequentes no sexo masculino, do que no feminino, aquando de uma depressão. Para este autor, o quadro da depressão varia com o sexo, e também com a idade. As raparigas deprimidas são sobretudo mais inibidas, com tendência a flutuações de humor e à tristeza. Por outro lado, os rapazes apresentam maior dificuldade em estabelecer contacto, uma procura de isolamento, que combinada com a inibição da aprendizagem e com a irritabilidade, que vão conduzir a dificuldades escolares e à agressividade.

Fazemos então a ponte para aquilo que normalmente se denomina de depressão mascarada. Esta situação em que a vivência depressiva não aparece em primeiro plano, mas que uma análise mais profunda permite perceber a sua intensidade é, em si uma questão complexa, tanto na criança como no adulto.

A Depressão Infantil Mascarada

Toolan (1962), afirma que as claras manifestações depressivas, raramente aparecem em primeiro plano nos quadros clínicos. Constata que numa primeira abordagem, a maioria das crianças deprimidas não se manifesta como tal, podendo a temática depressiva mascarada por elementos heterogêneos que dão ao quadro um aspeto paradoxal. Maioria das vezes, só numa relação terapêutica é que se expressa a depressão profunda, que anteriormente a criança mascarou. A elucidação do sentimento depressivo na psicoterapia, leva ao desaparecimento dos diferentes sintomas de cobertura, o que irá favorecer esta ideia. O autor aponta para a descoberta ativa das referências fundamentais da vivência depressiva da criança, e das linhas de força da personalidade, em detrimento dos critérios clínicos, meramente descritivos. Isto faz com que para este autor, os mais diferentes sintomas possam ser considerados como equivalentes depressivos, desde que se prove em psicoterapia que são reveladores de uma problemática depressiva. A explicitação do material fantasmático e dos sonhos permite ligar os diferentes sintomas a um sentimento de auto-depreciação, e a uma vivência profundamente depressiva que será dominada pelo medo de perder o amor da mãe, de não ter sido desejado, de ser atacado e destruído.

Tendo em linha de conta que o sintoma pode variar, o que é relevante é ter em atenção as mudanças bruscas no comportamento habitual da criança, como exemplo disto, se uma criança que é alegre e calma, e passa de repente para uma criança instável, facilmente irritável, é de extrema importância perceber o porquê desta mudança.

Burkse Harrison (1962), vem defender que as reações agressivas podem aparecer sobretudo no momento em que a criança está prestes a tomar consciência do seu grande desejo de amor, da irrealidade dos seus fantasmas de onipotência, do seu sentimento de indignação. A explosão agressiva tem, assim, um papel de proteção, de defesa contra a emergência de sentimentos depressivos, aumentando desta forma o sentimento de ser mal-amado e de abandono, podendo mesmo a criança passa ao ato e punir-se a si própria. Estes autores revelam ainda que algumas depressões são mascaradas por uma agitação de tipo hipomaniaco, que não é mais do que uma falsa adaptação superficial, escondendo, assim, um núcleo depressivo muito ativo. A hiperatividade de extrema violência que muitas vezes

apresentam, vai conduzir a atividades inúteis. O sentimento de auto-desvalorização desvanece-se atrás das fantasias de onipotência e de sabedoria que têm, no desenvolvimento cognitivo as mesmas da depressão manifesta. Muitas vezes, deparamo-nos com crianças que alternam entre a melancolia e a euforia, apesar de opostos na sua aparência, são ambos amparados pela mesma relação de objeto, ora de avidez e incorporação oral, ora de destruição e expulsão anal. Para Winnicott, (1958), os pequenos delitos, concretamente o roubo, não são só uma expressão de uma tendência anti-social, devem sim, ser interpretadas como sinais de alarme para aqueles de quem a criança procura receber o apoio e o afeto que lhe falta.

A diminuição do rendimento escolar é outro sintoma que, frequentemente esconde uma depressão. Desinteresse, pouca colaboração, dificuldades de aprendizagem até então não sentidas, podem alertar o professor para algo que não está bem. Existem ainda outros sintomas, como problemas no sono, enurese, encoprese, dificuldades de alimentação, problemas psicossomáticos, são também possíveis de relacionar com uma etiologia depressiva.

O Diagnóstico de Psicopatologia Infantil

Segundo Achenbach, (2000), existem dois paradigmas que são utilizados para comparar e contrastar as implicações de diferentes formas de análise para a compreensão do desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais na infância, 1- O paradigma DSM, e 2- O paradigma de base empírica.

O paradigma da DSM, classifica os problemas psicopatológicos consoante categorias de diagnóstico. Cada categoria de diagnóstico implica uma taxonomia diferente. A DSM forneceu critérios específicos para cada categoria, mas não o procedimento de análise para saber quais são os critérios respeitados. Posto isto, foram desenvolvidas entrevistas de diagnóstico para se operacionalizar as categorias, estas entrevistas baseavam-se no questionamento da presença ou ausência da característica definida como um critério.

Waldman (1995) (cit in. Handbook of Developmental Psychopathology, 2000 p. 43), refere que “as categorias e critérios da DSM não foram conduzidas para angariar dados de procedimentos de análise específicos aplicados a amostras relevantes de crianças (...)”.

O que de mais grave é apontado ao paradigma DSM é que tem de se ter uma quantidade de sintomas para se poder dizer que uma pessoa tem características de uma dada patologia. Mas basta alterar uma resposta de sim, para não, para poder haver uma mudança entre considerar-se ter determinada desordem, para passar a não ter qualquer desordem.

No que concerne ao paradigma de base empírica, é assim denominado porque trabalha de baixo para cima (“bottom-up”), iniciando-se com informação obtida num problema específico, numa amostra significativa de indivíduos. Como anteriormente falamos, o paradigma da DSM, os problemas são analisados como presentes ou ausentes, já no paradigma com base empírica tem-se em atenção que maior parte dos problemas variam em frequência e/ou intensidade, logo tem resultados mais eficazes em graduações, mesmo numa escala de três graus pode tornar pontuar mais fácil, fiável e mais sensível a escolhas forçadas entre presente versus ausente.

Achenbach (2000), diz-nos que “depois de decidir que item se refere a que sintoma, podem ser construídas escalas para pontuar os sintomas, e somar os pontos obtidos nos diversos itens referentes a um sintoma. Para analisar os resultados de uma criança precisamos de normas de relação às quais os mesmos podem ser comparados, assim podendo estabelecer-se pontos ou normas, que poderão permitir fazer a distinção entre determinado grupo de critérios, assim ao quantificar evitam-se muitos dos problemas já apresentados na DSM.”.

No paradigma com base empírica, dá-se o que podemos chamar de informação cruzada, ou seja, temos de considerar a variação de informação consoante a fonte, devendo considerar as discrepâncias entre diferentes fontes e procedimentos de análise, muito mais quando se formulam construções taxonómicas, e quando se analisa indivíduos à luz da mesma. É importante referir que muitas análises com base empírica, utilizam dados de uma só fonte, contudo é de extrema importância usar dados de várias fontes. Com a concomitante dificuldade em criar uma taxonomia que considerasse diversos padrões, ambos os géneros, diferentes idades e diferentes fontes, foram feitas várias análises, considerando sempre uma mistura de diferentes variáveis. É então que surgem oito padrões de problemas de ocorrência, criando assim as oito taxonomias que se designam por: comportamento agressivo, ansioso/depressivo, problemas de atenção, comportamento delincente, problemas sociais, queixas somáticas e ainda problemas de pensamento. É de salientar que maior parte dos sintomas das oito síndromes são pontuados por familiares, professores, contudo como informantes diferentes estão familiarizados com diferentes aspetos do sujeito.

Para se poder comparar e combinar de diversas formas a informação múltipla que nos chega, foi criado um programa informático que para cada informante este elabora um perfil que mostra as pontuações em cada item da cada uma das oito síndromes, pontuações brutas e *standard* para cada escala e cada síndrome, e ainda uma análise gráfica que compara as pontuações da síndrome da criança com cada informante, para se tornar possível identificar semelhanças e diferenças entre padrões de ponderação da síndrome.

A importância da utilização da informação cruzada, é de extrema relevância, pois nenhuma fonte de informação é completamente estanque e tem um padrão perfeito, 7portanto opta-se pela informação de múltiplas fontes, e a maior vantagem que podemos retirar de síndromes de informação cruzada, é que fornece informação paralela de múltiplos informantes, permitindo assim a formação de conjuntos comuns na construção taxonómica. É de salientar que se os investigadores obtiverem a informação de pais, mães, professores ou dos próprios sujeitos, o significado desta ponderação é provavelmente mais fiável e válida do que as ponderações obtidas de uma só fonte.

O paradigma com base empírica difere também das pontuações da DSM, centrando-se num período de desenvolvimento. Achenbach (2000, p.46) “síndromes resultantes de dados obtidos ao longo de um período de desenvolvimento, considerando o género, oferecem oportunidades para análise do desenvolvimento da psicopatologia.”

Continuando nesta “comparação”, de paradigmas é também crucial lembrar que é difícil categorizar com precisão um problema comportamental e emocional como presente ou ausente, pois não se trata de algo completamente objetivo ou matematicamente observável, e sem erro, logo tem de ser analisados por pessoas diretamente envolvidas com o sujeito. Variadíssimos problemas variam ao longo das situações, ocasiões e padrões de interação, e ainda a intensidade e frequência dos mesmos determinam se se notam, recordam, relatam e são considerados suficientemente graves para se considerar patológicos. Quando há quantificação, esta permite-nos observar as variações invisíveis na natureza, intensidade e frequência de um problema, bem como as variações no processamento de informação no relato de problema. Quando pontuamos problemas numa escala simples como, Falso=0, Em parte verdade ou às vezes verdade=1, absolutamente verdadeira ou quase sempre verdadeira=2, é possível distinguir quais são os problemas com maior e menor evidência. A quantificação também permite que possamos agregar dados em escalas.

Por fim, é necessário dar ênfase também a quem diagnostica, escolhe a fonte de informação a obter e procedimentos de análise ou procedimentos *standard* para obter informação de múltiplas fontes.

Partindo do pressuposto da unicidade de cada caso, a análise do mesmo deveria também ser única, mas temos de ter em conta que as normas permitem-nos comparar cada caso a um grupo de referência. No paradigma da DSM existem entrevistas estruturadas, para que o diagnóstico seja uniforme. Tanto nas entrevistas estruturadas, como nas semi-estruturadas é necessário bastante tempo com as crianças e respetivos pais, portanto poderá ser necessário despender muito mais tempo e recursos para fornecer dados básicos de diagnóstico. Em oposição, os formulários do paradigma com base empírica obtidos através dos pais e professores, obtêm-se sem haver necessidade de formação, podendo ser utilizado de uma maneira rotineira, sem assim sacrificar o tempo e os recursos requeridos no paradigma anterior.

III- Metodologia

O método de pesquisa utilizado neste trabalho foi o “estudo de caso”. Esta metodologia de investigação foi alvo de variadíssimas críticas, como a Escola de Chicago (Midgley, 2006) na qual afirmavam que o método de estudo de caso tinha falta de representatividade e rigor, mas segundo vários autores como Kazdin (1982); Yin (1994), é com este tipo de trabalhos que conseguimos “provas” de algumas teorias utilizadas diariamente em consultório, e também “ como uma forma de ensino que outros tenham a noção do que se passa no espaço privado de um tratamento, fornecendo-nos a rara oportunidade de serem admitidos na intimidade da consulta, e de estudar a criança e o terapeuta”, (Cit in Migdley, 2006 p. 126). Existem imensos trabalhos que vieram demonstrar que o estudo de caso é um método legítimo no âmbito da investigação em ciências sociais, como por exemplo os trabalhos de Bromley, 1986, Estaca, 1995, e ainda Gommet al, 2000. Estes estudos vieram argumentar que o estudo de caso é muita das vezes a forma mais relevante de estudar influências causais, e que desempenham um papel fulcral para ajudar a colmatar o fosso entre a investigação e a prática clínica. Como os relatos das sessões são uma parte central da recolha de dados, é conveniente seguir as orientações da Associação Psicanalítica Americana, como foi relatado por KlumperandGalatzer-Levy (1991), e então incluir o relato quase literal do paciente e discurso do analista, sempre bem identificado. É de

extrema importância também o relato do comportamento não-verbal do paciente e os pensamentos e contratransferência do analista.

Spence (1993), fala-nos do perigo do método tradicional de seleção e interpretação do material clínico, e ainda o facto de se poder fazer uma seleção do material a apresentar, ou seja, só apresentar o material que vai ao encontro daquilo que eu quero e espero. E mesmo que o material clínico possa confirmar um determinado ponto de vista teórico, se não tivermos acesso a todo o material, não sabemos quantas “falhas de confirmação” da teoria já houve.

Elliot (2002), afirma que o estudo de caso oferece uma oportunidade única de construção de argumentos que são muito mais apropriados do que uma correlação estatística. Este afirma ainda que para se poder afirmar que o responsável da mudança foi o processo terapêutico, temos de ter em conta duas questões importantes, sendo que a primeira, é ter uma comprovação de que a existiu mesmo uma alteração, a segunda é, caso tenha existido mudança, que esta não é devida a fatores extra processo terapêutico. Afirma, ainda, que se queremos ter uma maior credibilidade de que a mudança ocorreu devido à terapia teremos de mostrar que esta alteração ocorreu derivada a um determinado aspeto da teoria.

Edelson (1985), vem sugerir que para um estudo de caso ser convincente em termos científicos, existem parâmetros que temos de ter em atenção, como por exemplo, o estudo tem de mostrar claramente qual a hipótese a ser estudada, as interpretações das observações, devem estar separadas das mesmas; deve-se dar a conhecer se a hipótese é explicada através das observações; não omitir observações que não vão ao encontro da hipótese em estudo; as observações que podem contradizer a hipótese de estudo tem de ser explicadas, e dito o porquê de acontecerem; tendo em conta que um conjunto de observações pode ser explicado de várias maneiras, tem de se dizer o porquê de utilizar esta hipótese e não uma hipótese alternativa; é ainda importante o estudo demonstrar se a hipótese se pode aplicar para casos semelhantes.

Instrumentos

1- Bateria ASEBA

Neste estudo de caso, a monitorização da psicopatologia do Gil foi efetuado através do questionário ASEBA (AchenbachSystemofEmpiricallyBasedAssessment), na versão portuguesa validada. Foram utilizados dois instrumentos desta bateria, o TRF (TeacherReportForm), e o CBCL (ChildBehaviorChecklist). Para complemento desta bateria de teste, e para ter um também uma monitorização do que se passou durante a terapia ao nível intrapsíquico da criança utilizei também os desenhos, de uma forma cronológica para se conseguir observar a evolução dos mesmos, e a projeção dos conteúdos internos, e inevitavelmente se estava a haver ou não progressos no decorrer da terapia, sendo que o desenho infantil, nos consegue remeter para o que muitas vezes as crianças não conseguem ou tem medo de falar.

No que diz respeito ao TRF (Anexo II), que foi respondido pela professora primária. Este teste dá-nos uma visão da criança enquanto estudante, como está na escola, como se relaciona com a professora, com os outros funcionários do estabelecimento de ensino, e ainda as suas relações sociais. O TRF pode ser utilizado também como elemento de comparação entre professores de várias disciplinas, obtendo, assim, uma visão pluridisciplinar. Na primeira página deste questionário é solicitado ao professor que responda a questões que nos vão fornecer informações demográficas, como a criança é vista dentro da escola, e o seu papel.

O CBCL (Anexo III), que neste caso foi passado à mãe e ao pai, e em que o preenchimento do mesmo foi realizado sempre em conjunto, tem uma parte de preenchimento de informações demográficas, questiona também qual a relação que tem com a criança, se é pai ou mãe, status socioeconómico. Existem também questões para despistar deficiências, doenças, queixas somáticas. Este questionário é bastante importante porque nos fornece uma visão completa sobre a criança, e de um modo contínuo. É aconselhável uma reavaliação a cada três meses.

2- Desenho Infantil

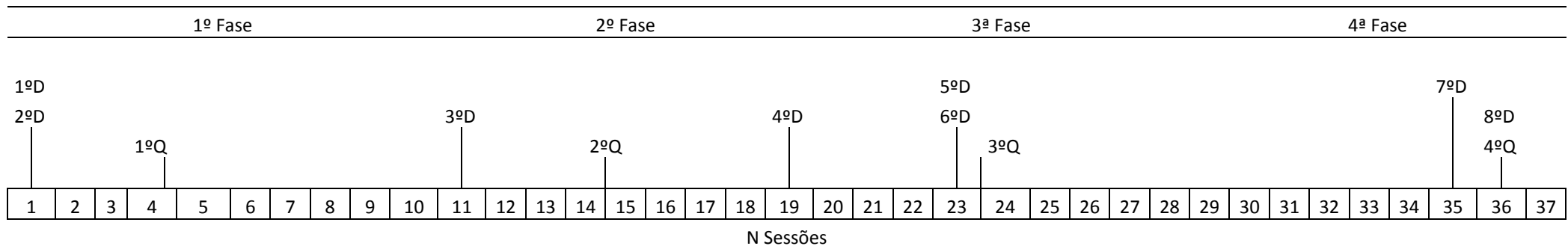
Para deter uma melhor monitorização do que se passou durante a terapia ao nível intrapsíquico, utilizei também os desenhos de uma forma cronológica para se conseguir observar a evolução dos mesmos, e a projeção dos conteúdos internos, e inevitavelmente se houve ou não progresso no decorrer da terapia, sendo que o desenho infantil nos consegue remeter para o que muitas vezes as crianças não conseguem ou têm medo/receio de falar.

Procedimento

O procedimento da recolha de dados de questionários foi efetuado sempre numa consulta marcada para esse efeito. Uma consulta só com os pais, em que eles preenchiam o questionário, e posteriormente falávamos um pouco da criança, e da sua evolução terapêutica. No que diz respeito aos questionários que foram preenchidos pela professora, também marcámos uma reunião, na qual esta preenchia os questionários com a minha presença, e depois revíamos alguns trabalhos do Gil na sala de aula, e de eventuais problemas a nível escolar.

Durante o processo terapêutico, num total de 37 consultas o Gil fez 27 desenhos, dos quais seleccionámos 8 (2 por cada fase do acompanhamento), que melhor explicam as 4 fases significativas do tratamento/evolução terapêutica desta criança. À primeira fase, foi denominada de “Adaptação”, a segunda de “Estruturação do Objeto do Continente Interno”, a terceira de “Elaboração da Agressividade Edipiana”, e por fim a quarta fase denominada de “Sublimação/ Socialização da Agressividade”

Tabela 1. Cronograma do procedimento de recolha de dados



Legenda:

D- Desenho
Q- Questionário

IV- Resultados

1-Monitorização da sintomatologia com a bateria ASEBA

Com a passagem dos Inventários de Comportamento da Criança para Pais, e também o Inventário de Comportamento da Criança para Professores no início da terapia, permitiu-me ter acesso a um conjunto de informação primordial e excelente, pois tive um enquadramento de três pessoas diferentes, que me retrataram o Gil, como ele estava e como ele era, o que me permitiu obter um conhecimento mais rápido de como os outros o viam, e quais as principais queixas.

Na primeira recolha de dados, a 19/10/2011, conseguimos concluir que o pai da criança, a coloca entre o Nível Borderline e Nível Clínico, estando mais acentuado a taxonomia do Ansioso/Deprimido, e dos Problemas Sociais, por último, mas não menos importante, o pai caracteriza-o abaixo da média normal no que concerne às Queixas Somáticas, e Rule-Breaking. Na mesma recolha de dados a mãe da criança refere níveis extremamente altos, acima do nível clínico na taxonomia de Ansioso/Deprimido, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, e ainda Comportamento Agressivo. No que diz respeito ao questionário passado à professora, esta considera elevado a taxonomia Retirado/Deprimido, Problemas Sociais, e ainda Problemas de Atenção.

Na segunda recolha de dados, que foi realizada a 30/1/2012, o pai descreve uma criança mais estável, no que concerne à média normal destas taxonomias, exceto na taxonomia Ansioso/Deprimido que este ainda classifica como estando no nível Clínico, e o comportamento agressivo, apesar de ter diminuído, ainda não se situa na média normal. No que concerne ao questionário passado à mãe, esta descreve uma criança muito mais perto dos valores da média normal, salientando ainda a taxonomia Ansioso/Deprimido e Comportamento Agressivo um pouco elevadas. No questionário da professora, consegue-se observar que na taxonomia Retirado/Deprimido, está mais perto da média normal, e um pequeno aumento no que se refere a Rule-Breaking.

A terceira recolha de dados, realizada a 12/4/2012, o pai descreve a criança como estando muito perto da média normal, em 7 taxonomias, a única que continua elevada é o comportamento agressivo, mas mesmo assim uns pontos abaixo desde a última passagem. No que respeita ao questionário da mãe, esta também o aproxima de média normal em quase todas as taxonomias, é de salientar é o comportamento agressivo, que apesar de estar mais

baixo, a mãe ainda o classifica na patologia Borderline. A professora apresenta a criança como estando muito mais dentro dos parâmetros da média normal, ainda se verificando elevada a taxonomia de Retirado/deprimido, e a de Problemas Sociais.

A última passagem dos questionários foi feita a 10/7/2012, e é nesta altura que o Gil já não tem escola, passa os dias com a mãe em casa, sem nada para fazer, e coincide também com a altura em que começo a dizer ao Gil o que ele pensa em acabarmos com as consultas. Então podemos verificar, segundo o questionário do pai um aumento da taxonomia Ansioso/Deprimido, e um aumento bastante significativo da taxonomia do Comportamento Agressivo. Já no questionário da mãe verificámos o contrário do pai, em que esta discrepância pode ser devida ao pai estar de baixa, e passar 24h por dia com a criança, a mãe demonstra com isto que o Gil se aproxima cada vez mais da média normal, revelando ainda um comportamento elevado, comparativamente à média normal. No questionário da professora, verifica-se um aumento significativo das taxonomias de Problemas de Atenção, e de Rule-Breaking.

2-Desenhos livres no decorrer da terapia (8 Desenhos)

1ª Fase - Adaptação

1º Desenho- Neste desenho, da esquerda para a direita e de baixo para cima, estão presentes os seguintes elementos: o sol, uma nuvem, o nome da criança (apagado para efeitos de anonimato), uma forma humana apenas com a cabeça e corpo, um tubarão e os riscos no fundo da folha a representarem o mar. Quanto à estrutura global do desenho, todo o espaço em branco é ocupado de forma equilibrada, os objetos tem fronteiras definidas, não se confundindo uns com os outros. Existe uma orientação no espaço, e são usadas várias cores adequadas aos elementos, sugerindo uma estrutura não psicótica da mente. Mostra também capacidade de usar tanto o traço forte e carregado como o mais leve. O elemento onde é passado o desenho é o mar, sugerindo assim uma estrutura psíquica fluida e pouco estável. Relativamente aos elementos do desenho, quando questiono se aqueles animais representavam alguém, este diz muito convicto que o tubarão era a mãe por causa dos dentes, e o outro era ele. Sendo assim o objeto materno é representado como ameaçador, o que denota uma clivagem do objeto, que é investido com agressividade, característico da posição esquizoparanóide. Por outro lado a representação do self é débil (sem braços e sem pernas), e de cor escura, o que demonstra uma imagem desvalorizada do self, provavelmente depressiva. Existe uma tonalidade depressiva neste desenho, que é dada pela grande nuvem com traço

carregado, no entanto o sol está presente e pode representar a presença de uma imago paterna de natureza positiva, mas que está relegada para uma posição lateral e inacessível. Analisando a interação dinâmica entre os elementos, neste desenho podemos observar toda uma dinâmica relacional de conflito, ou seja, as relações desta criança com a mãe devem basear-se na agressividade.



2º Desenho- Da esquerda para a direita, e de cima para baixo estão presentes os seguintes elementos: o Sol, uma nuvem azul, ao centro do desenho aparece um baloiço bastante grande com uma criança a andar nesse baloiço, que esta num nível superior aos outros dois, Existe ainda no canto inferior direito um baloiço com duas crianças com uma interação lúdica adequada. A estrutura Global do desenho é adequada em termos de ocupação e orientação, as cores estão adequadas aos elementos, os objetos tem fronteiras bem definidas, e a utilização tanto de traço fino como do mais carregado. O elemento de base deste desenho é a terra, demonstrando uma possibilidade de uma estrutura psíquica mais estruturada e firme. No que toca aos elementos do desenho, o que está no baloiço maior é um amigo do Gil, no baloiço mais pequeno está o Gil pintado a preto e o irmão. Neste desenho as figuras humanas estão mais bem estruturadas, possuindo todas as formas do corpo humano. O self é representado

mais uma vez pela cor negra, e neste desenho representa-se como o mais pequeno, o que vai seguir a linha do desenho anterior, que é uma imagem desvalorizada do self. Analisando a interação dinâmica entre os elementos, a atividade é lúdica e positiva



2º Fase - Estruturação do objeto continente interno

Desenho 10-Da esquerda para a direita e de cima para baixo, temos presentes os seguintes elementos: nome da criança (que foi apagado para efeitos de anonimato), uma casa, as nuvens dão lugar às estrelas, um pinheiro, e uma estrela bastante grande. Estes três elementos: casa, pinheiro e estrela estão muito próximos. Neste desenho a folha é utilizada de uma maneira equilibrada, os objetos apesar de muito juntos tem limites bem definidos, havendo portanto uma boa orientação espacial. São usadas algumas cores adequadas aos elementos. Mostra ainda capacidade de usar tanto o traço fino, como o mais carregado, o elemento onde se passa o desenho é a terra, o que já se tinha anteriormente observado no desenho 2, que vem demonstrar uma estrutura psíquica mais estruturada. Existe pela primeira vez um objecto continente seguro: a casa no centro do desenho. Também as nuvens do primeiro e segundo desenhos são agora substituídos por estrelas, mudando a tonalidade depressiva para uma tonalidade emocional positiva. No que concerne aos elementos do desenho e á interação entre os mesmos, observa-se uma grande proximidade dos três elementos centrais, o que pode remeter para a esperança e desejo que a criança tinha de ter uma agregação dos elementos

familiares no seu mundo interno os quais nesta altura se encontravam separados na realidade externa.



Desenho 11- Da esquerda para a direita e de cima para baixo, podemos observar os seguintes elementos: uma lua de grandes dimensões, que tem no seu interior a maioria das estrelas do desenho, dando enfoque à estrela central, não somente por ser a maior, mas por ter uma particularidade sensorial, é feita de tecido e foi colada no desenho, existe ainda uma estrela fora do contorno da lua, e uma maçã que diz “natale”. Quanto à estrutura global do desenho, toda a folha está ocupada de uma forma equilibrada, tendo em atenção a que a lua ocupa uma grande parte da folha e que no centro desta está uma estrela em tecido, que confere a este desenho uma particularidade sensorial diferente de todos os outros. Os objetos têm fronteiras e limites bem definidos, são usadas algumas cores, mas são maioritariamente cores quentes, é também possível observar a capacidade de utilização de um traço forte e carregado, bem como um traço mais leve. O contexto onde se passa o desenho é o ar. No que concerne aos elementos presentes no desenho, e à interação dos mesmos, podemos observar uma lua de grandes proporções que parece ter uma função contentora ou continente de todas as estrelas, e no meio há que salientar a estrela de tecido.

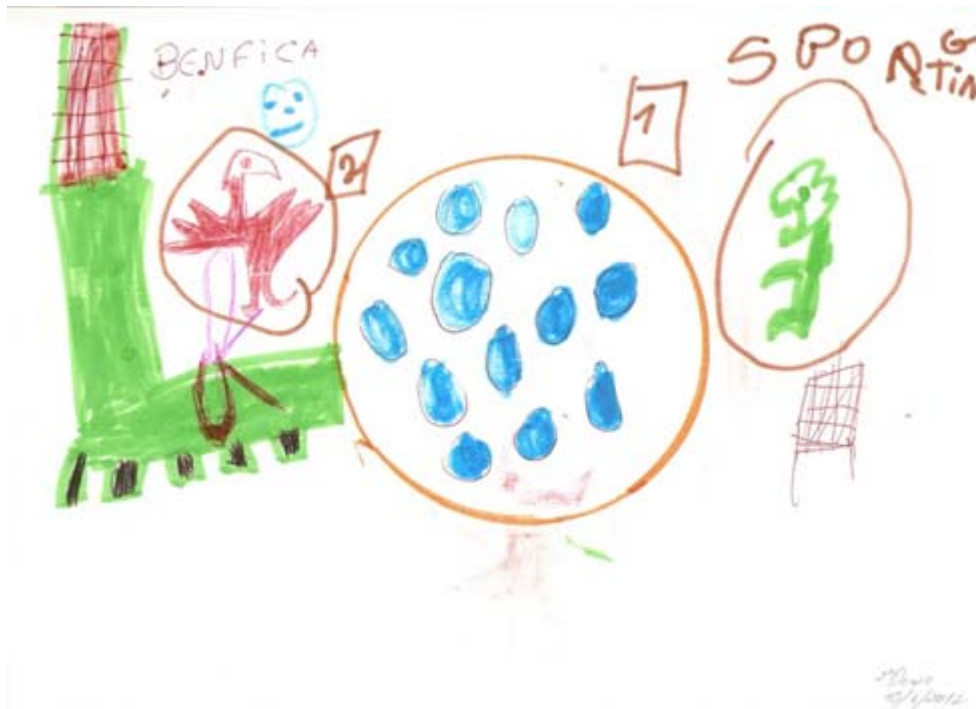


3º Fase- Elaboração da agressividade edipiana

Desenho 14—Da esquerda para a direita e de cima para baixo, conseguimos observar a palavra “pai”, e depois um boneco em que a cabeça é maior de que o corpo, existindo alguma desproporção. Pode-se observar também um pé encostado à cabeça, como se fosse dar um pontapé na cabeça, e neste caso na do pai. No que diz respeito á estrutura global do desenho, o espaço da folha é usado de uma maneira equilibrada, os objetos presentes tem fronteiras bem definidas, não havendo assim confusão entre os elementos. Pode-se constatar uma orientação espacial, e ainda a capacidade de utilização tanto do traço forte como do fino, o elemento onde se passa o desenho é a terra. Quando questionado sobre o que representava este desenho, a criança diz simplesmente que é o pai que leva um pontapé de uma chuteira de futebol na cabeça. Consegue-se apreender deste desenho um impulso agressivo direcionado ao pai, este pode representar como que uma punição ao pai por toda a sua ausência, e então a entrada no édipo é através do desporto com base na competição socializada e com regras e não no ódio destrutivo primário.



Desenho 15-Descrevendo o desenho e da esquerda para a direita e de cima para baixo conseguimos observar um pé (parte parcial do corpo), a dar um chute numa bola, tem também uns quadrados com o símbolo de cada grupo futebolístico, uma águia e um leão, e o respetivo nome dos grupos futebolísticos. Quanto á estrutura global, toda a folha em branco é utilizada, apesar das dimensões dos objetos não serem equilibradas. Todos os objetos têm fronteiras e limites bem definidos, e são usadas algumas cores adequadas aos elementos. Mostra capacidade de utilização de traço fino, assim como de traço grosso, e o elemento onde se passa o desenho é a terra o que nos remete para uma estrutura psíquica mais segura/estável. No que toca aos elementos do desenho, podemos observar uma competição saudável entre clubes, é de salientar, e o que chama mais à atenção neste desenho é que somente o pé é desenhado, não existe corpo onde o pé está integrado, portanto o que nos pode remeter para uma imagem de um self débil.



4º Fase- Sublimação/ Socialização da Agressividade

Desenho 25- Da esquerda da direita e de cima para baixo vemos um grupo de forcados em frente a um touro, na parte de cima existem bancadas onde estão pessoas a comemorar e bandeiras, existe também na parte inferior direita do desenho dois cavaleiros e um cavaleiro a pé com um capote. Quanto á estrutura global do desenho, todo o espaço da folha está ocupado de uma forma equilibrada, os objetos tem fronteiras definidas, não se confundindo uns com os outros, é perceptível uma orientação no espaço, em cima as bancadas, em baixo os cavaleiros com os touros e os forcados, e não são usadas cores, sendo que este desenho foi feito no final de uma consulta, muito á pressa por isso não a criança não teve tempo para pintar. O elemento onde se passa o desenho é a terra demonstrando uma estrutura psíquica mais firme. No que toca aos elementos do desenho, e á sua interação existe um grupo de forcados, que transmite a ideia de grupo de entre ajuda, e que neste caso todos são contentores da agressividade do touro, o que vai remeter para uma cooperação entre o grupo de pares. Neste desenho verifica-se uma retração da agressividade, sendo que a agressividade aqui representada é socialmente aceite.



Desenho 26- Da esquerda para a direita, e de cima para baixo observamos um céu com nuvens de cor azul, um sol, temos uma árvore, 3 meninos a brincarem a saltar à corda, um pássaro com as asas muito grandes por cima destas crianças, depois mais ao lado está um crocodilo como se estivesse a correr atrás de um disco voador, e por fim um menino a tocar no sol. Quanto á estrutura do desenho, todo o espaço em branco é preenchido de uma maneira equilibrada, os desenhos possuem fronteiras bem definidas, e existe uma noção de orientação no espaço, como o sol estando em cima perto das nuvens, os meninos brincam na relva. Mostra capacidade de utilizar tanto o traço fino como o traço mais carregado, são usadas várias cores adequadas aos elementos representados, o elemento onde se passa o desenho é a terra, demonstrando uma possibilidade de uma estrutura psíquica mais firme. No que concerne aos elementos do desenho e á interação dos mesmos, as figuras humanas estão estruturadas e é de salientar que este desenho remete para a socialização, para o jogo, para a amizade, há por parte da criança um investimento na relação com os pares.



3-Evolução dos questionários

De maneira a haver uma percepção mais rápida e eficiente da evolução das características desta criança, criei gráficos somente com a evolução da taxonomia Ansioso/Deprimido, Comportamento Agressivo, Internalização, Externalização, e Problemas Totais, mas com base só nos relatos dos pais, tendo em conta que os da professora não tinha dados elucidativos.

Tabela 2- Comparação de valores dos questionários dos pais do síndrome Ansioso/Deprimido ao longo das quatro aplicações

	Ansioso/Deprimido			
	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação
PAI	11	12	3	7
MAE	13	10	5	6
Nível Clínico	10	10	10	10

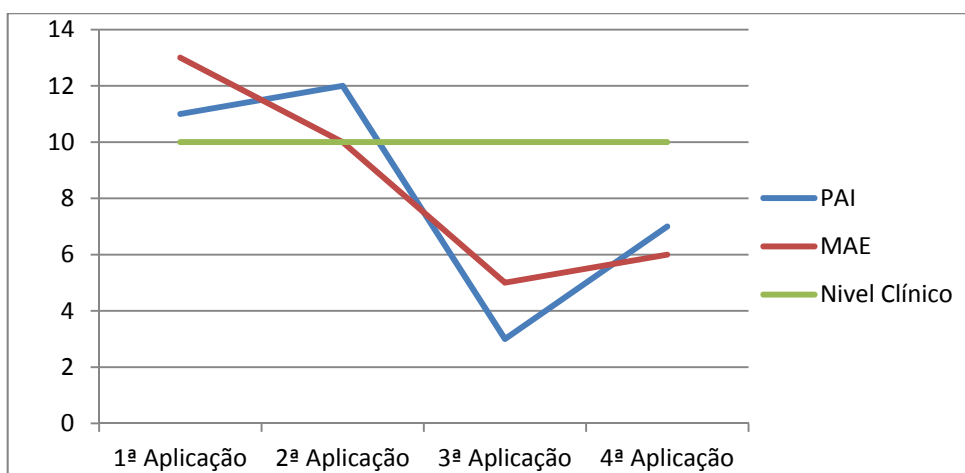


Gráfico 1- Evolução do Síndrome Ansioso/Deprimido ao longo das quatro aplicações.

Tabela 3- Comparação de valores dos questionários dos pais do síndrome Comportamento Agressivo ao longo das quatro aplicações

	Comportamento Agressivo			
	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação
Pai	19	15	13	22
Mãe	26	20	17	14
Nível Clínico	24	24	24	24



Gráfico 2- Evolução do Síndrome Comportamento Agressivo ao longo das quatro aplicações

Tabela 4- Comparação de valores dos questionários dos pais do síndrome de Problemas de Internalização ao longo das quatro aplicações

	Internalização			
	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação
Pai	20	20	4	11
Mãe	22	13	11	9
Nível Clínico	22	22	22	22

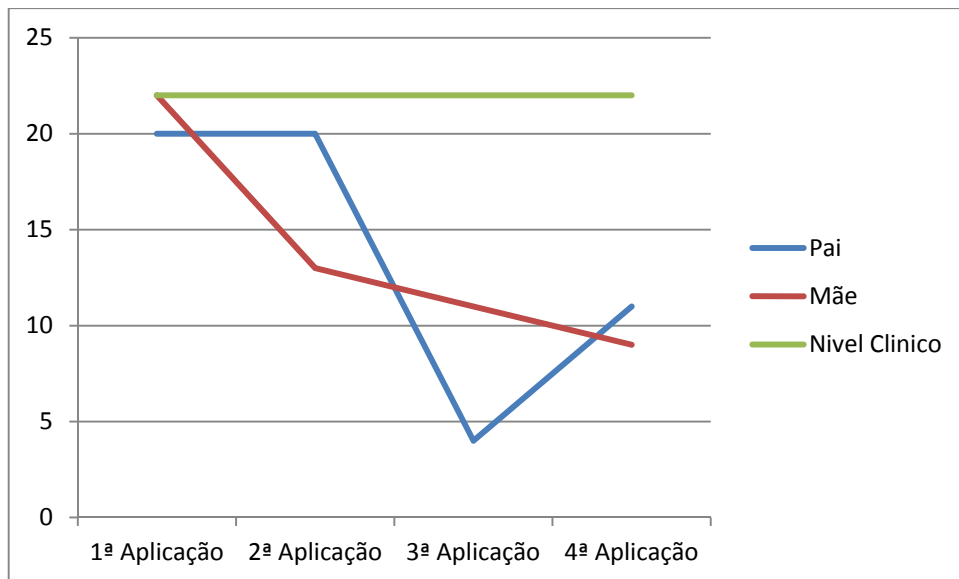


Gráfico 3- Evolução do Síndrome de Internalização ao longo das quatro aplicações

Tabela 5- Comparação de valores dos questionários dos pais do síndrome de Problemas de Externalização ao longo das quatro aplicações

	Externalização			
	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação
Pai	22	19	12	21
Mãe	32	28	21	15
Nível Clínico	30	30	30	30

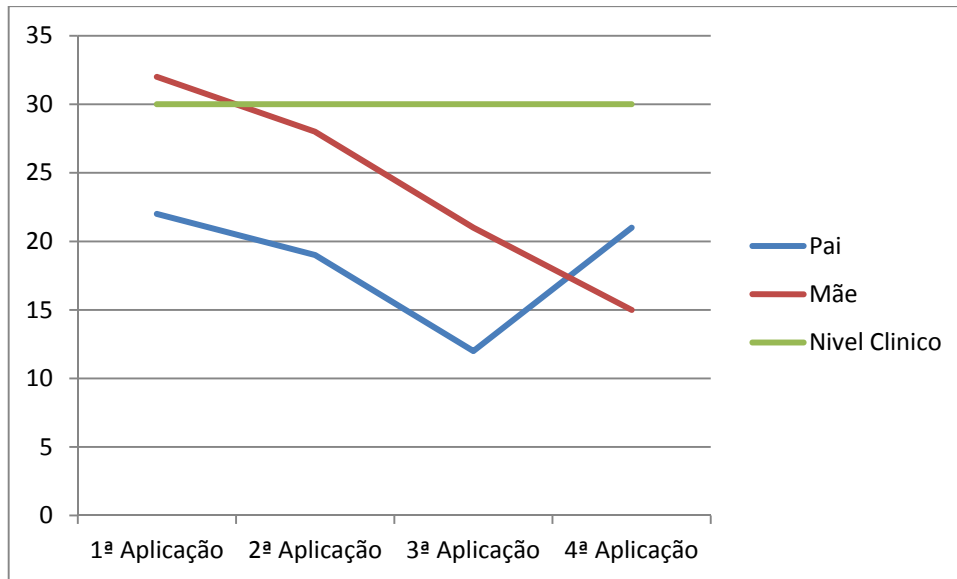


Gráfico 4- Evolução do Síndrome de Problemas de Externalização ao longo das quatro aplicações

Tabela 6- Comparação de valores dos questionários dos pais no que diz respeito aos Problemas Totais ao longo das quatro aplicações

	Problemas Totais			
	1ª Aplicação	2ª Aplicação	3ª Aplicação	4ª Aplicação
Pai	71	62	30	39
Mãe	92	62	49	29
Nível Clínico	80	80	80	80

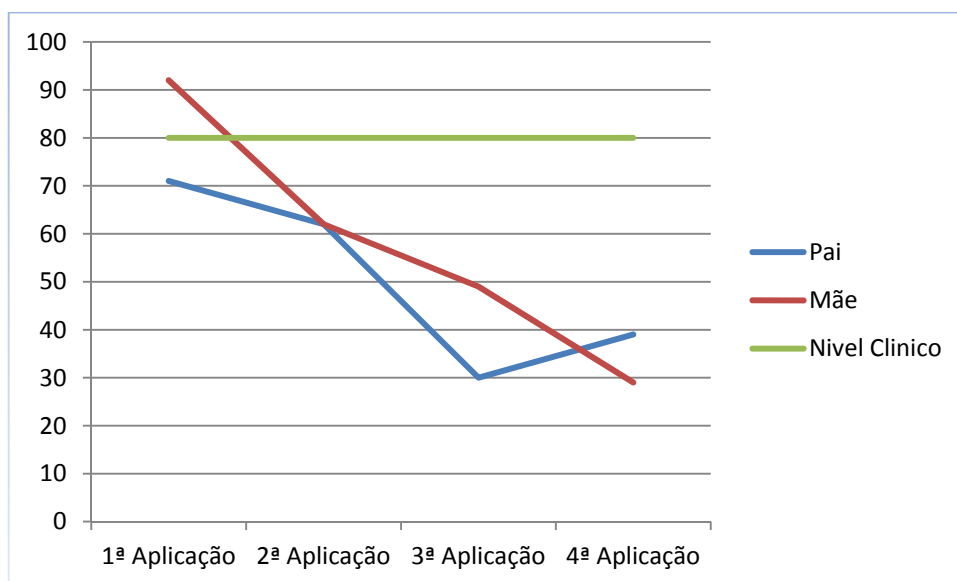


Gráfico 5- Evolução do Síndrome de Problemas Totais ao longo das quatro aplicações

VII- Conclusão

A partir da análise de vários indicadores, neste caso o CBCL, o TRF, e uma análise da evolução do desenho, conseguimos perceber que esta criança quando iniciou a terapia, estava deprimida, e uma das manifestações mais presentes, era a agressividade.

No decorrer do processo terapêutico, notou-se que estes níveis de depressão e de ansiedade, que nos são fornecidos pela taxonomia Ansioso/Deprimido, tendem a descer consideravelmente, e mais tarde os níveis de Agressividade também. As relações sociais aproximam-se do nível normal como se pode verificar na taxonomia Retirado/Deprimido, e na taxonomia dos Problemas Sociais.

No que concerne ao mundo intrapsíquico, conseguimos perceber que no início a estrutura psíquica é pouco estável, tem como ameaçador o objeto materno, as relações existentes são todas conflituosas, e de muita agressividade, e percebe-se um self bastante débil. Passado algum tempo da terapia, assiste-se a uma separação externa dos pais, e é perceptível a emergência de um objecto continente seguro, logo começa a existir uma função contentora. Tendo por base os desenhos mais tarde percebe-se um impulso agressivo direccionado ao pai, certamente culpando-o por ter estado fora, tendo em conta que nesta fase os pais já se encontram novamente juntos, é também de salientar uma estrutura psíquica mais estável. Numa análise final constatamos que passa a haver uma retração da agressividade “em bruto”, para elaborar uma agressividade socialmente aceite. Passa também a haver maior disponibilidade para a relação com os pares, e possivelmente um investimento na amizade.

Não havendo alterações do quotidiano da criança, como sendo mudança de escola, mudança de casa, alteração do agregado familiar, problemas de saúde, ou qualquer outra possibilidade de alteração significativa para a criança, é natural, se não a única possibilidade para que tenha havido esta estabilização da criança, é o facto de andar em terapia, portanto chegamos, assim, à conclusão de que a terapia foi o elemento propulsor da estabilização, e do melhoramento do quotidiano desta criança. É ainda de salientar, um dado significativo, é que como se pode observar na última passagem de questionários os níveis de depressão e de comportamentos agressivos aumentam, isto vai ao encontro do trabalho terapêutico, pois cerca de duas semanas antes da passagem do último questionário eu comecei a trabalhar o final da terapia “o desapego” com o Gil, e é normal que este se tenha sentido revoltado, pois estava bastante relutante com o fim da terapia.

Referências Bibliográficas

- Arfouilloux, J. –C. (1993). *Dépression et dépressivité chez l' enfant*, in Journal de la Psychanalyse de l'Enfant, (13), Paris, Bayard Ed., pp. 242 - 262
- Bergeret, J. (1976). Dépressivité et dépression dans le cadre de l' économie défensive, in Revue Française de Psychanalyse, vol. 40, n°5 – 6, pp.835 – 1044.
- Bowlby, J. (1960). *Grief and mourning in infancy and early childhood*, in Psychoanalytic Study of the child, 15, pp.9 – 52.
- Burks, H. L. e Harrison, S. (1962). *Agressive behavior as a mean of avoiding depression*, in Amer. J. Orthopsychiat., 32, pp. 416 - 422 (Cit in Dugas, M. e Mouren, M. –C.).
- Coimbra de Matos, A. (1982). *A Depressão, essa incógnita*, in Jornal do Médico, vol. CIX, (1991), pp. 937 a 938.
- Coimbra de Matos, A. (1982). *Esquema do núcleo depressivo da personalidade*, in O Médico, n°1597, Ano 33- Vol. 103.
- Coimbra de Matos, A. (1989). *A Depressão na Criança*, extracto de uma aula gravada do Curso de internos, texto de apoio à cadeira de Psicopatologia da Criança e do Adolescente, do 4º ano, do curso de Psicologia da F.P.C.E.L..
- Dugas, M. e Mouren, M. –C. (1980). *Les troubles de l'humeur chez l' enfant de moins de 13 ans*, Paris, PUF, Col. “Le Fil Rouge”
- Freud, A. E Burlingham, D. (1974). *Infants without families and reports on the Hampstead nurseries 1939 – 1945*, London, Hogarth
- Freud, S. (1915 - 1917). *Luto e Melancolia*, in Edição Standard Brasileira das Ob. Psci. Comp de S. Freud, Rio de Janeiro, Imago Editora, Lda, 1976, vol. XIV, pp. 275 – 291.
- Haynal, A. (1977). *Lesensdudes espoir*, in Revue Française de Psychanalyse, Vol. XLI, 1 -2, pp. 5 – 186 (cit por Dugas, M e Mouren, M. –C.).
- Inshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do Pensamento Kleiniano* Porto Alegre: Artes Médicas

- Kohut, H. (1974). *Le soi*, Paris, PUF
- Lang, J. – L. (1978). *Aux Frontières de la psychose infantile*, Paris, PUF, Col. Le Fil Rouge (citado por Dugas, M. e Mouren, M. – C.).
- Mijolla, A. & Mijolla-Mellor, S. (2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi
- Nissen, G. (1973). *La dépression masquée chez l'enfant et l'adolescent*, in Kielhoz, P., La depression masque, Symposium International Saint Morritz, Paris, Masson, pp. 133 – 151, (citado por Dugas, M. e Mouren, M. – C.).
- Sandler, J. & Joffe, W. G. (1965). *Notes on Childhood depression*, in International Journal of Psycho-Analysis, 40, pp. 88-96.
- Sandler, J. & Joffe, W. G. (1967). *Remarques sur la souffrance, la dépression et l'individuation*, in Psychiatrie de l'Enfant, 1, pp. 123 – 156.
- Spitz, R. (1946). *Anaclitic Depression*, in The Psychoanalytic Study of the Child, 2, pp. 213 – 342
- Toolan, J. M. (1962). *Depression in children and adolescents*, in Amer. J. Orthopsychiat., 32, pp. 404 – 415, (Cit in Dugas, M. e Mouren, M. – C.).
- Winnicott, D. W. (1958). *De la Pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot
- Midgley, N. (2006). The 'inseparable bond between cure and research' : Clinical case study as a method of psychoanalytic inquiry. *JOURNAL OF CHILD PSYCHOTHERAPY VOL.32 NO.2*
- Achenbach, T. (2000). Assessment of Psychopathology. In A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Eds), *Handbook of Developmental Psychopathology* (p. 41- 56). New York: Kluwer academic / Plenum Publishers
- Coimbra de Matos, A. (2001) . *A Depressão*. Lisboa: Climepsi
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Brasil: Artes Médicas.
- Decobert, S., & Sacco, F. (2004). *O Desenho no Trabalho Psicanalítico com a Criança*. Lisboa: Climepsi
- Ferro, A. (1995). *A Técnica na Psicanálise Infantil*. Rio de Janeiro: Imago

Segal, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago

Anexos

18/10/2011-1ª Sessão Gil

1º e 2º Desenho

Neste relato falta a primeira parte da consulta, em que estive a falar com a mãe, e que transferi esta informação para a anamnese, em que posteriormente marquei uma consulta só com a mãe para completar e ter uma anamnese o mais completa possível, porque no dia da primeira consulta o Gil estava muito ansioso e precisava de muita atenção. Desde que a mãe me apresentou o Gil até ele falar comigo pela 1ª vez demorou cerca de 20 a 25 minutos. No caminho até ao consultório o Gil não olhava para mim e não respondia as minhas questões, respondia a mãe por ele. Na entrada para consultório não houve qualquer problema, o Gil sentou-se no chão no tapete com almofadas, e a mãe no cadeirão. Ele ficou mais próximo da mãe, e eu propositadamente tinha colocado a caixa de plástico transparente mesmo no entro do tapete. Então eu estava a falar com a mãe sobre ele, e ele levanta-se e vai buscar a caixa e começa a brincar. Ele tira praticamente tudo de dentro da caixa e vai brincando, então a brincadeira dele era esconder as coisas debaixo das almofadas, neste caso os animais, as frutas e legumes. Posteriormente começa a ter uma brincadeira descoordenada, a única coisa que fazia era guardar os bonecos e levantar-se à procura de mais, portanto nesta altura eu estava sentado no cadeirão, passei para o chão e perguntei-lhe se podia brincar com ele, ele não responde, mas passa-me/põem-me à frente o leão, não sei se como defesa, se como início da brincadeira, foi o que pensei nesse momento. Então perguntei o que é que ele achava de ficarmos os dois ali a brincar um bocado e a mãe ir lá fora um bocado para nós podermos falar um pouco? Ele olha para a mãe assim meio inseguro e diz que não com a cabeça, a mãe insiste e diz que fica lá fora a fumar cigarros, então ai ele já diz que sim. Como estava sentado com ele no chão, pedi-lhe se ele queria construir a família dele com aqueles bonecos que eu lá tinha, então ele em primeiro lugar põem a mãe, depois o pai, a avó, e o avô, e o irmão, todo este processo ele não falou comigo, no fim é que eu perguntei se ele já tinha acabado, e ele respondeu que sim e pedi-lhe para ele me dizer então quem eram aquelas pessoas. Ele descreve todos menos a ele mesmo, então eu pergunto se a família está completa, e ele diz que sim, mas que não se pode “representar”, por uma rapariga, então eu disse que para a semana já trazia mais bonecos do sexo masculino. Quando o Gil estava no chão a brincar com os bonecos reparei que agarrou em alguns objetos e juntava-os á sua cara e revirava os olhos e virava-se para a parede, isto aconteceu pelo menos 3 vezes. Foi mais ou menos nesta altura da

consulta que eu expliquei ao Gil que tudo o que ele me contasse ali no consultório ficava só entre nós assim como se fosse um segredo, ele gostou da ideia, pois riu-se para mim e abanou a cabeça de forma afirmativa. Na mesa que temos no consultório havia umas folhas e uma caixa de lápis, e o Gil pergunta-me se pode desenhar, eu disse que sim e ele começou a desenhar, começa por reclamar que haviam canetas que não escreviam, que os lápis não estavam todos afiados, eu sentei-me ao lado dele e ele ficou a olhar para mim e abanou com o lápis a dizer que não, eu perguntei o que é que ele queria dizer com isso, e ele disse nada, então eu pergunto se ele queria que eu não visse o desenho, isto porque ao mesmo tempo ele colocava o braço em frente do desenho, então ai ele diz que sim com a cabeça. Então eu pergunto se é um desenho surpresa, e ele diz que sim. Neste momento eu levanto-me da mesa e vou para o outro lado da sala para ele pensar que eu não conseguia ver o que ele estava a desenhar, há uma altura em que ele me pede para lá ir e pergunta se eu quero ver ele a fazer um tubarão, porque faz tubarões muito bem, então eu sento-me novamente ao pé dele, e vejo-o a desenhar o tubarão, depois de ele desenhar o animal, procede da mesma maneira para eu não ver o resto do desenho. Quando acaba o primeiro desenho, pergunta-me se pode desenhar outro, eu digo que sim e começo a tentar ganhar a confiança dele, perguntando-lhe algumas coisas básicas, como por exemplo se gosta da mãe, do pai, do irmão ele responde-me sempre em sim-não, responde que gosta de toda a gente menos da professora da escola, eu perguntei se ele se portava bem na escola, ele diz que sim, porque assim o pai dá-lhe prendas. Ele acaba o desenho entrega-me ambos e eu guardo na pasta e saímos do consultório, a mãe estava lá fora a fumar, e ansiosa por alguma novidade, eu tranquilizei-a, dizendo que tinha corrido tudo bem, e o Gil vai a saltar em cima das pedras, muito mais leve, como se lhe tivessem tirado um peso enorme dos ombros. Há que salientar que este faz uma descrição muito resumida dos desenhos, sendo que no primeiro me diz que o tubarão pode ser a mãe porque está zangado e também por causa dos dentes, eu pergunto, então e quem é que vai a voar para fugir do tubarão? Ele responde que é ele, mas em tom de brincadeira diz que é um golfinho ou uma foca.

10º Desenho

Nesta consulta a mãe do Gil chega bastante desorientada, e disse doutor o Gil nem era para vir hoje, ele ontem abriu o olho ao irmão, o Gil retraiu-se um pouco, e a mãe diz pois doutor ele só saiu do castigo por consideração a si. Eu disse, então se o Gil quiser falar sobre isso ele conta-me isso no consultório, a D^a Sónia ainda insistiu em falar mais no assunto, mas acabou por nos deixar ir para a nossa consulta. O Gil vinha bastante chateado, com uma cara muito triste, mas por mais estranho que pareça não vinha agitado. Chegamos ao consultório ele começou a ver os bonecos novos que haviam em cima do parapeito, perguntou de quem eram, eu respondi que tinham doado para ali, para os meninos brincarem, e começamos a brincar com uns discos de atirar, para acertar num cone. Enquanto brincávamos a isto, fui fazendo perguntas tais como tinha corrido o natal, ele diz que foi bom, mas foge a mais questões. Depois perguntei o que ele tinha recebido do pai natal, ele lá me contou, perguntei se o pai tinha passado o natal com ele, e ele diz que não, mas que recebeu as prendas do pai. Depois perguntei se ele se lembrava o que tinha-mos feito na última consulta, então ele parou para pensar um pouco e depois disse que era escrever a história, eu pergunto se ele quer continuar a história ou quer fazer outra coisa, então ele pergunta se tem tempo para brincar um pouco e depois escrevermos a história, eu respondo que sim, então ele decide desenhar, eu sento-me ao lado dele, mas numa cadeira mais baixa, de maneira a não ver o desenho dele, ele reforça que eu não posso ver o desenho. Enquanto ele esteve a desenhar eu tentei que emergisse o assunto do irmão, ele diz que o Martim brincou com os brinquedos dele mas que estraga sempre tudo, mas depois começaram a brincar cada um com os seus brinquedos e depois correu tudo bem, ele não falou de nada de ter aberto o olho ao irmão. Depois dos desenhos, disse que queria escrever a história, então deitamo-nos os dois no chão, eu li a história que ele já tinha ditado, e ele disse para eu começar, que ele não era capaz. Ainda esperei um pouco para ver se ele dizia algo, então comecei eu a dar ideias, depois lá desenrolou a história, desta vez teve mais dificuldade, quis desistir algumas vezes, mas lá acabamos a história, e a consulta acabou bem, ele saiu bem, mais sereno. A mãe estava no topo das escadas, para me mostrar um jogo novo que tinha ensinado ao Gil, e que ele tinha de me ensinar a mim para ganhar mais um bayblade, então lá tiveram a fazer o jogo e foram embora.

13-03-2012 Gil

11º Desenho

Nesta sessão o Gil chega atrasado 10 minutos, e quando chega vem muito triste/ abalado, agarrado a uma consola e eu digo boa tarde, ele não me responde, então eu estendo a mão e cumprimento-o, pergunto se ele quer vir e ele diz que sim, então depois despedimo-nos da mãe, antes disso a mãe refere que ele fez anos na semana passada, então eu dou-lhe os parabéns e seguimos para o consultório. Já no consultório o Gil senta-se na poltrona e continua o jogo da consola. Eu vou perguntando como é que ele está, ele não responde ou responde sim ou não, depois começo a puxar o assunto dos anos dele, e como foi, ele diz que foi normal, não quer falar sobre isso, e deixa a consola e pergunta-me se já descobria a bola verde, eu digo que não, então ele por sua iniciativa vai buscar uma caixa verde que lá tenho com variadíssimas coisas e ele começa a procurar a bola, mas como não encontra fica com a raquete de pingue-pongue, e pede para ir fazer um desenho. Eu digo que se ele quer pode ir buscar as folhas enquanto eu vou buscar os lápis, então ele lá abre o móvel e vai buscar as folhas, senta-se na cadeira em frente da mesa e agarra na raquete e começa a desenhar e enquanto isso eu sento-me no cadeirão a tentar interagir com ele, mas ele parecia não querer falar. Eu pergunto então Gil como foi o teu dia de anos? Foi normal, então e quando foi? Ele responde que foi na 3ª e eu digo então e foi no dia em que tiveste consulta com o Mário e não me disseste? E ele diz não, afinal foi na 4ª, eu não respondo, faço um silêncio e depois pergunto então o que recebeste de prendas? Ele diz que não recebeu nada, que foi só aquela consola, e que a mãe fez um bolo de chocolate e uma gelatina, então e fizeste algo no teu dia de anos, tiveste com o pai, com amigos ou assim? Não! Lá continua a concentração no desenho, depois eu pergunto então e agora o pai já lá vive em casa? Sim já lá dorme, faz um silêncio, e depois eu pergunto então e a avó o que te deu, ela costuma dar-te tantos doces, não deu nada. Depois eu estava o olhar para o desenho e ele pôs a mão á frente para eu não ver, e eu disse então queres que seja surpresa? Ele responde que sim, depois ainda falamos da escola, ele disse que estava tudo bem, e lá em casa também. Depois acabou o desenho e queria que este fosse afixado na parede, como lá estão outros, mas não havia cola e portanto eu guardei para afixar depois, e ainda lhe perguntei o que era o desenho, então era o desenho do natal porque no natal os meninos recebem prendas. Eu pergunto se ele queria ter recebido mais prendas e ele não responde, foge á conversa de algo mais íntimo. Começamos a arrumar tudo para ir embora.

10/04/2012 Gil

14º e 15º Desenho

O Gil trás um taso do bolicau que estava a comer e disse que aquilo dava para por na PSP e ver monstros, fala um pouco sobre isso. Depois pergunto como correu a pascoa mesmo em si, e ele diz que não quer dizer. Eu proponho um desenho da família, ele diz que isso é difícil porque tem muitos tios e tias, a família é muito grande, depois vai buscar os lápis e as folhas. Depois vai buscar também um barco com as espadas, e jogamos um bocado com esse barco que tem de se espetar umas espadas, ele fica com uma cor, e eu com outra, este jogo não tem nenhum objetivo definido, mas temos de carregar numa cabeça de um boneco, mas o jogo não corre muito bem e ele fica um pouco chateado porque eu o “ataquei” primeiro do que ele, e ele ficou furioso. Depois ainda me apontou uma das espadas, e eu pergunto se ele me quer matar e ele diz muito depressa claro que não. Vai cantarolando “o Mário é totó” e eu digo o “o Gil é batoteiro”. Depois pede-me ajuda para desenhar um círculo, eu digo que ele consegue e ele diz que não vai desenhar a família porque a família é muito chata. Depois eu pergunto se ele foi à escola, e ele diz que eu devia saber, e que o pai dele advinha as coisas todas, eu digo que não sou o pai dele, ele diz pois...depois eu pergunto se ele não quer falar, e ele diz que não para eu adivinhar então eu digo que acho que ele foi à escola e que está chateado, ele diz certo e errado, então foste à escola mas não tas chateado, ele diz certo, e eu digo mas então estas triste e ele diz que sim porque o pai comprou um bolicau para o Martim e para ele não. Continua a desenhar e pede-me para não ver o desenho, depois diz para eu adivinhar o desenho, eu digo uma bola, uma pessoa gorda, e ele diz que não, depois pergunto se é um peixe, umas bochechas, um rato, um coelho, enquanto ele vai fazendo mímica, então depois diz que é um esquilo, ele diz que os esquilos lhe fazem comichão no nariz, porque quando espirra salta/voa para a cabeça do pai, eu faço cara estranha e ele diz que é quando esta com um trampolim debaixo dele. Depois diz que é uma pessoa com uma cara inchada, eu pergunto quem é essa pessoa, ele diz que sou eu que sou um totó. Depois faz um som de um pum, e diz perdão dei um peido e ri-se, eu pergunto se ele costuma dar muitos peidos e ele diz que não porque bebe muito queijo, a mãe faz na liquidificadora, eu pergunto se é bom e ele grita que é azedo, e diz ou não ouviste? Eu digo ouvi, mas parece que estas chateado com alguém mas não é comigo, ele diz que é com o pai porque o pai não lhe deu o bolicau como deu ao Martim, eu digo que ele deve dizer isso ao pai, ele diz que já disse e que o pai disse que não queria saber. Eu digo tu ficas mesmo chateado quando o pai não te liga nenhuma, ele responde que sim, que parece uma velha, eu digo uma velha? Ele diz que assim que começa a

correr fica logo cansado, eu pergunto quem é que te disse que parecias uma velha? Ele não responde e eu digo o pai? Ele acena com a cabeça que sim, eu digo desde que o pai voltou lá para casa, tu tas mais chateado com ele, eu pergunto se o pai tem brincado com ele, ele diz que não. Depois mostra-me o desenho que nem ta contente nem ta triste, eu digo também que ele ta contente porque a escola correu bem, mas está triste porque o pai não lhe deu o bolicau. Depois pede-me para desenhar um pé, uma sapatilha de futebol, eu digo que ele tem muito mais jeito para o desenho do que eu. Depois ele diz que no desenho é a cabeça do pai, e o corpo ta mais pequeno, depois desenha uma chuteira a dar um pontapé na cabeça do pai, mas ele diz que é uma bola, depois eu digo que queres dar um pontapé na cabeça do pai, ele grita e diz que sim porque ele não me comprou o bolicau e depois diz é tudo, eu digo que é normal que ele esteja chateado e eu já percebi que ele quer que o Mário perceba que ele esta triste. Depois pergunto se ele tem sonhado, ele responde que não. Depois diz que sou espertalhão, e diz que não consigo fazer uma conta tipo $1000+300+300+70$ eu digo que consigo, e depois faz um som de um pum e eu pergunto o que é aquilo ele diz que é um peido, eu pergunto porque, porque me esta a dar-me um peido, eu pergunto se isso se dá, ele diz que o pai lhe deu isso quando fez 7 anos, eu pergunto como é que o pai lhe deu isso e ele diz que o pai baixou as calças e as cuecas e deu. Depois faz barulhos de um arrote, e eu digo se ele gosta de arrotar e ele diz que não, não gosta disso, então eu digo que ele não gosta que o pai arrote e se peide, ele diz que sim. Depois falamos sobre as camas, se já estavam arranjadas, ele diz que a mãe quando se partisse vai comprar um beliche e ele diz que quer ficar em cima. Eu a interpretar o desenho pergunto se ele gostava que o pai fosse jogar à bola com ele, ele diz que não, eu digo que parecia por causa da confusão da bola, e da cabeça do pai. Depois volta a folha e faz um desenho com a águia do Benfica. Eu depois pergunto como foi a festa de anos da mãe que tinha sido na noite anterior, ele diz que não foi porque estava na escola. Pede-me ajuda para escrever sporting e Benfica eu digo que não escrevo Benfica e ele amua e faz cara de muito triste, depois eu escrevo e ele faz um género de um smile por baixo, depois eu confronto-o com o facto de ele ter de ser sempre melhor que eu, ele diz que a desenhar sim, mas nas letras eu sou melhor, no fim da consulta pede para lavar as mãos.

10/07/2012

25ºDesenho

Nesta consulta o Gil chegou atrasado e já não o via há algum tempo, porque ele esteve doente. Assim que chegou quis logo ir brincar com um jogo de dados e sem perder tempo foi logo arranjar tudo para que pudesse-mos jogar. Vinha bastante alegre e disse que pensava que já não ia ter mais consultas, eu respondi que ele deve ter feito confusão, ele disse que isso não importava que agora queria mesmo era brincar. A mãe queixa-se que o Gil lhe tem chamado muitos nomes e ela não aguenta mais e diz que não sabe o que deve fazer, quando eu pergunto o porquê de ele ter chamado nomes à mãe ele diz que não quer falar sobre isso. Depois eu pergunto o que ele tem feito no início das férias, diz que não tem brincado com o pai porque ele está doente e que não faz mais nada o dia inteiro, só vê televisão e joga computador. Passado algum tempo de estarmos a brincar com os dados e de o Gil estar a fazer batota no joga, diz que quer desenhar. Então vai procurar as folhas e entretanto eu pergunto então Gil como tem sido as tuas férias, não contas nada ao Mário, tens brincado com a mãe? Ou com o irmão? Aqui para saber se tanto a mãe como o irmão estavam também em casa, ele diz que não, e que não quer falar sobre isso. Quando está a fazer o desenho como já tinha pouco tempo para acabar, pergunta-me se eu fico chateado se o desenho for a preto e branco para ele ter tempo de acabar o desenho, eu digo que não me importo pois é um desenho dele, e isso sim é o mais importante. A descrição do desenho é pouco pormenorizada mas dá bastante ênfase ao facto de as caudas dos bois serem pequenas. Eu pergunto se ele quer alterar alguma coisa no desenho e ele apaga a cauda do boi que está no centro da folha e faz de novo, mas sem grande alteração no resto do desenho. Quando eu digo que a consulta tem de ficar por ali e que para a semana continua-mos, notou-se alguma ansiedade pois ele sabia que a próxima seria a última consulta, portanto estava relutante em arrumar os brinquedos, pediu para desenhar novamente, portanto estava com alguma dificuldade no abandono daquele espaço. Eu levei-o até junto da mãe e disse que como estávamos a acabar o processo terapêutico, era bomele não faltar à próxima consulta, enquanto falo com a mãe, o Gil está a brincar, a correr atrás do irmão.

26º Desenho

02/08/2012

Teve 2 semanas sem vir à consulta, vem bastante bem disposto, mas fica bastante chateado quando lhe pergunto se está tudo bem e se tem novidades. Depois pergunto o que ele quer brincar e ele não sabe, e então começa a subir a camisola e a mostrar-me as tatuagens que tinha colado nos braços, depois pede-me água, isto porque eu estava a beber água e eu disse-lhe que ele podia tirar um copo e beber um pouco, ele diz que quer beber da minha garrafa, mas eu disse que não podia ser. Depois como habitual vai à WC. Decidiu ir buscar os brinquedos que utilizava no início das consultas, mas diz que já não gosta daquilo porque agora já é crescido, eu reforço porque ele já lá está algum tempo comigo, reforço o tempo que ali passou como algo positivo. Quando estamos a brincar ele diz que um boneco é ridículo e manda-mo acima, aleija-me e fica revoltado. Então pede para eu mandar um tomate de plástico para ele, mas diz que não são os tomates que ele tem ali em baixo, são os de comer, eu respondo que os tomates que ele tem ali em baixo eu não lhe vou tirar. Depois tenta acertar-me com o tomate de plástico, lançando-o com uma raquete de pingue-pongue. Como não sabe ao que quer brincar eu pergunto se ele quer fazer um desenho, ele aceita e eu peço para ele arrumar os brinquedos que espalhou, ele arruma tudo, mas sempre com alguma agressividade. Depois pede-me para eu ir buscar os lápis para ele desenhar, e reclama que os lápis estão todos partidos, eu digo que temos de estimar as coisas, e que ele não pode mandar com força os bonecos. Depois pergunta-me que cor deve usar para começar o desenho, eu digo que ele é que sabe, então ele diz que é sempre ele a decidir, e eu digo para ele escolher a cor que mais gosta. Depois pergunto o que tem feito durante as férias, ele responde que tem ficado em casa com o novo cão que se chama bola de pelo. Quando pergunto pelo irmão e pela relação deles, ele diz que agora o irmão está sempre a dormir, mesmo de dia, eu pergunto o porquê, e ele diz que não sabe. Depois diz que chega de perguntas porque não gosta de falar, eu digo-lhe que gostava de falar de algumas coisas com ele, tendo em conta que era a nossa última consulta, ele diz já sabe que é a última porque eu lhe disse. Eu pergunto pelo pai e ele diz que joga com ele na playstation, e que a mãe grita um pouco menos. Depois quando direciono para ele, e lhe questiono como é que ele se tem sentido, se triste, se alegre, ele diz que não sabe. Seguidamente dou-lhe algum espaço para ele desenhar livremente e faço um silêncio de cerca de 3 minutos. Depois eu pergunto como tem sido os fins de semana nos olhos de água, que é uma praia fluvial, ele diz que são normais, e que brinca com o tio que tem a mesma idade, e que brincam a ver o fundo do rio, porque sabe nadar muito bem, tao bem que

até saltou da ponte e não se afogou. Revela que gostava de ter mais anos, tipo 99 para ficar parecido comigo, eu digo que não tenho essa idade, ele ri-se. Passado alguns minutos diz-me sabes Mário já sei o que quero ser quando for grande, e eu perguntei então? Ele respondeu pugilista. Depois mostra-me o desenho e explica-me o que está no desenho. Depois faltavam só cinco minutos para acabar a consulta e ele pede para jogar um jogo do galo antes de se ir embora.

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PROFESSORES

(T. Achenbach, 1991)

Nome do aluno(a) Sexo M
 Idade 6 Data de nascimento ___/___/___ Ano de escolaridade 1º
 Tipo de trabalho do pai (Por favor, seja específico) Ajudante de mecânico
 Tipo de trabalho da mãe Empregada de refeitório
 Questionário preenchido por: Professor(a) Conselheiro(a) _____ Outro _____
 (especificar):
 Data de preenchimento deste questionário 1/1

Por favor, responda a este questionário o melhor que puder, mesmo que não disponha de informação completa. Se assim o entender, pode escrever os comentários adicionais que entender ao lado de cada item ou no espaço indicado para o efeito na página 2

I. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)?.....

II. Até que ponto acha que o(a) conhece?

Não muito bem Razoavelmente _____ Muito bem _____

III. Quanto tempo por semana é que ele(a) passa na sua aula? 25 horas

IV. De que tipo de aula é que se trata? (Por favor, concretize ano, fase, disciplina) 1º ano do 1º ciclo do Ensino Básico

V. Já alguma vez o aluno(a) frequentou turmas, serviços ou aulas de ensino especial, ou precisou de aulas de apoio? Não sei Não _____ Sim _____ De que tipo e quando?

VI. Já repetiu algum ano? Não sei _____ Não Sim _____ Ano e motivo:

VII. Rendimento escolar actual - Indique as várias disciplinas e marque na coluna apropriada o nível de desempenho

DISCIPLINA	Muito abaixo do nível esperado para a sua idade	Um pouco abaixo do nível esperado para a sua idade	Dentro do nível esperado para a sua idade	Um pouco acima do nível esperado para a sua idade	Bastante acima do nível esperado para a sua idade
1. <u>Português</u>	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—	—
2. <u>Matemática</u>	—	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
3. <u>Est. Meio</u>	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—	—
4. _____	—	—	—	—	—
5. _____	—	—	—	—	—
6. _____	—	—	—	—	—
7. _____	—	—	—	—	—
8. _____	—	—	—	—	—
9. _____	—	—	—	—	—

VIII. Em comparação com a média dos alunos da mesma idade:

	Muito menos	Um bocadinho menos	Ligeiramente menos	Igual à média	Um bocadinho mais	Muito mais
1. É aplicado(a)?	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—	—	—
2. Comporta-se de maneira adequada?	—	—	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
3. Qual o seu nível de aprendizagem?	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—	—	—
4. É feliz?	—	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—	—	—

IX. Resultados mais recentes de testes ou provas de rendimento escolar (se disponíveis):

Nome do teste/provas	Disciplina	Data	Resultado (percentil ou nível relativo ao ano em questão)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

X. Testes de Q.I., de destreza ou de aptidão (se disponíveis):

Nome do teste	Data	QI ou resultados equivalentes
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O aluno(a) tem alguma doença ou alguma deficiência física ou mental?

Não Sim Descreva:

.....

.....

O que é que mais o(a) preocupa a respeito deste(a) aluno(a)?.....

.....

.....

Por favor descreva os aspectos mais positivos deste(a) aluno(a):

.....

.....

Por favor escreva os comentários que julgar convenientes acerca do trabalho, comportamento ou potencial deste aluno(a), usando, se necessário, folhas suplementares.

.....

.....

.....

.....

Apresentase a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características dos alunos. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como este(a) aluno(a) é **actualmente** ou tem sido durante **os últimos 2 meses**. Coloque um círculo à volta do **2** se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só **às vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do **1**. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam a este aluno(a).

0= Não Verdadeira (tanto quanto sabe)
1= Um Pouco ou Às Vezes Verdadeira
2= Muito Verdadeira

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|
| 0 | <input type="radio"/> | 2 | 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 2. Murmura ou faz outros ruídos estranhos na sala de aula. | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 3. Discute por tudo e por nada | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 4. Não consegue acabar as coisas que começa | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 6. Desafiador, refila com os professores e funcionários | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 7. É fanfarrão ou gabarola | |
| 0 | <input type="radio"/> | 2 | 8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões (descreva):
..... | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo(a) | |
| 0 | <input type="radio"/> | 2 | 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 12. Queixa-se de solidão | |
| 0 | 1 | <input type="radio"/> | 2 | 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 14. Chora muito | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 15. Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 16. É cruel, violento(a) ou é mesquinho(a) para com os outros | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 19. Exige muita atenção | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 20. Destroí as suas próprias coisas | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 21. Destroí coisas da sua família ou das outras crianças | |
| 0 | <input type="radio"/> | 2 | 22. Tem dificuldade em seguir instruções | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 23. É desobediente na escola | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 24. Perturba os colegas | |
| 0 | <input type="radio"/> | 2 | 25. Não se dá bem com outras crianças | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 27. É invejoso(a) por tudo e por nada | |
| <input type="radio"/> | 1 | 2 | 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais): | |

-
- 1 2 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola)
(descreva-os):
- 1 2 30. Tem medo de ir para a escola
- 1 2 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal
- 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)
- 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 1 2 34. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanharem
(sente-se perseguido)
- 0 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 1 2 39. Anda com outros que se metem em sarilhos
- 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
-
- 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
- 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 1 2 44. Rói as unhas
- 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):
-
- 1 2 47. É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas normas
- 0 1 2 48. Os colegas não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Tem dificuldade em aprender
- 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 1 2 51. Tem tonturas
- 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 1 2 53. Fala sem ser a sua vez
- 1 2 54. Cansa-se demais
- 1 2 55. Tem peso excessivo
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 1 2 b) Dores de cabeça
- 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):
- 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas da pele
- 1 2 f) Dores de estômago ou câibras
- 1 2 g) Vômitos
- 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):.....
-

- 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
 1 2 58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo
 1 2 59. Dorme na aula
 0 1 2 60. Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
 0 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)
 0 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
 0 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas
 0 1 2 65. Recusa-se a falar
 0 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
.....
 0 1 2 67. Perturba a disciplina da aula
 0 1 2 68. Grita muito
 0 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
 0 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
.....
 0 1 2 71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
 0 1 2 72. O seu trabalho é sujo e/ou confuso
 0 1 2 73. Comporta-se de maneira irresponsável para a sua idade (descreva):
.....
 0 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
 0 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
 0 1 2 76. O seu comportamento é explosivo e imprevisível
 0 1 2 77. Os seus desejos têm que ser satisfeitos imediatamente, fica facilmente frustrado
 0 1 2 78. É desatento, distrai-se facilmente
 0 1 2 79. Tem problemas da fala (descreva):
.....
 0 1 2 80. Tem um olhar fixo e vazio
 0 1 2 81. Fica magoado(a) quando é criticado(a)
 0 1 2 82. Rouba
 0 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
.....
 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):
.....
 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):
.....
 0 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
 0 1 2 87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
 0 1 2 88. Amua facilmente
 0 1 2 89. É desconfiado(a)
 0 1 2 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PAIS

(T. Achenbach, 1991)

10
Anexo III

Nome da criança Sexo Masculino
 Idade 6 Data de nascimento 11/03/05 Ano de escolaridade 1º
 Tipo de trabalho do pai (Por favor, seja específico) Ajudante de MOTORISTA
 Tipo de trabalho da mãe Emp. de Refeitório
 Questionário preenchido por:
 Data de preenchimento deste questionário 11/11/05

Por favor, responda a este questionário de maneira a exprimir a sua opinião acerca do comportamento do seu filho(a). Se assim o entender, pode escrever os comentários que quiser no espaço indicado para o efeito na página 3

I-A. Por favor, faça uma lista dos desportos em que o seu filho (a) gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, andar de bicicleta, etc.

Nenhum
 a. ATLETISMO
 b. _____
 c. _____

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

Não sei da média	Abaixo da média	Na média	Acima da média
<u>X</u>	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, com é que se sai em cada um deles?

Não sei da média	Abaixo da média	Na média	Acima da média
<u>X</u>	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—

II-A. Por favor, faça uma lista dos passatempos, actividades e jogos (fora os desportos) que o seu filho(a) prefere. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, canto, etc.. (Não incluir rádio ou TV):

Nenhum
 a. bej blade
 b. _____
 c. _____

II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

Não sei da média	Abaixo da média	Na média	Acima da média
—	—	—	<u>X</u>
—	—	—	—
—	—	—	—

II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles?

Não sei da média	Abaixo da média	Na média	Acima da média
—	—	<u>X</u>	—
—	—	—	—
—	—	—	—

III-A. Por favor, faça uma lista de organizações, clubes, equi-pas, ou grupos a que o seu filho (a) pertence.

Por exemplo: escutismo, associações desportivas, etc.

X Nenhum
 a. _____
 b. _____
 c. _____

III-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, que grau de participação lhes dedica?

Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
<u>X</u>	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	—

IV-A. Por favor, indique os pequenos trabalhos ou tarefas que o seu filho(a) faz. Por exemplo: ir às compras, arrumar o seu quarto, lavar a louça, tomar conta de crianças, etc.

IV-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que executa essas tarefas?

	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
a.	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____	_____
b.	_____	_____	_____	_____	_____
c.	_____	_____	_____	_____	_____

V-1. Aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as) tem o seu filho(a)? (Não inclua os irmãos)

_____ Nenhum _____ 1 2 _____ 3 _____ 4 ou mais.

V-2. Aproximadamente quantas vezes por semana se encontra com eles fora do horário escolar?

_____ Menos do que uma _____ 1 ou 2 3 ou mais.

VI-A. Em comparação com outras crianças da sua idade como é que o seu filho(a):

	Pior	Mais ou menos a mesma coisa	Melhor
a. Se dá com os irmãos?	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
b. Se dá com as outras crianças?	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	_____
c. Se comporta com os seus pais?	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
d. Brinca e trabalha sozinho?	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	_____

VII-1. Rendimento escolar actual (para crianças com 6 A ou mais velhas):

_____ Não anda na escola	Não satisfaz	Abaixo da média	Na média	Acima da média
a. Leitura ou Língua Portuguesa	_____	_____	_____	_____
b. Escrita, Redacção	_____	_____	_____	_____
c. Aritmética ou Matemática	_____	_____	_____	_____
d. História ou Estudos Sociais	_____	_____	_____	_____
Outras disciplinas (Línguas, Geografia)	_____	_____	_____	_____
e. _____	_____	_____	_____	_____
f. _____	_____	_____	_____	_____
g. _____	_____	_____	_____	_____

VII-2. O seu filho(a) frequenta uma classe ou escola de ensino especial?

Não _____ Sim. De que tipo?.....

VII-3. O seu filho(a) já repetiu algum ano?

Não _____ Sim. Indicar ano e razão.....

VII-4. O seu filho(a) tem algum problema de aproveitamento ou de outro tipo na escola?

Não _____ Sim. Por favor descreva.....

Quando começaram esses problemas?

Esses problemas já terminaram? Não Sim. Quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência física ou mental? Não Sim

Descreva

O que é que mais o(a) preocupa no seu filho(a)? O afastamento dele para com os pais, a agressividade com o irmão, muito fechado e muito reservado.

Descreva as melhores qualidades do seu filho(a): Muito sensível, muito meigo, um grande coração com terceiros.

Por favor escreva, se assim o desejar, quaisquer comentários respeitantes ao comportamento do seu filho(a).

os ultimatos e a chantagem que tem com os pais se não lhes fazem a vontade

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é **actualmente** ou tem sido durante **os últimos 6 meses**. Coloque um círculo à volta do **2** se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só às **vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do **1**. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam ao seu filho(a).

0 = Não Verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = Às Vezes Verdadeira

2 = Muito Verdadeira

- 0 1 2 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
- 0 1 2 2. Tem alergias (descreva):
-
- 0 1 2 3. Discute por tudo e por nada
- 0 1 2 4. Tem asma
- 0 1 2 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto
- 0 1 2 6. Não tem controlo intestinal
- 0 1 2 7. É fanfarrão ou gabarola
- 0 1 2 8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões (descreva): principalmente os sonhos
- 0 1 2 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo(a)
- 0 1 2 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente
- 0 1 2 12. Queixa-se de solidão
- 0 1 2 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a)
- 0 1 2 15. É cruel para com os animais
- 0 1 2 16. É cruel, violento(a) ou mesquinho(a) para com os outros
- 0 1 2 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
- 0 1 2 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se
- 0 1 2 19. Exige muita atenção
- 0 1 2 20. Destroí as suas próprias coisas
- 0 1 2 21. Destroí coisas da sua família ou das outras crianças
- 0 1 2 22. É desobediente em casa
- 0 1 2 23. É desobediente na escola
- 0 1 2 24. Não come bem
- 0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças
- 0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
- 0 1 2 27. É ciumento(a), dado(a) a invejas
- 0 1 2 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais):
-
- 0 1 2 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola) (descreva-os):
- 0 1 2 30. Tem medo de ir para a escola
- 0 1 2 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal
- 0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)

- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 0 1 2 34. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanharem (sente-se perseguido)
- 0 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 0 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 0 1 2 39. Anda com outros que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
- 0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 0 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tíques (descreva):
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. Os outros miúdos não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos
- 0 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 0 1 2 53. Come demais
- 0 1 2 54. Cansa-se demais
- 0 1 2 55. Tem peso excessivo
- 0 1 2 56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 0 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):
- 0 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas da pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago ou cáibras
- 0 1 2 g) Vômitos
- 0 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):
- 0 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva):
- 0 1 2 59. Brinca com os órgãos sexuais em público
- 0 1 2 60. Brinca demasiadamente com o seu próprio sexo
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)
- 0 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar

- 0 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
- 0 1 2 67. Foge de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
- 0 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
uma lua com dentes de tubarão a sorrir
- 0 1 2 71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
- 0 1 2 72. Pega fogo de propósito
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais (descreva):
- 0 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
- 0 1 2 76. Dorme menos do que a maior parte das crianças
- 0 1 2 77. Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou a noite (descreva):
- 0 1 2 78. Suja-se ou brinca com as fezes
- 0 1 2 79. Tem problemas de fala (descreva):
- 0 1 2 80. Tem um olhar fixo e vazio
- 0 1 2 81. Rouba em casa
- 0 1 2 82. Rouba fora de casa
- 0 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
- 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):
fingia-se de doente para não ir a escola
- 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):
- 0 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
- 0 1 2 87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
- 0 1 2 88. Amua facilmente
- 0 1 2 89. É desconfiado(a)
- 0 1 2 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena
- 0 1 2 91. Fala em matar-se
- 0 1 2 92. Fala ou anda durante o sono (descreva):
chora, fala, grita muito, inquieto
- 0 1 2 93. Fala demasiado
- 0 1 2 94. Arrelia muito os outros
- 0 1 2 95. Tem birras, exalta-se facilmente
- 0 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as outras pessoas
- 0 1 2 98. Chupa o dedo
- 0 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 100. Tem dificuldades em dormir (descreva):
- 0 1 2 101. Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão
- 0 1 2 102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia

- 0 1 2 103. Parece infeliz, triste, deprimido(a)
- 0 1 2 104. É invulgarmente barulhento(a)
- 0 1 2 105. Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica (descreva):

- 0 1 2 106. Destrói coisas por simples maldade (vandalismo)
- 0 1 2 107. Faz xi-xi nas roupas durante o dia
- 0 1 2 108. Faz xi-xi na cama
- 0 1 2 109. Choraminga
- 0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
- 0 1 2 111. Isola-se, não se mistura com os outros
- 0 1 2 112. Preocupa-se muito
- 0 1 2 113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos:

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODOS AS QUESTÕES.
 SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.