

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**IRANÍ TOMIATTO DE OLIVEIRA**

**O planejamento da psicoterapia breve infantil  
a partir do referencial do desenvolvimento**

**São Paulo**

**2006**

**IRANÍ TOMIATTO DE OLIVEIRA**

**O planejamento da psicoterapia breve infantil  
a partir do referencial do desenvolvimento**

Tese apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Doutor em  
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica  
Orientador: Profa. Dra. Leila Salomão de  
La Plata Cury Tardivo

**SÃO PAULO**

**2006**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Serviço de Biblioteca e Documentação  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Iraní Tomiatto de.

O planejamento da psicoterapia breve infantil a partir do referencial do desenvolvimento / Iraní Tomiatto de Oliveira; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2006.

222 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicoterapia breve    2. Psicoterapia da criança    3.  
Desenvolvimento infantil    4. Psicodiagnóstico    5. Relações pais-  
criança I. Título.

RC489.B8

**FOLHA DE APROVAÇÃO****Iraní Tomiatto de Oliveira****O planejamento da psicoterapia breve infantil  
a partir do referencial do desenvolvimento**

Tese apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de  
Doutor em Psicologia.  
Área de Concentração: Psicologia  
Clínica

Aprovado em:

## Banca examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo, pela orientação, pela confiança e pela liberdade que me ofereceu durante todo o período de realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Elisa Médici Pizão Yoshida, pelas contribuições sempre valiosas, pela amizade e pelo incentivo durante tantos anos.

À Profa. Dra. Kayoko Yamamoto, pela disponibilidade, pelo interesse e pelas sugestões no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Beatriz Regina Pereira Saeta, diretora da Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, pela confiança e pela compreensão que me ajudaram a dividir meu tempo entre tantas tarefas.

À Profa. Dra. Tereza Iochico Hatae Mito e à Profa. Luci Alves Soares Leite, pela longa amizade e pela fecunda troca pessoal e profissional. Com elas plantei, há muitos anos, as sementes que deram origem a este trabalho.

À Profa. Tânia Aldrighi e à Profa. Berenice Carpigiani, companheiras na luta diária, com quem tenho dividido as alegrias e as dificuldades.

À Ana Maria Seraidarian Najjar porque, independente do tempo e da distância, ela está sempre perto.

Aos colegas do APOIAR, pela recepção sempre carinhosa e atenciosa, apesar de todas as minhas ausências.

A todos os colegas do corpo docente da Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, que me enriquecem com a troca diária de idéias, com as convergências e com as divergências.

Aos muitos alunos e supervisionandos que, ao longo dos anos, me ajudaram a manter vivo o interesse pelo conhecimento e pela possibilidade de aprender sempre.

Aos pacientes, que me ensinam muito, e em especial àqueles que, generosamente, participaram deste estudo.

À minha família, sempre presente, sempre oferecendo seu apoio irrestrito, sempre se alegrando com minhas conquistas.

Ao André e à Luciana, razões maiores de todas as minhas realizações, pelo interesse, pelo apoio, pela presença, e por me permitirem acompanhar tão de perto o milagre do desenvolvimento humano.

Ao Cicero, por tudo.

*"... o sentimento de confiança do bebê é um reflexo da fé parental; analogamente, o sentimento de autonomia é um reflexo da dignidade dos pais como seres autônomos. Pois seja o que for que façamos em detalhe, a criança sentirá primordialmente o que é que rege as nossas vidas como seres amorosos, cooperantes e firmes, e o que nos faz odiosos, angustiados e divididos em nós próprios."*

Erik Erikson

## RESUMO

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

A psicoterapia breve infantil (PBI), aqui entendida como uma modalidade de intervenção terapêutica com duração limitada e objetivos circunscritos, dirigida a crianças e pais, é um importante recurso para que se possa oferecer assistência psicológica a uma parcela mais ampla da população. Apesar disso, e de seu potencial preventivo, tem sido alvo de um número restrito de estudos. Este trabalho tem o objetivo de contribuir para seu desenvolvimento, oferecendo um panorama dos conhecimentos da área e propondo diretrizes que auxiliem na organização do raciocínio clínico para o planejamento terapêutico. Inicia-se por um levantamento e uma análise crítica da evolução histórica desta modalidade de intervenção, desde 1942 até os dias de hoje, e propõe o delineamento de modelos de trabalho em PBI, com o intuito de organizar as contribuições de diferentes autores. A seguir, apresenta um estudo da evolução dos critérios de indicação utilizados por esses autores. Consta que esses critérios, ao longo do tempo, foram se tornando mais flexíveis, e que foi se instalando uma tendência a que a psicoterapia seja planejada de acordo com as necessidades e possibilidades de cada paciente. No caso de crianças, propomos que essa adaptação da proposta de trabalho às características individuais leve em conta, como elemento central, o referencial do desenvolvimento. Nesta direção, este trabalho utiliza-se da teoria do desenvolvimento de Erik Erikson para, em conjunto com os conhecimentos teóricos que constituem a base da PBI psicodinâmica, elaborar parâmetros que auxiliem na organização do raciocínio clínico para a compreensão diagnóstica dos casos e para o planejamento do processo psicoterápico. Para ilustrar esta proposta de análise, são apresentados seis casos clínicos de crianças, duas com idades entre três anos e cinco anos e onze meses, duas entre seis anos e oito anos e onze meses, e duas entre nove anos e dez anos e onze meses. Todas foram submetidas a um psicodiagnóstico breve em condições naturais de atendimento em clínica-escola. Conclui-se que a teoria do desenvolvimento de Erikson se mostrou compatível com o referencial teórico da PBI psicodinâmica, em especial devido a seu caráter epigenético, relacional e contextualizado. Além disso, a integração desses referenciais se mostrou possível e efetiva, facilitando a identificação de conflitos centrais e de padrões de relacionamento transgeracionais, a partir dos quais esses conflitos se constituem e se manifestam. Ainda, possibilitou a organização de parâmetros para o planejamento terapêutico, em especial no que diz respeito à construção do foco e das estratégias de intervenção, e ao papel do terapeuta.

Palavras-chave: Psicoterapia breve. Psicoterapia da criança. Desenvolvimento infantil. Psicodiagnóstico. Relações pais-criança.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, I. T. **The planning of brief psychotherapy for children from the referential of development.** 2006. 222 f. Thesis (Doctoral) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Brief psychotherapy for children (BPC), here understood as a modality of therapeutic intervention with limited duration and circumscribed objectives, directed at children and parents, is an important resource in the offering of psychological assistance to a greater part of the population. Despite this, and its preventive potential, it has been the object of a restricted number of studies. This work aims at contributing to its development, offering an overview of the knowledge in the area and proposing guidelines for the organization of clinical reasoning for therapeutical planning. It begins with a survey and critical analysis of the historical evolution of this modality of intervention, from 1942 to the present day, and proposes the delineation of models of BPC, with the intention of organizing the contributions of different authors. After that, it presents a study of the evolution of the indication criteria adopted by these authors. It reveals that these criteria have become more flexible throughout time, and that a trend has been established for psychotherapy to be planned in accordance with the needs and possibilities of each patient. In the case of children, we consider that this adaptation of the work proposal to individual characteristics should take into account, as a central element, the referential of development. In this direction, this work uses Erik Erikson's development theory in order to, together with the theoretical knowledge that constitutes the basis of psychodynamic BPC, set parameters to assist in the organization of clinical reasoning for diagnostic understanding of the cases and for the planning of the psychotherapeutic process. To illustrate this analysis proposal, six clinical cases of children are presented, two between the age of 3.0 and 5.11 years old, two between 6.0 and 8.11 years old, and two between 9.0 and 10.11 years old. All had been submitted to a brief psychodiagnosis in natural conditions of attendance in a training clinic. One concludes that Erikson's development theory is compatible with the theoretical referential of psychodynamic BPC, specially because of its epigenetic, relational and contextualized characteristics. Moreover, it was observed that the integration of these referentials was possible and effective, that it facilitated the identification of central conflicts and transgenerational relationship standards, from which these conflicts constitute and reveal themselves. It also made possible the organization of parameters for therapeutic planning, specially for the construction of focus and intervention strategies, and for the role of the therapist.

Key words: Brief psychotherapy. Child psychotherapy. Childhood development. Psychodiagnosis. Parent-child relations.



## RÉSUMÉ

OLIVEIRA, I. T. **La planification de la psychothérapie brève avec enfants à partir du référentiel du développement.** 2006. 222 f. Thèse (Doctorat) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

La psychothérapie brève avec enfants (PBE), entendu ici comme une modalité d'intervention thérapeutique à durée limitée et objectifs circonscrits, dirigée à des enfants et à des parents, constitue une importante ressource pour que l'on puisse offrir d'assistance psychologique à une partie plus grande de la population. Malgré ce fait et son potentiel préventif, elle a été cible d'un nombre restreint d'études. Ce travail a pour but de contribuer à son développement, fournissant un panorama des connaissances de ce secteur et proposant des directives qui puissent aider dans l'organisation du raisonnement clinique pour la planification thérapeutique. Une recherche de données et une analyse critique de l'évolution historique de cette modalité d'intervention constituent le début de ce travail, depuis 1942 jusqu'à nos jours. On propose par la suite l'ébauche de modèles de travail en PBE avec l'objectif d'organiser les contributions de différents auteurs. On présente ensuite une étude de l'évolution des critères d'indication utilisés par ces auteurs. Le travail constate que ces critères, au fil du temps, sont devenus plus flexibles et qu'il surgit peu à peu une tendance à ce que la psychothérapie soit planifiée selon les besoins et les possibilités de chaque patient. Dans le cas d'enfants, nous proposons que cette adaptation de la proposition de travail aux caractéristiques individuelles tienne compte, en tant qu'élément central, du référentiel du développement. Dans ce sens, cette étude se base sur la théorie du développement d'Erik Erikson pour élaborer, avec les connaissances théoriques qui constituent le fondement de la PBE psychodynamique, des paramètres qui aideraient dans l'organisation du raisonnement clinique pour la compréhension diagnostique des cas et pour la planification du processus thérapeutique. Pour illustrer cette proposition d'analyse on présente six cas cliniques d'enfants, dont deux d'entre eux âgés entre trois ans et cinq ans et onze mois, deux autres âgés entre six ans et huit ans et onze mois et finalement deux âgés entre neuf ans et dix ans et onze mois. Tous les enfants ont été soumis à un examen psychodiagnostique bref dans des conditions naturelles dans des entretiens en clinique-école. On conclut que la théorie du développement d'Erikson s'est montrée compatible avec le référentiel théorique de la PBE psychodynamique, surtout grâce à son caractère épigénétique, relationnel et contextualisé. De plus, l'intégration de ces référentiels s'est montrée possible et effective rendant plus facile l'identification de conflits centraux et de modèles de rapports transgénérationnels, à partir desquels ces conflits se constituent et se manifestent. L'étude a encore rendu possible l'organisation de paramètres pour la planification thérapeutique, surtout en ce qui concerne la construction du foyer et des stratégies d'intervention, et le rôle du thérapeute.

Mots-clés: Psychothérapie brève. Psychothérapie de l'enfant. Développement de l'enfant. Examen psychodiagnostique. Rapports parents-enfant.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>1 PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL</b> .....	17
1.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO .....	17
1.2 PRINCIPAIS PROPOSTAS DE PSICOTERAPIA BREVE COM CRIANÇAS...	22
<b>1.2.1 Os autores norte-americanos</b> .....	23
1.2.1.1 Jacques Mackay.....	23
1.2.1.2 Eva P. Lester.....	25
1.2.1.3 Stephen Proskauer.....	27
1.2.1.4 Stanley B. Messer e C. Seth Warren.....	29
<b>1.2.2 Os grupos europeus</b> .....	32
1.2.2.1 Grupo de Genebra: Bertrand Cramer, Francisco Palácio-Espasa, Juan Manzano.....	32
1.2.2.2 O grupo italiano: Filippo Muratori e colaboradores.....	35
<b>1.2.3 Os autores sul-americanos</b> .....	37
1.2.3.1 Arminda Aberastury.....	37
1.2.3.2 Maurício Knobel.....	38
1.2.3.3 Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB).....	39
1.3 REFLEXÕES SOBRE O DELINEAMENTO DE MODELOS DE PSICOTE- RÁPIA BREVE INFANTIL.....	45
<b>2 CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO</b> .....	52
2.1 OS AUTORES NORTE-AMERICANOS.....	53
<b>2.1.1 Jacques Mackay</b> .....	53
<b>2.1.2 Eva P. Lester</b> .....	54
<b>2.1.3 Stephen Proskauer</b> .....	55
<b>2.1.4 Stanley B. Messer e C. Seth Warren</b> .....	56
2.2 OS GRUPOS EUROPEUS.....	57
<b>2.2.1 Grupo de Genebra</b> .....	57
<b>2.2.2 Grupo italiano</b> .....	59

2.3 OS AUTORES SUL-AMERICANOS.....	61
<b>2.3.1 Arminda Aberastury</b> .....	61
<b>2.3.2 Maurício Knobel</b> .....	61
<b>2.3.3 NEPPB</b> .....	62
2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO.....	66
<b>3 A VERTENTE DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b> .....	71
3.1 ERIK ERIKSON: NOTAS BIOGRÁFICAS.....	73
3.2 A TEORIA EPIGENÉTICA DE ERIKSON.....	77
<b>3.2.1 Origem</b> .....	77
<b>3.2.2 Eixo central: epigênese</b> .....	77
<b>3.2.3 Princípios básicos</b> .....	79
<b>3.2.4 Processos básicos de organização</b> .....	80
<b>3.2.5 Características gerais dos estágios do desenvolvimento</b> .....	81
3.3 O CICLO DE VIDA: ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO.....	84
<b>3.3.1 O primeiro período: estágio oral respiratório ou sensorio-cinestésico</b> .....	84
<b>3.3.2 A infância inicial: estágio anal-uretral ou muscular</b> .....	87
<b>3.3.3 A idade do brincar: estágio infantil-genital ou locomotor</b> .....	90
<b>3.3.4 A idade escolar: estágio de latência</b> .....	92
<b>3.3.5 A adolescência</b> .....	94
<b>3.3.6 A idade adulta jovem</b> .....	95
<b>3.3.7 A idade adulta</b> .....	96
<b>3.3.8 A velhice</b> .....	97
<b>3.3.9 O nono estágio</b> .....	98
<b>4 A PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL E O REFERENCIAL DO DESENVOLVIMENTO</b> .....	100
4.1 AS FASES DA INFÂNCIA: ASPECTOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	103
<b>4.1.1 Primeiro estágio: o bebê</b> .....	103
<b>4.1.2 Segundo estágio: a infância inicial</b> .....	106
<b>4.1.3 Terceiro estágio: a idade do brincar</b> .....	108
<b>4.1.4 Quarto estágio: a idade escolar</b> .....	109
4.2 PROPOSTA DE UM MODELO PARA ANÁLISE DO MATERIAL CLÍNICO..	111

<b>5 MÉTODO</b> .....	113
5.1 PARTICIPANTES .....	114
5.2 INSTRUMENTOS.....	116
5.3 PROCEDIMENTOS .....	116
5.4 ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL CLÍNICO.....	119
<b>6 CASOS CLÍNICOS</b> .....	121
6.1 CASO CLÍNICO 1 – ABEL.....	122
<b>6.1.1 Análise do caso</b> .....	125
<b>6.1.2 Conclusão</b> .....	129
6.2 CASO CLÍNICO 2 – BRUNO.....	133
<b>6.2.1 Análise do caso</b> .....	137
<b>6.2.2 Conclusão</b> .....	141
6.3 CASO CLÍNICO 3 – CAROLINA.....	144
<b>6.3.1 Análise do caso</b> .....	150
<b>6.3.2 Conclusão</b> .....	153
6.4 CASO CLÍNICO 4 – DENISE.....	158
<b>6.4.1 Análise do caso</b> .....	162
<b>6.4.2 Conclusão</b> .....	167
6.5 CASO CLÍNICO 5 – EWERTON.....	170
<b>6.5.1 Análise do caso</b> .....	174
<b>6.5.2 Conclusão</b> .....	177
6.6 CASO CLÍNICO 6 – FERNANDA.....	179
<b>6.6.1 Análise do caso</b> .....	183
<b>6.6.2 Conclusão</b> .....	187
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	191
7.1 EM RELAÇÃO À PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL.....	191
7.2 PSICODIAGNÓSTICO, PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO E PSICO- TERAPIA BREVE.....	193
7.3 EM RELAÇÃO AO MODELO DE ATENDIMENTO UTILIZADO PARA O PSICODIAGNÓSTICO.....	195
7.4 EM RELAÇÃO À TEORIA DO DESENVOLVIMENTO UTILIZADA.....	201
7.5 EM RELAÇÃO AOS CASOS CLÍNICOS.....	203
7.6 EM RELAÇÃO AOS PARÂMETROS PROPOSTOS.....	205

<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>210</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>214</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>220</b>

## APRESENTAÇÃO

As primeiras tentativas de abreviar o processo psicanalítico surgiram ainda na época de Freud, entre seus discípulos. Na verdade, o próprio Freud manifestou por diversas vezes sua preocupação com o prolongamento excessivo da análise, e a princípio encorajou algumas iniciativas para abreviá-la (FREUD, 1918-1919/1973). Por diversas razões, no entanto, acabou por criticar essas iniciativas, e o desenvolvimento de seu trabalho levou-o à direção oposta: se os primeiros tratamentos empreendidos por ele dificilmente ultrapassavam um ano de duração, com o decorrer do tempo passaram a se constituir em processos cada vez mais longos. Contribuíram para isso a mudança de seu objetivo, do tratamento de sintomas neuróticos para a “reorganização estrutural” e para a compreensão da natureza do inconsciente e do funcionamento psíquico, a mudança do método catártico para a associação livre, a importância atribuída à neurose de transferência, as explicações metapsicológicas, entre outros fatores.

O fato de que os primeiros tratamentos psicanalíticos empreendidos por Freud tenham tido curta duração faz com que alguns autores o considerem como o precursor das psicoterapias breves. No entanto, os primeiros trabalhos clínicos de Freud guardam importantes diferenças em relação às propostas de psicoterapias psicodinâmicas breves surgidas posteriormente, uma vez que estas visam especificamente desenvolver técnicas que possam abreviar a duração dos tratamentos, o que não ocorria com os primeiros. Para isto, valem-se de conhecimentos teóricos e técnicos que só surgiram com o próprio desenvolvimento da psicanálise: noções mais refinadas dos processos defensivos, dos mecanismos de transferência e contra-transferência, contribuições da teoria das relações

objetais, conhecimentos sobre as etapas precoces do desenvolvimento, que incluem os processos de individuação e as características específicas da relação mãe-bebê.

Quando alguns discípulos de Freud introduziram mudanças técnicas, tentando tornar menos prolongado o processo analítico, estavam motivados especialmente pelo interesse em abreviar o sofrimento dos pacientes, e em evitar situações de impasse no tratamento. Foi assim com Ferenczi (1926/1980) e sua proposta de “técnica ativa”. No caso de Rank (1929, citado por MARMOR, 1979), as modificações técnicas propostas se baseavam em uma concepção diferente da etiologia da neurose: este autor considerava que uma “ansiedade primordial”, gerada pelo “trauma do nascimento”, está sempre subjacente à neurose, idéia posteriormente substituída pela de que a questão central, nos problemas psíquicos, está ligada aos pólos entre os quais se move o ser humano: a ligação emocional e dependência, por um lado, e a separação e independência, por outro.

Nos anos que se seguiram, a difusão dos conhecimentos e dos resultados da psicanálise entre a população levou ao aumento da demanda por tratamento, exacerbado ainda pelo aumento populacional e por situações de catástrofe social, como as guerras mundiais. Aos poucos, às questões teóricas e metodológicas se foram somando as econômicas, com parcelas cada vez mais amplas da população necessitadas de assistência psicoterápica e sem acesso a elas. O advento dos seguros saúde, especialmente na América do Norte, trouxe ao mesmo tempo a possibilidade de ampliar o acesso aos tratamentos e enormes pressões para abreviá-los e torná-los menos onerosos. Estes são alguns dos múltiplos fatores que geraram o desenvolvimento de um grande número de propostas de psicoterapias psicodinâmicas breves.

Nosso contexto social atual nos coloca diariamente frente a essas questões, especialmente no trabalho institucional. A demanda sempre crescente e muito acima das possibilidades de oferta de serviços, a desatenção dos poderes públicos com a saúde da população, e em especial com a saúde mental, a carência de profissionais, a grande heterogeneidade de casos, com gravidade nitidamente crescente, as assim chamadas

patologias da pós-modernidade, se acumulam como uma grande pressão sobre o profissional que se sente socialmente comprometido a procurar respostas e a oferecer sua contribuição.

Por outro lado, frente às pressões da realidade e ao desejo de superá-las, corre-se o risco de tentar assumir uma responsabilidade que está muito além das possibilidades de qualquer profissional, que poderia levar à perda dos critérios e dos limites do que e quando pode ser feito. Como afirma Mackay (1967), como os tratamentos breves são altamente desejáveis sob vários pontos de vista, é preciso cuidado para não super-valorizá-los, uma vez que não se justifica defender uma forma de tratamento apenas porque ele atinge um número maior de pessoas, mas é preciso conhecer como o processo opera, suas indicações e limitações.

A tentativa de ampliar o conhecimento acerca dessa modalidade de trabalho tem impulsionado um expressivo número de pesquisas sobre psicoterapia breve, especialmente as dirigidas à população adulta, área que sofreu um desenvolvimento importante nas últimas décadas. O mesmo não se aplica ao trabalho com crianças. Embora estas representem uma parcela significativa da população que procura atendimento psicológico, e boa parte da intervenção psicoterápica que se pratica com elas tenha duração limitada, a literatura e a pesquisa a respeito do assunto são ainda muito restritas. Sugerimos, em trabalho anterior (OLIVEIRA, 1999b), algumas razões para isso: a dependência da criança, que faz com que os pais necessariamente devam ser incluídos no processo, gerando maior complexidade tanto para a compreensão como para a intervenção; a heterogeneidade da população infantil, em termos de faixas etárias e etapas de desenvolvimento, que faz com que não se possa pensar em um único modelo de trabalho.

Consideramos, então, que é necessário ampliar esse conhecimento, para preencher uma lacuna importante, e contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção que, por se dirigir a crianças, tem, inclusive, grande potencial preventivo. É nesse sentido e com esta intenção que este trabalho foi realizado.



Nossa atenção voltou-se especialmente para a questão dos critérios de indicação para psicoterapia breve infantil (PBI). Embora haja entre os autores uma concordância em relação ao fato da psicoterapia breve não se aplicar a todos os casos, há muita divergência em relação aos critérios de indicação utilizados. Nota-se, no entanto, uma tendência à adoção de critérios cada vez mais flexíveis, ao invés dos mais rigorosos e restritivos, numa tentativa de adaptar a proposta de trabalho às necessidades e possibilidades do caso, e não de procurar casos que se adaptem ao tipo de trabalho proposto (MESSER; WARREN, 1995). Essa tendência é ainda mais clara em autores sul-americanos (KNOBEL, 1986), em virtude da carência de oferta de serviços. Faltam, no entanto, referenciais mais claros para uma avaliação do caso, que permitam um planejamento adaptado do processo psicoterápico.

Messer e Warren (1995) consideram que as teorias do desenvolvimento infantil poderiam oferecer uma contribuição significativa a este propósito, uma vez que permitiriam que os problemas infantis fossem identificados não só em termos de sintomas e estruturas da personalidade, mas também em termos de falhas para enfrentar os desafios determinados pelo curso do desenvolvimento. Nessa mesma direção, pretendemos incluir essa dimensão no diagnóstico de casos clínicos, tomando como referencial a teoria do desenvolvimento de Erikson (1976).

Assim, este estudo pretende, a partir de um amplo levantamento das propostas de psicoterapia breve infantil de autores norte-americanos, europeus e sul-americanos, e dos critérios de indicação por eles utilizados, propor diretrizes para um planejamento terapêutico que leve em conta não só as características psicodinâmicas da criança e da sua relação com os pais, mas a vertente do desenvolvimento infantil, e descrever sua aplicação a casos clínicos.

Inicia-se a partir de um amplo levantamento bibliográfico sobre a psicoterapia breve infantil de abordagem psicodinâmica, e com a exposição daquelas que consideramos as principais contribuições à área, visando ajudar a suprir a carência de um levantamento desse tipo na literatura. Nosso objetivo, com isso é não só permitir uma visão geral sobre essa

modalidade de psicoterapia, mas descrever sua evolução histórica, identificar influências e contextualizar as diferentes propostas, para permitir uma melhor avaliação de seu significado.

A seguir é feito um levantamento dos critérios de indicação utilizados por esses diferentes autores, para que se conheça a aplicabilidade que cada um deles atribui à sua proposta, e também para analisar a evolução histórica da questão dos critérios de indicação, chegando-se a uma visão mais atual. Esta concepção atual, na verdade já antecipada por autores como Proskauer (1971), implica, em especial para quem trabalha com um modelo integrativo, não exatamente em pensar critérios de indicação, mas em parâmetros que auxiliem a adaptação da proposta de trabalho às necessidades e possibilidades de cada caso particular.

Para desenvolver esta idéia nos valem, além da análise da dinâmica psíquica da criança e dos pais e da configuração da relação que se estabelece entre eles, do referencial do desenvolvimento infantil, reconhecidamente um parâmetro central em qualquer estudo sobre crianças. Entre os vários estudos e construções teóricas sobre o desenvolvimento infantil, escolhemos o de Erik Erikson, por inúmeras razões. Partindo do referencial psicanalítico, este autor acrescenta e integra aos aspectos intra-psíquicos os ambientais, não só familiares, mas sociais, compondo uma visão do ser humano que nos parece verdadeiramente bio-psico-social. Analisa o desenvolvimento assim contextualizado, abordando-o como um processo completo, que engloba as diferentes fases, desde o nascimento até a morte, e caracterizando diferentes aspectos de cada uma dessas fases.

Finalmente, nossa proposta de análise será ilustrada com a apresentação de casos clínicos, abordando-se a avaliação diagnóstica através dos parâmetros propostos e sugerindo diretrizes para o planejamento psicoterápico.

## 1 PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL

### 1.1 ORIGEM E EVOLUÇÃO

Não é tarefa fácil localizar a época do início da utilização de psicoterapias breves com crianças, uma vez que vários autores consideram que elas são uma tradição na psiquiatria infantil, e mesmo no início da psicanálise de crianças. Um levantamento abrangente da bibliografia disponível sobre o assunto mostra um número limitado de trabalhos, mas uma diversidade de propostas, entre as quais vamos apresentar algumas, escolhidas a partir dos seguintes critérios: trabalhos realizados com crianças e não com bebês, que não são aqui nosso alvo de atenção, desenvolvidos dentro de um referencial psicodinâmico, de forma individual (não abordaremos psicoterapias de grupo nem familiar, embora muitas vezes se inclua o atendimento conjunto pais-criança); ainda, os autores aos quais vamos nos referir foram escolhidos por serem os mais freqüentemente citados na literatura e por considerarmos, a partir de nossa própria experiência, que são os que forneceram as contribuições mais relevantes à área.

A primeira proposta referida na literatura que abordou especificamente a psicoterapia breve infantil foi a de Allen (1942), um discípulo de Rank, este considerado um dos precursores mais importantes das psicoterapias breves de adultos. Allen (1942) descreveu um trabalho no qual se concentrou no significado da produção da criança no aqui-agora da relação terapêutica, evitando explorações detalhadas do passado, com o objetivo principal de ajudá-la a suportar ligações patológicas com os pais e aceitar seu papel como um indivíduo diferenciado.

Alguns aspectos importantes podem ser ressaltados neste trabalho pioneiro. O primeiro é a forte influência de Rank, especialmente em relação à importância dada à questão

da separação e da perda. As idéias de Rank (1929, citado por MARMOR, 1979), dissidentes em relação à psicanálise de Freud, se concentraram inicialmente no “trauma do nascimento”, por ele considerado como a “ansiedade primordial” subjacente a todos os quadros de neurose. Mesmo quando, posteriormente, Rank abandonou essa idéia (MARMOR, 1979), continuou colocando como foco de seu trabalho a questão da separação-indivuação, depois retomada por Mann (1973), um nome de destaque no desenvolvimento das psicoterapias breves de adultos nas décadas de 60 e 70. Mann, por sua vez, influenciou fortemente Proskauer (1969, 1971) em seu relevante trabalho de psicoterapia breve com crianças, que abordaremos posteriormente.

Voltando ao trabalho pioneiro de Allen (1942) com crianças, é importante ainda observar que ele surgiu no mesmo período em que Alexander e French (1956) estavam buscando desenvolver um modelo mais breve de psicoterapia para adultos. Estes estudos, levados a cabo no período de 1938 a 1945, são considerados um marco na história das psicoterapias psicodinâmicas breves. Yoshida (1990) aponta este período como um estágio intermediário na evolução das técnicas breves, que criou condições para que se definissem mais claramente as diferenças entre estas e a psicanálise. A proposta de Allen (1942) evidencia ainda que, já em seu nascedouro, a idéia de um processo breve com crianças trouxe implícita uma preocupação com a relação entre estas e os pais, e considerou decisivo o trabalho com eles. Veremos posteriormente como essa idéia se desenvolveu de diferentes maneiras.

Em 1946 o próprio Rank (citado por PROSKAUER, 1971) descreveu o caso de uma criança tratada em vinte sessões, utilizando intervenções relacionadas a um foco, incentivando um relacionamento positivo com o terapeuta e encorajando-a para direções mais saudáveis de desenvolvimento.

Dez anos depois do livro pioneiro de Allen (1942) surgiu o trabalho de Arthur (1952), que descreveu um caso atendido por um período de seis meses. Percebe-se aqui claramente a

influência de Alexander e French (1956), principalmente quanto à importância atribuída a um papel mais ativo por parte do terapeuta, que, segundo Arthur (1952), exige um alto grau de inventividade.

Após essa fase inicial, mais de quinze anos se passaram até que surgissem outros trabalhos expressivos sobre o assunto na América do Norte, mais especificamente nos Estados Unidos e Canadá. O período mais profícuo no desenvolvimento de intervenções breves com crianças se localiza entre o final de década de 60 e o início da de 70, especialmente devido a Mackay (1967), Lester (1967, 1968) e Proskauer (1969, 1971). Eles são os autores mais referidos por outros estudiosos do assunto, especialmente pelos norte-americanos, embora cada um deles tenha escrito apenas um ou dois artigos a esse respeito, o que dá também uma clara idéia da escassez de trabalhos relacionados ao tema. Representam iniciativas um tanto isoladas, mas consideramos que definem uma tendência, especialmente pelos pontos que têm em comum e por terem estabelecido parâmetros utilizados até hoje, que servem de referência numa área tão carente de desenvolvimento.

Os anos seguintes se caracterizaram, especialmente nos Estados Unidos, pela preocupação principal em demonstrar a eficácia das psicoterapias, ou comparar os resultados de intervenções breves com os de psicoterapias de longa duração. É clara, aqui, a influência de motivos de natureza política e econômica, e das agências de seguro-saúde, que exigiam comprovação da melhor relação custo-benefício dos tratamentos. Estes trabalhos utilizaram-se predominantemente de metodologia quantitativa, mas muitos deles apresentam problemas conceituais e metodológicos, com descrições do tratamento que não permitem uma compreensão clara sobre a forma como ele foi desenvolvido. Este é o caso, por exemplo, do estudo piloto de Rosenthal e Levine (1970), que pretendia testar a eficácia da psicoterapia breve numa amostra de 33 crianças, e comparar sua utilidade com a da psicoterapia tradicional, a longo prazo, utilizada com um grupo de controle de 35 crianças. Os grupos foram escolhidos aleatoriamente, e definiu-se que a psicoterapia breve teria no máximo oito

sessões, realizadas num período de até dez semanas. Não foi definido o que seria considerada uma terapia de longa duração, ficando a critério de cada terapeuta utilizar o tempo que considerasse necessário. Os atendimentos foram realizados por vários terapeutas diferentes, com diferentes formações, com pouca experiência em psicoterapia infantil e nenhuma experiência em psicoterapia breve, e cada um deles determinou o tipo de terapia e as técnicas que utilizou. É inevitável concordar com os próprios autores sobre a existência de problemas metodológicos e conceituais que comprometeram o objetivo de comparar a eficácia das modalidades breves e longas de psicoterapia, através de questionários e *checklists*.

Por outro lado, várias outras pesquisas desenvolvidas nesse período se propuseram a trabalhar com amostras homogêneas e a utilizar modelos de intervenção detalhados, que pudessem ser reproduzidos, o que, segundo Dulcan e Piercy (1985), criou situações artificiais e dificultou que os resultados pudessem efetivamente ser utilizados nas situações reais da clínica.

Nos anos 80, MacLean et al. (1982) discutiram especificamente a questão de quem deve ser tratado, se a criança, os pais ou todos eles, questão que consideravam extremamente relevante e ainda não discutida na literatura.

Na década de 90, com as contribuições de Messer e Warren (MESSER, WARREN, 1995; WARREN, MESSER, 1999), encontramos novas idéias na área, na medida em que eles retomaram a discussão sobre a psicoterapia breve de crianças, buscando uma integração entre as concepções psicodinâmicas e as teorias do desenvolvimento infantil.

Na Europa, os trabalhos sobre psicoterapia breve infantil seguiram um caminho um tanto diferente e, a nosso ver, pode-se falar verdadeiramente de uma escola, surgida a partir do marcante trabalho publicado por Cramer em 1974, na Suíça. Este artigo apresenta uma proposta discutida de forma aprofundada, que inclui um referencial teórico, a exposição detalhada da técnica e da teoria da técnica, e deu início a uma série de outros, com a colaboração de uma equipe que se denomina Grupo de Genebra, particularmente atuante

durante a década de 80. Este grupo inclui autores como Palacio-Espasa e Manzano (PALACIO-ESPASA, MANZANO, 1982; PALACIO-ESPASA, 1984; PALACIO-ESPASA, MANZANO, 1987), e influenciou fortemente outros autores, como Macias (1987).

A característica principal do Grupo de Genebra é colocar no foco central da compreensão do caso e da intervenção a relação pais-criança, considerando também a transmissão transgeracional. Trabalharam especialmente com crianças mais novas (em idade pré-escolar), com um número muito reduzido de sessões (a média citada pelos autores varia de 3 a 6 ou de 8 a 10), com ênfase na prevenção. Esta ênfase fez com que o grupo se dirigisse a populações cada vez mais novas, a ponto de, na década de 90, terem deixado de trabalhar propriamente com psicoterapia breve infantil, e terem se voltado totalmente para a psicoterapia mãe-bebê.

Uma revisão histórica permite observar o abismo que se instalou entre os autores norte-americanos e os europeus, não havendo quase referências ou citações, nas publicações de uns, das publicações dos outros. Isto tende a se modificar atualmente, em especial com o grupo de Muratori (MURATORI, MAESTRO, 1995; MURATORI et al., 2002), que desenvolve seu trabalho na Universidade de Pisa, na Itália, não só sob a influência mas, especialmente no início, sob a supervisão direta de Palacio-Espasa, um dos membros do Grupo de Genebra. A importância do grupo italiano está não só em ter finalmente integrado os conhecimentos dos dois continentes, mas em ter ampliado a aplicação da técnica desenvolvida em Genebra para outras faixas etárias, incluindo crianças em idade escolar e pré-adolescentes. Além disso, como começaram a publicar seus trabalhos em língua inglesa, estão facilitando o conhecimento mútuo e a integração. A ampliação da faixa etária atendida tem grande relevância em nosso meio, no qual, como se sabe, a maior parte das crianças que procuram ajuda psicológica está em idade escolar (OLIVEIRA, 1999a).

A América do Sul também teve sua contribuição pioneira na área, com Aberastury. Em 1951 ela iniciou uma aproximação com a odontopediatria, quando foi solicitada a

escrever um artigo para a Revista da Associação Odontológica Argentina (ABERASTURY, 1951). A partir daí, desenvolveu uma técnica que denominou “psicoterapia analítica com fins e tempo determinado”, para ser utilizada em situações específicas, especialmente as emergenciais e agudas. O grupo de trabalho que se reunia em torno da autora utilizou esta técnica em situações de preparação para cirurgia, especialmente na área da cardiologia, e na área da odontopediatria, o que resultou no livro *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*, compilado por Aberastury em 1972.

Sob sua influência, Knobel (1969, 1977) propôs sua “psicoterapia de tempo e objetivos limitados”, para tratar, com o que considera uma melhor adequação à realidade, “certo tipo de fenômenos, determinado tipo de processos, com a maior economia de tempo possível” (1977, p.232, grifos do autor), visando o pleno exercício das potencialidades da criança e o desenvolvimento do processo evolutivo.

No Brasil, a partir de 1989, um grupo de profissionais congregados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicoterapia Breve, do qual a autora fez parte e que manteve suas atividades até o ano 2000, introduziu entre suas atividades o estudo, a pesquisa, o atendimento clínico e a formação de profissionais na área da psicoterapia breve infantil de orientação psicodinâmica. Tomando como referência a escassa bibliografia disponível na época sobre o assunto e a experiência clínica privada e institucional dos membros do grupo, foram elaboradas algumas propostas adaptadas à realidade brasileira, descritas em artigos e capítulos de livros publicados (MITO, 1996, 1998, 2001; OLIVEIRA, 2001, 2002a, 2002b; OLIVEIRA, MITO, 1997; MITO, YOSHIDA, 2004).

## 1.2 PRINCIPAIS PROPOSTAS DE PSICOTERAPIA BREVE COM CRIANÇAS

Vamos a seguir apresentar os aspectos principais das propostas desenvolvidas por diferentes autores, que consideramos estar entre as mais relevantes sobre o assunto, e



posteriormente estabelecer comparações entre elas. Serão considerados os trabalhos surgidos a partir do final da década de 60, quando a produção se tornou mais significativa e contínua.

## **1.2.1 Os autores norte-americanos**

### **1.2.1.1 Jacques Mackay**

Este autor ressalta a importância da busca de uma melhor compreensão do processo terapêutico e de como ele opera, e os riscos de se render, na indicação, apenas a preferências pessoais ou às pressões da demanda (MACKAY, 1967). Considera que os resultados de uma psicoterapia podem ser melhor explicados dentro de um referencial psicanalítico, que, para ele, representa o mais coerente sistema psicológico disponível, e alerta para o risco de avaliações de resultados que não levem em conta o indivíduo como um todo. Esse risco se faz presente, por exemplo, quando a avaliação se baseia apenas na remissão de sintomas, que pode ocorrer às custas do fortalecimento de defesas patológicas. Não quer dizer que o desaparecimento de sintomas seja destituído de importância, especialmente no caso de crianças, uma vez que pode gerar modificações significativas nas relações objetivas e na auto-imagem.

O autor baseia-se no conceito de “experiência emocional corretiva” de Alexander e French (1956), o qual considera o fator terapêutico básico de qualquer forma de psicoterapia, e que permite modificar a relação de objeto, quando o paciente adquire uma nova consciência de sua relação consigo mesmo e com os outros. Além disso, no caso de crianças, um aspecto central a ser considerado é a possibilidade de modificação das imagens parentais.

Enfatiza as evidências teóricas e clínicas da maior plasticidade da criança para responder positivamente à intervenção terapêutica, e de sua maior permeabilidade às influências do meio, o que pode significar maior capacidade de internalizar bons objetos, se

estes estiverem disponíveis, e, portanto, maior impacto da atitude de aceitação por parte do terapeuta. O fato de elas serem mais dependentes dos pais, muitas vezes visto como uma limitação para a influência terapêutica, pode também ser utilizado como um instrumento de trabalho, na medida em que mudanças nas atitudes dos pais podem resultar em melhoras surpreendentes na criança. Por isso, atribui especial importância à intervenção sobre as atitudes patogênicas dos pais.

O atendimento se inicia com uma formulação dinâmica clara do problema básico do paciente, e com o estabelecimento de um foco sobre o conflito específico mais provável de ser modificado no tratamento, ao lado de um foco similar sobre as atitudes parentais patogênicas e a avaliação de sua acessibilidade a mudanças. Isto é feito a partir de um psicodiagnóstico, durante o qual obtém dos pais a história clínica, na presença da criança, para poder utilizar com ela esse material, no processo psicoterápico. Informa aos pais e à criança, conjuntamente, sua compreensão do caso e o plano de tratamento, sendo que a duração esperada é abertamente discutida no início, podendo ser alterada posteriormente, se necessário. A duração varia de uma a 30 sessões semanais, de acordo com o caso, com um número médio de 6 a 12 sessões. A forma do atendimento também é decidida de acordo com o caso, sendo que os pais podem ser atendidos pelo mesmo terapeuta, em conjunto com a criança ou separadamente, ou por um *social worker*. Com a criança, utiliza-se principalmente de interpretações transferenciais, elaboradas a partir de relatos de sonhos e de produções espontâneas. Sua técnica sugere a interpretação precoce e sistemática, para a criança, do conflito emocional central, em suas manifestações mais acessíveis; a interpretação “correta” é a que se refere a aspectos conflitivos ativamente patogênicos, mas que possam ser significativos, inteligíveis, toleráveis e aceitáveis para a criança. Isto visa fazer da parte sadia do ego do paciente um aliado dos esforços do terapeuta.

A importância das contribuições de Mackay, a nosso ver, se relaciona principalmente com sua visão mais abrangente e aprofundada do processo, que leva em conta a totalidade do

indivíduo, e à importância que atribui à relação terapêutica. Além disso, discute a relevância de se pensar a psicoterapia breve não como um método para resolver problemas imediatos como a demanda elevada, mas de se avaliar seu efetivo papel como um instrumento terapêutico. Para ele, esta forma de trabalho deve ter aplicação flexível, podendo ser a indicação principal ou uma indicação paliativa para casos em que não seria a melhor alternativa, mas é a possível. Considera, no entanto, que há casos em que ele não deve ser utilizado, como por exemplo com crianças pequenas cujos pais representem agentes patogênicos ativos sem possibilidade de mudança. Quanto à técnica utilizada com a criança, ela é muito semelhante à da psicanálise clássica, privilegiando as interpretações transferenciais e a análise de material inconsciente. Esta é também uma característica dos trabalhos desenvolvidos com adultos nessa mesma época, produzidos, segundo Yoshida (2004), por autores que compõem a primeira geração de estudiosos da psicoterapia breve, representada especialmente por Malan, Sifneos e Gilliéron, bastante conhecidos em nosso meio.

#### 1.2.1.2 Eva P. Lester

Esta autora, que desenvolveu seu trabalho no Canadá, considera que a psicoterapia breve não é apenas uma psicoterapia de menor duração, mas uma forma específica de intervenção, caracterizada principalmente por ter objetivos limitados e bem definidos (LESTER, 1967, 1968). Como na psicanálise, o objetivo permanece no desenvolvimento do auto-conhecimento, e a interpretação é o principal agente terapêutico, mas a atitude do terapeuta é mais ativa e ele se utiliza também de outros tipos de intervenção.

A partir da concepção de que a maioria, senão todos os distúrbios infantis representam desvios do desenvolvimento normal causados por um dos seguintes fatores – falta de suprimento externo vital, interferência externa no impulso normal da criança para se adaptar e

dominar seu ambiente, e limitações internas da própria criança para o crescimento normal – ou por uma combinação deles, ressalta que uma intervenção breve mas apropriada, e realizada no momento adequado, pode reverter os desvios do curso normal e abrir caminho para o progresso posterior.

A psicoterapia breve proposta pela autora tem como objetivo amenizar ou eliminar sintomas que, na criança, consistem na presença exagerada de padrões de comportamento que seriam adequados em outra faixa etária, ou regressões a modos anteriores de comportamento, ou inibições de várias funções e estruturas que levam a um comportamento anormal estéril e repetitivo. Este comportamento perturba o ambiente que, por sua vez, reage com mais proibições e privações.

Em termos técnicos, o trabalho é dividido em quatro estágios (a divisão, segundo a autora, é artificial e tem finalidade didática): o primeiro contato, o diagnóstico, a fase terapêutica propriamente dita e o término. Deve haver uma preocupação, desde o início, com o estabelecimento de uma aliança terapêutica, e também desde o início deve ficar clara a natureza interpretativa do tratamento. A partir de uma formulação diagnóstica, e feita a indicação para a psicoterapia breve, o mesmo terapeuta se encarrega da criança e dos pais, em sessões conjuntas ou separadas. A intensidade do envolvimento dos pais no processo depende da idade da criança e da natureza do problema, sendo mais alta em crianças pequenas e com sintomas reativos. A criança é atendida separadamente quando apresenta formações neuróticas evidentes, o que ocorre com mais frequência no período de latência, ou atrasos moderados no desenvolvimento. Utiliza-se de brinquedos, sonhos e fantasias, e da transferência, para interpretar e clarificar para a criança o significado de seu comportamento. Com os pais, vale-se principalmente de clarificação, explicação, direção e re-educação, e menos de interpretação.

Esta proposta é dirigida a crianças cujo estado global de desenvolvimento não esteja seriamente prejudicado, com famílias suficientemente flexíveis para mudar e se acomodar às

mudanças da criança. Além disso, segundo a autora, exige do terapeuta habilidade, experiência, capacidade de ser ativo, compromisso com objetivos limitados e sobretudo fé no impulso inerente à criança para crescer e se adaptar.

A não ser pelo estabelecimento de objetivos limitados e pela maior atividade do terapeuta, esta proposta é muito próxima da psicanálise de crianças, inclusive com a utilização de interpretações transferenciais. No caso dos pais, no entanto, embora Lester indique a importância de relacionar suas dificuldades com os sintomas da criança, parece propor mais uma orientação e uma re-educação. Embora critique o que denomina de “orfandade teórica” da psicoterapia infantil, ela própria não oferece informações detalhadas, que permitam compreender claramente as bases da técnica e dos critérios de indicação que utiliza.

#### 1.2.1.3 Stephen Proskauer

Este autor, influenciado por James Mann (1973), publicou dois importantes artigos sobre PBI entre o final da década de 60 e o início da de 70. No primeiro deles (PROSKAUER, 1969) discute algumas questões técnicas sobre o trabalho que realizou, especialmente com crianças institucionalizadas. O segundo (PROSKAUER, 1971), no qual sua proposta aparece mais estruturada, a partir de 22 casos atendidos em clínicas de Boston, recebeu um prêmio da Academia Americana de Psiquiatria Infantil.

Sua Psicoterapia Focal de Tempo Limitado com Crianças é definida como um trabalho realizado num total de 6 a 20 horas, distribuídas num período de 2 a 6 meses, focalizado desde o início numa questão específica, com data de término estabelecida e explicitada também desde o início para os pais e para a criança. Para o autor, isto é fundamental para colocar em foco o problema crucial da separação e perda, da mesma forma que preconizava Mann (1973), seguindo Rank (1929, citado por MARMOR, 1979).

O processo terapêutico pode ser dividido em 3 fases. A primeira objetiva a formação de uma aliança terapêutica através da definição mútua de um foco, que inclui aspectos centrais que demandam atenção e podem ser trabalhados, pelo menos parcialmente, no tempo disponível. Dependendo da idade e das condições de desenvolvimento da criança, o foco pode ser explicitado verbalmente, ou através da atividade simbólica. O terapeuta precisa procurar uma forma de comunicação aceitável para a criança e, se for preciso, assumir uma colaboração mais ativa com ela para forjar rapidamente uma aliança terapêutica. Na segunda fase, de intervenção terapêutica propriamente dita, o objetivo é facilitar mudanças numa área limitada de funcionamento. O terapeuta deve guiar-se pelo foco escolhido e, a partir de uma compreensão de tantos significados inerentes ao material simbólico quanto for possível, selecionar a que dar ênfase, e dirigir suas intervenções para objetivos realistas. A compreensão dinâmica é utilizada para auxiliá-lo a estruturar uma relação de ajuda com a criança, mais do que para interpretar, e as interpretações diretas são utilizadas especialmente para dissipar reações negativas que ameacem a aliança terapêutica. A terceira fase é a de término, e seu objetivo principal é a estabilização dos ganhos conquistados, para que a criança possa mantê-los após a perda do terapeuta. Quanto maior a dificuldade do paciente com a constância de objeto, mais tempo e esforço precisa ser despendido com esse trabalho. É fundamental, nesta fase, a resolução da inevitável ambivalência que surge em relação ao terapeuta.

O *follow-up* é considerado como um segundo estágio essencial do processo. Entrevistas feitas em intervalos de 3 a 6 meses permitem acompanhar a evolução, realizar novas intervenções, se necessário, e reassegurar a criança do interesse do terapeuta.

Proskauer não se detém muito na análise da participação dos pais, embora afirme que eles têm influência importante nos resultados da maioria das psicoterapias infantis. Considera que, em muitos casos, eles devem ser vistos regularmente durante o processo terapêutico, em

outros de forma mais espaçada. O foco do trabalho com eles pode incluir sua própria patologia e/ou sua relação com a criança.

A nosso ver, as contribuições deste autor ao tema são extremamente relevantes porque ele discute com profundidade vários aspectos da técnica, com uma preocupação especialmente centrada na relação que se estabelece com a criança, respeitando suas possibilidades de comunicação e enfatizando os aspectos positivos de seu funcionamento psíquico e de seu comportamento. Não faz apenas uma transposição das técnicas breves utilizadas com adultos, nem da análise infantil. Modifica a forma das intervenções, tirando do lugar central as interpretações, especialmente as transferenciais, e levando em conta a importância da comunicação simbólica com a criança, dando mais importância ao que é vivido na relação do que ao que é verbalizado. Além disso, fornece relevantes orientações para o trabalho com pacientes institucionalizados, o que é extremamente raro entre os autores da área. Ainda, atribui grande importância ao *follow-up*, essencial não só para garantir um referencial para os pais e para a criança, mas também porque o desenvolvimento infantil é marcado por constantes mudanças, cujos efeitos podem ser acompanhados, o que permite a adoção precoce de novas medidas terapêuticas, quando necessário.

#### 1.2.1.4 Stanley B. Messer e C. Seth Warren

Estes autores chamam a atenção para a fragilidade da ligação histórica entre psicoterapia e teorias do desenvolvimento na prática da psicoterapia psicodinâmica breve, e para a ausência de pesquisa e teoria clínica sobre a PBI. Uma vez que consideram que “o desenvolvimento ocorre dentro de círculos concêntricos de influência social e psicológica” (MESSER; WARREN, 1995, p. 282) ressaltam a importância, para os modelos de desenvolvimento, dos trabalhos de observação de crianças em contextos normais e clínicos, da psicoterapia infantil, das pesquisas experimentais e não experimentais sobre as capacidades

e sobre as diferenças individuais, das teorias sobre os sistemas familiares e das abordagens comunitárias aos problemas psicológicos.

Por seu lado, os conhecimentos sobre o desenvolvimento acrescentam contribuições importantes ao campo das psicoterapias breves, uma vez que podem sugerir focos terapêuticos localizados em momentos específicos, e os problemas podem ser identificados não somente em termos de estruturas da personalidade e de sintomas, mas também em termos de falhas para enfrentar os desafios determinados pelo curso do desenvolvimento. Para os autores, isto adiciona outra dimensão à teoria psicodinâmica e enriquece a abordagem terapêutica.

Partindo deste ponto de vista, sugerem que a formulação de um foco terapêutico se apóie sobre o desafio desenvolvimental esperado, que é então compreendido no contexto particular de cada paciente. O problema é definido em termos de uma falha adaptativa, usualmente em face de novas demandas que surgem a partir da situação de vida do paciente, demandas que podem ser acidentais ou resultar do próprio processo de desenvolvimento. A ênfase é mais sobre fatores situacionais na crise do que na estrutura intra-psíquica da personalidade, e a intervenção visa reduzir ou eliminar a distância entre os recursos adaptativos e as demandas situacionais, o que pode requerer ou não mudanças psicodinâmicas específicas. A melhora é definida principalmente em termos do funcionamento adaptativo do paciente.

Entendem que, do ponto de vista do desenvolvimento, a psicopatologia infantil pode ser vista como uma quebra ou um impasse no processo de desenvolvimento, resultado da interação de limitações da capacidade adaptativa estrutural da criança com estressores ambientais. Os sintomas seriam esforços mal sucedidos de lidar com a experiência de ser ameaçado por estressores crônicos ou traumáticos (familiares e sociais). O objetivo da PBI seria, então, modificar o equilíbrio entre essas forças, tanto internas quanto externas.

Partem da teoria da separação-individuação, usando como referencial Bowlby, Erikson e Mahler, e consideram que esse processo é subjacente a todo conflito na infância, uma vez



que é a força em direção à individuação que move o desenvolvimento, que ocorre num contexto relacional. Portanto, o foco terapêutico parte necessariamente de uma compreensão dos problemas da criança no contexto familiar, seu ambiente relacional imediato. O foco incorpora aspectos do desenvolvimento, psicodinâmicos, ambientais e referentes à crise imediata.

Em relação à técnica, os autores chamam a atenção para o fato de que algumas propostas de psicoterapia breve para crianças parecem ter sofrido uma contaminação dos modelos utilizados com adultos, e não levam em conta as características específicas da criança, como por exemplo uma noção de tempo nem sempre suficientemente bem desenvolvida, limitações na possibilidade de comunicação verbal e na compreensão de intervenções complexas e intelectualizadas (WARREN; MESSER, 1999). Assim, ao contrário da importância de estabelecer com a criança uma data de término, sugerem que a falta de uma noção clara de tempo, característica da infância, pode fazer com que uma relação de tempo limitado tenha um impacto desproporcional; ressaltam, com Winnicott (1975), a importância da atividade psíquica criativa e da brincadeira expressiva como veículos de desenvolvimento, e da continência do terapeuta para que a criança possa expressar seus afetos e emoções, muito mais do que compreendê-los verbalmente ou torná-los conscientes. Consideram que o foco estabelecido para o trabalho é muito mais um guia para o terapeuta em suas intervenções.

Afirmam que é impossível conceber uma psicoterapia breve com criança que não envolva diretamente os pais, que devem ser recrutados como aliados e participar do processo, em sessões conjuntas ou separadas, dependendo das características do caso. Isto é essencial para que os resultados possam ser mantidos, após o encerramento.

Ao contrário de outros autores, que preconizam técnicas específicas para encurtar o tempo do trabalho, ressaltam que uma terapia breve com crianças é ainda uma terapia com crianças, e não se pode esquecer os princípios básicos da técnica lúdica, o respeito ao ritmo e às possibilidades do paciente. Baseiam-se na importância do *holding*, seguindo Winnicott

(1983), e da experiência emocional corretiva de Alexander e French (1956). O limite de tempo deve ser usado mais no sentido de adequar as possibilidades terapêuticas às condições reais do que para impor mudanças técnicas.

## **1. 2. 2. Os grupos europeus**

### **1.2.2.1 Grupo de Genebra: Bertrand Cramer, Francisco Palácio-Espasa, Juan Manzano**

Em seu longo artigo de 1974, ponto de partida do trabalho deste grupo de autores, Cramer afirma que a intervenção terapêutica breve de abordagem psicodinâmica é um entre os vários métodos terapêuticos que o psicanalista pode empregar, levando em conta sua orientação e formação particular, as necessidades sempre crescentes de serviços terapêuticos para segmentos mais amplos da população, e os avanços teóricos e técnicos do próprio movimento psicanalítico, que permitem formulações mais precisas dos dinamismos das terapias breves. Sua proposta surgiu de seu trabalho como pediatra e psicanalista, realizado tanto em contexto institucional quanto na clínica privada, e influenciado pelas idéias de Winnicott sobre consultas terapêuticas e pela abordagem familiar.

Parafraseando Ajuriaguerra (1967, citado por CRAMER, 1974), considera que a realidade exige do terapeuta uma ação flexível, em que a noção de eficiência deve estar acima da de perfeccionismo e purismo terapêutico. Leva em conta o conceito de crise e a pré-transferência positiva que ela tende a potencializar, favorecendo que intervenções breves, nessas situações, sejam não só bem toleradas, mas tenham seus efeitos amplificados.

Assim, propõe que a intervenção seja o mais precoce possível, a partir de uma identificação do nódulo do conflito, ou da angústia central, que deve ocorrer de preferência desde a primeira sessão. As situações de crise favorecem uma carga transferencial elevada, que facilita a formação da aliança terapêutica e a motivação para receber ajuda, o que faz com

que intervenções breves precoces e adequadas detenham processos patogênicos que muitas vezes, mais tarde, poderiam ser refratários ao tratamento.

Sua técnica aplica-se sobretudo a casos de perturbações no desenvolvimento, que estão no limite entre as perturbações reativas e as neuroses; pode ser utilizada com casos mais graves e crônicos, mas apenas com objetivos circunscritos, ligados a agravamentos súbitos ou à aparição de novos sintomas.

O autor desenvolve um referencial teórico alicerçado especialmente nas concepções de Mahler (1982) sobre a simbiose primária e o processo de separação-individuação, e nas de Winnicott (1978) sobre o caminho da dependência absoluta à independência relativa. Estuda as características específicas da relação pais-criança (e, em especial, da relação mãe-criança), dentro da qual se constitui o indivíduo, num processo que leva da fusão primária a uma diferenciação progressiva. Quando, durante o processo de desenvolvimento da criança, seus conflitos em determinada fase são particularmente ansiógenos para os pais, ocorre nestes uma regressão, com des-diferenciação parcial do *self*, que favorece as projeções e identificações maciças. O objeto da intervenção terapêutica é, então, o que denomina “área de mutualidade psíquica”, uma área comum e indiferenciada entre os pais e a criança, fruto das projeções e identificações recíprocas, e busca-se a origem genética do conflito, que está na relação dos pais com seus próprios pais. A terapia visa restabelecer os limites entre o *self* da criança e o do genitor, permitindo a retomada do processo de individuação.

Em relação à técnica, assume desde o início uma postura terapêutica e interpretativa, para testar a capacidade de mudança dos pais, e decide a indicação terapêutica já durante a primeira entrevista, que é realizada em conjunto com os pais e a criança. A partir daí, e de acordo com as características do caso, vai estabelecendo quem deve ser atendido em cada sessão: a criança e os pais, um dos pais, o casal ou a criança sozinha. De qualquer forma, as intervenções serão sempre dirigidas à interação psíquica pais-criança, e não aos fenômenos intra-psíquicos. Há flexibilidade em relação aos tipos de intervenção utilizados, mas elas estão

sempre baseadas no conhecimento analítico de sua motivação e de seus efeitos. O número de sessões não é pré-determinado, mas estabelecido a partir do desenvolvimento do processo, e é, em média, de 3 a 10. O autor não parece dar atenção especial à fase de término, embora ressalte que é preciso estar consciente de seus efeitos. Sugere que, ao final, se faça um resumo da compreensão do caso, se reassegure a possibilidade dos pacientes voltarem, se sentirem necessidade, e se solicite contato após alguns meses, mesmo através do telefone.

Cramer e os outros membros do Grupo de Genebra, especialmente Palácio-Espasa e Manzano, publicaram diversos outros trabalhos, na década de 80, seguindo essas mesmas direções básicas (PALACIO-ESPASA, 1981; PALACIO-ESPASA, MANZANO, 1982; PALACIO-ESPASA, 1984; PALACIO-ESPASA, MANZANO, 1987; PALACIO-ESPASA, CRAMER, 1989). Um deles parece-nos especialmente relevante (PALACIO-ESPASA, 1984), pois relata uma pesquisa sobre critérios de indicação; vamos adiante citá-lo mais detalhadamente, no item específico. O trabalho desses autores, no entanto, seguindo sua ênfase preventiva, foi se dirigindo a crianças cada vez mais novas, até que se concentrou totalmente na psicoterapia mãe-bebê. Na década de 90 publicaram dois livros traduzidos para o português: *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê* (CRAMER; PALACIO-ESPASA, 1993) e *Segredos femininos: de mãe para filha* (CRAMER, 1997), um emocionante trabalho que aborda especificamente a transmissão das heranças psíquicas através das gerações.

Também na década de 90, Manzano e Palacio-Espasa (1993) relatam que, a partir de sua experiência com crianças pequenas, ampliaram seu trabalho de psicoterapia breve para crianças de todas as idades, incluindo os adolescentes, utilizando os mesmos princípios teóricos e técnicos. A diferença é que as projeções mútuas entre pais e crianças mais velhas abarcam aspectos do conflito edípico. A técnica de trabalho inclui atendimentos conjuntos, nos quais são feitas interpretações sobre as projeções de um objeto edípico do passado dos pais sobre a criança, e interpretações dirigidas à criança, o que permite a eles tomar consciência do conflito que engendram uns nos outros, e que se auto-alimenta em um círculo

vicioso. Os pais podem então, segundo os autores, retomar para si sua problemática edípica e elaborar o luto de seus objetos do passado, e a criança pode retomar a elaboração de sua própria problemática, sem a sobrecarga das projeções paternas.

O trabalho do grupo apresenta muitos pontos importantes a serem ressaltados: a coerência e o aprofundamento de seu embasamento teórico, a preocupação em detalhar a técnica e em fundamentá-la, o cuidadoso e contínuo trabalho de pesquisa. Os limites de sua utilização residem principalmente no fato de que exige formação psicanalítica e terapeutas com grande experiência clínica para que possa ser realizado da forma como é proposto; além disso, dirige-se principalmente a crianças muito pequenas ou em idade pré-escolar, em especial àquelas em que as dificuldades são principalmente reativas, e que podem se beneficiar de uma mudança na dinâmica do relacionamento familiar, e cujos pais sejam permeáveis a essa mudança. Nossa experiência mostra que, em nosso meio, estes casos representam a minoria dos que buscam atendimento psicológico.

#### 1.2.2.2 O grupo italiano: Filippo Muratori e colaboradores

Este grupo desenvolveu sua proposta de psicoterapia breve a partir do modelo da Escola de Genebra e, segundo os autores, clinicamente apoiada no trabalho de Fraiberg (MURATORI; MAESTRO, 1995). Justificam a adoção da psicoterapia breve a partir das pesquisas sobre psicoterapia infantil, especialmente as de meta-análise, como os de Target e Fonagy (1994), que têm demonstrado que a psicoterapia infantil tem resultados positivos e superiores aos da situação de não tratamento, que a melhora é maior quando a criança tem menos de 11 anos, quando tem um conjunto circunscrito de sintomas ligados a um conflito internalizado central, quando há tratamento simultâneo dos pais, e que a amplitude dos resultados não está ligada à maior duração ou intensidade do tratamento. No entanto, ressaltam que há poucos estudos sobre o processo psicoterápico, mostrando o que os

terapeutas realmente fazem, e sobre que aspectos do tratamento são significativos para a obtenção de resultados positivos.

Seu trabalho é realizado em contexto clínico naturalista, com crianças de 6 a 11 anos, com distúrbios emocionais caracterizadas por ansiedade ou depressão, sem as características de uma síndrome específica. O objetivo é elucidar um tema conflituoso central, segundo os autores, nos moldes do modelo elaborado por Luborsky para adultos. Consideram, no entanto, que, durante a infância, o tema conflituoso central repousa na interação da criança com os pais. É nesse contexto que o terapeuta trabalha, destacando este tema e elucidando suas relações com os sintomas da criança e com o mundo representacional dos pais. Uma vez que consideram que os sintomas infantis freqüentemente têm uma dupla função – expressar tanto a dinâmica individual quanto a familiar -, a presença da criança e dos pais é necessária, pois permite ao terapeuta atuar sobre eles e sobre suas interações sintomáticas. Diferentemente da Escola de Genebra, acrescentam como rotina sessões individuais com a criança, pois, uma vez que trabalham com pacientes na fase de latência, é preciso considerar que há maior internalização do conflito, e que os temas conflituosos compartilhados têm uma elaboração pessoal da criança que precisa ser trabalhada.

O processo é composto por 3 fases: são realizadas 5 sessões com a família, focalizadas no conflito transgeracional, com o objetivo de interpretar o conflito atual em relação ao passado dos pais, modificar as percepções distorcidas que os pais têm da criança e aumentar sua empatia em relação a ela; 5 sessões com a criança, com o mesmo terapeuta, com foco na percepção que ela tem do problema e em seu estilo defensivo, dando-se atenção à ligação entre o conflito central e os sintomas; uma sessão final com a família, para voltar a apontar o tema conflituoso central, sua relação com o sintoma da criança e com as representações dos pais. Assim, são realizadas no máximo 11 sessões, num período de cerca de 4 meses.

Ressaltando as dificuldades em relação a encontrar instrumentos adequados para avaliar os resultados e para interpretá-los, os autores afirmam que suas pesquisas indicam que

a terapia é efetiva para acelerar o processo de redução dos sintomas, e que esta redução implica numa melhora do funcionamento global da criança. Indicam ainda que as mudanças ocorrem primeiro na interação pais-criança e, só após um período de tempo, no comportamento da criança. As pesquisas de acompanhamento mostraram que as melhoras se mantiveram até um ano e meio após o término da psicoterapia, e muitas vezes se ampliaram com o passar do tempo. Consideram que é uma proposta de trabalho efetiva e facilmente aplicável, desde que haja treinamento adequado dos terapeutas, e particularmente útil em serviços de saúde pública.

### **1. 2. 3. Os autores sul-americanos**

#### 1.2.3.1 Arminda Aberastury

A autora propõe o que denomina “psicoterapia analítica com fins e tempo determinados” (ABERASTURY, 1972), para ser utilizada em situações específicas, especialmente as emergenciais e agudas, como preparação para cirurgias, adoção, separação dos pais ou migração. O objetivo é a cura sintomática ou a solução de um conflito determinado, e não a cura de conflitos psicológicos profundos ou a modificação de estruturas mentais. A estratégia inclui dar à criança e aos pais toda a informação referente à situação e trabalhar com os emergentes que surgirem, utilizando a interpretação, adaptada aos limites de uma psicoterapia breve. O atendimento é realizado individualmente com a criança, e individualmente ou em grupo com os pais.

Na verdade, esta não é exatamente uma proposta de psicoterapia breve, mas de aplicação, em situações específicas, da psicoterapia analítica modificada. Assim, não há uma descrição detalhada do modelo de trabalho, mas orientações gerais, além do relato de casos clínicos, que podem ajudar a compreender melhor como se dá o processo. No entanto,

decidimos incluí-la aqui por sua relevância, tanto em termos de pioneirismo, em especial na América do Sul, quanto pela influência que exerceu sobre outros autores importantes, como Knobel.

A proposta pioneira de Aberastury (1972) continua gerando frutos até hoje, no expressivo crescimento da psicologia aplicada à área da saúde, incluindo a psicologia hospitalar. Apenas para citar alguns exemplos de trabalhos desenvolvidos em nosso meio, voltados para o atendimento de crianças hospitalizadas, temos o de Silveira e Outeiral (1998), descrevendo atendimento pré-cirúrgico, e o de Trinca, A.M.T. (2003), que utilizou o Procedimento de Desenhos-Estórias, de Walter Trinca, como instrumento de comunicação, em atendimentos psicológicos breves a crianças que aguardavam procedimentos cirúrgicos.

#### 1.2.3.2 Maurício Knobel

A Psicoterapia de Tempo e Objetivos Limitados visa tratar certos tipos de fenômenos com a maior economia de tempo possível e a melhor adequação à realidade.

O autor considera sua proposta como uma modificação na técnica e na estratégia psicanalíticas (KNOBEL, 1997). O trabalho é dirigido a um foco, através de interpretações parciais e atenção seletiva. Evita-se deliberadamente a regressão e a neurose de transferência, sendo que a transferência é utilizada para compreender o paciente e ajudá-lo a discriminar a confusão que dela resulta, diluindo-a no aqui e agora de sua vida. A elaboração se baseia em *insights* com maior participação cognitiva do que afetiva (compreensão de um conflito e de suas causas), e as intervenções visam mudar a informação falsa para informação verdadeira, o que leva, segundo o autor, à mudança parcial nos objetos e vínculos objetivos alterados pela distorção cognitiva.

Ressalta a importância da rapidez da intervenção porque, com crianças, quanto antes os resultados forem alcançados, mais favorável será o prognóstico, uma vez que se evitam as



conseqüências negativas que os sintomas podem ter para o desenvolvimento como um todo. Além disso, considera que o tempo é um indispensável instrumento técnico neste tipo de trabalho. A duração do processo é definida de acordo com o quadro clínico, a relação transferencial-contratransferencial e a disponibilidade empática, mas o número de sessões deve ser fixado previamente, e não deve exceder 12 ou 14. Utiliza a técnica lúdica e, muitas vezes, outras estratégias específicas para determinadas situações, como técnicas cognitivas ou elementos técnicos de outros referenciais teóricos, quando considera necessário e útil para abreviar o tempo de trabalho.

O atendimento aos pais é considerado fundamental, especialmente em virtude da dependência da criança. De acordo com o caso pode ser uma orientação terapêutica, ou uma psicoterapia, realizada concomitantemente, em conjunto ou mesmo em substituição à psicoterapia da criança. Se isto não for levado em conta e os pais não estiverem preparados para as mudanças que o processo ocasionar na criança, sua ação patogênica será reforçada.

Acentua a importância da preparação do terapeuta, que deve ter sólidos conhecimentos de psicologia evolutiva normal e patológica, e ser capaz de estabelecer com a criança uma relação de confiança, fornecendo-lhe segurança.

#### 1.2.3.3 Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB)

O trabalho do NEPPB desenvolveu-se em São Paulo, a partir do interesse de seus membros em pesquisar técnicas de psicoterapia breve adaptadas à realidade brasileira (YOSHIDA; ENÉAS, 2004). O grupo, que se reuniu em 1987, voltou-se inicialmente para o atendimento de adultos, mas a demanda por assistência a crianças deu início às tentativas de desenvolver uma proposta de trabalho para essa população. Com esse objetivo, a autora uniu-se ao grupo em 1989. Logo de início, ficaram evidentes as dificuldades envolvidas nessa tarefa: a ausência de referências na bibliografia, a complexidade oriunda das condições típicas

da infância, como a dependência da criança, que gera a necessidade de envolver os pais no processo, e a variedade de faixas etárias e níveis de desenvolvimento.

A forma de trabalho que aos poucos foi sendo desenvolvida e pesquisada resulta de uma síntese da influência de vários autores, especialmente do Grupo de Genebra e de Proskauer, que, associada à experiência clínica dos profissionais envolvidos, resultou numa proposta adaptada à nossa população e às condições de nosso meio. O conceito de “área de mutualidade psíquica”, de Cramer (1974), representou um marco importante, pois permite enfocar de início os pais como parte do processo, integrando-os na compreensão dinâmica do caso e abrindo novas possibilidades de intervenção. O trabalho desse autor, no entanto, dirige-se a crianças pequenas, especialmente àquelas com idade entre 3 e 6 anos, e, também por isso, sua ênfase principal é dada ao atendimento dos pais. Isto contrasta com nossa população clínica, constituída especialmente por crianças mais velhas, em idade escolar, que necessitam de um trabalho que leve em conta, de maneira mais significativa, sua própria organização psíquica e sua maneira pessoal de organizar as influências que recebe do ambiente familiar. Nesse sentido foram extremamente relevantes para o desenvolvimento de nosso trabalho as idéias de Proskauer (1971), que aborda mais detalhadamente o processo com a criança, dando ênfase à busca de uma forma possível de comunicação e ao estabelecimento de uma relação com o terapeuta, que possa ser utilizada por ela como um modelo de relação positiva.

Assim, o trabalho que desenvolvemos, de certa forma, se aproxima do que posteriormente foi elaborado por Muratori e pelo grupo italiano (MURATORI et al., 2002), que adaptou a proposta do Grupo de Genebra para crianças mais velhas, considerando que, com elas, é preciso levar em conta que há maior internalização do conflito, e que é preciso trabalhar a elaboração pessoal que a criança já fez dos temas conflituosos compartilhados. A diferença é que estes autores organizaram um modelo de atendimento que tem pré-determinado o número de sessões e a seqüência em que são atendidos os pais e a criança, visando maior uniformização do processo para fins de pesquisa, enquanto nosso modelo é

mais flexível, e procura se adaptar às características de cada caso em particular, e às condições em que o trabalho é realizado.

Embora ele tenha sido desenvolvido em grupo, cada um dos profissionais envolvidos guarda suas próprias especificidades, fruto, entre outros aspectos, de sua própria experiência, de suas características pessoais e, em consequência, de seu próprio olhar clínico e de sua forma de atuação. Assim - e não poderia ser de outra forma - o que será aqui apresentado é a visão pessoal da autora, e sua proposta de trabalho.

Inicia-se com uma avaliação diagnóstica breve mas cuidadosa, buscando conhecer o funcionamento psíquico da criança, seu desenvolvimento, as características dos pais e das relações familiares. Nesta fase, o objetivo é que os pais não apenas forneçam informações sobre a criança e sua história, mas sejam envolvidos no processo e revejam sua própria história.

A partir dessa avaliação, decide-se se o caso demonstra condições de se beneficiar de um atendimento breve. Não utilizamos propriamente critérios de indicação, mas critérios de exclusão, para os casos em que não se percebe possibilidades de benefício, ou nos quais se evidencia a existência de riscos iatrogênicos significativos (OLIVEIRA, 2002a). As conclusões diagnósticas têm o objetivo principal de alicerçar um planejamento terapêutico que leve em conta as características do caso (que inclui criança e pais), suas necessidades e possibilidades, além das possibilidades do terapeuta e do contexto de atendimento. A idéia não é ter um plano rígido de trabalho, mas estabelecer parâmetros compatíveis com a situação, em relação às áreas conflitivas com maiores necessidades e possibilidades de serem trabalhadas, aos tipos de intervenção mais adequados, a quem será atendido e com que frequência, e à duração do processo, considerando-se se há limites reais que impõem uma duração pré-estabelecida ou se é possível trabalhar em função dos objetivos propostos, utilizando-se o tempo necessário para atingí-los.

Todos estes aspectos giram em torno da questão essencial, que é a relação e a aliança terapêutica, e sua possibilidade de ser transformadora.

A fase terapêutica propriamente dita inclui intervenções flexíveis e adaptadas às características do caso, tanto em abrangência quanto em nível de aprofundamento. Com os pais trabalha-se especialmente sua forma de vivenciar esse papel, suas expectativas em relação à criança e a ligação entre essas expectativas e aspectos de seu passado, buscando-se maior diferenciação e discriminação de identidades. Com a criança, dependendo do caso, trabalha-se conflitos específicos, a construção de uma relação positiva que possa servir como um novo modelo, a expressão de afetos e emoções, a auto-imagem, sempre respeitando suas possibilidades de comunicação e a importância da experiência vivida na relação terapêutica, e da brincadeira expressiva. Os focos do processo dos pais e do processo da criança são paralelos e complementares.

Dá-se especial atenção à fase de término, que é vivida pelos pacientes de acordo com sua história de perdas e com as possibilidades que tiveram de elaborá-las. Considera-se que é importante trabalhar os sentimentos ambivalentes que surgem nessa fase, evitando que o encerramento seja vivido como um abandono, o que comprometeria os resultados alcançados. Sempre que possível, é desejável realizar entrevistas de *follow-up*, que permitem aos pais e à criança se reassegurar do interesse do terapeuta e da possibilidade de contar com uma ajuda disponível, se sentirem necessidade. Além disso, permite ao terapeuta intervir precocemente se surgirem novas dificuldades, além de possibilitar a avaliação do trabalho realizado e a manutenção dos resultados alcançados.

Com a finalidade de facilitar a compreensão e a comparação, segue-se um quadro (Quadro 1) que sintetiza as principais idéias dos diferentes autores citados, em relação a alguns dos aspectos abordados nos diferentes modelos de trabalho.

	<b>Mackay</b>	<b>Lester</b>	<b>Proskauer</b>	<b>Messer e Warren</b>	<b>Grupo de Genebra</b>	<b>Muratori et al.</b>	<b>Aberastury</b>	<b>Knobel</b>	<b>NEPPB</b>
<b>Foco</b>	-conflito específico mais provável de ser modificado - atitudes parentais patogênicas	- padrões de comportamento inadequados (regressões ou inibições)	- aspectos centrais que possam ser trabalhados no tempo disponível	- falhas adaptativas frente às demandas situacionais, consideradas no contexto dinâmico e relacional	-“área de conflito mútuo”	- conflito atual e sua relação com o conflito transgeracional	- conflito em situação específica, especialmente emergencial e aguda	- situações emergenciais ou problemas psiquiátricos diversos (não específica)	- áreas conflituosas com maiores necessidades/ possibilidades de serem trabalhadas, envolvendo a relação pais - criança
<b>Objetivos</b>	Modificar relações de objeto e imagens parentais	Desenvolvimento do auto-conhecimento e amenizar ou eliminar sintomas desadaptativos	Facilitar mudanças numa área delimitada	Reduzir ou eliminar a distância entre os recursos adaptativos e as demandas situacionais	Restabelecer os limites entre o <i>self</i> da criança e o dos pais, propiciando a retomada do curso do desenvolvimento	Elucidar um tema conflituoso central da relação pais - criança, sua ligação com os sintomas, percepções distorcidas e representações mútuas	Cura sintomática ou resolução de um conflito determinado	Favorecer o pleno exercício das potencialidades e o desenvolvimento do processo evolutivo	Realistas e adaptados às possibilidades do caso e às condições do atendimento
<b>Estratégias</b>	Interpretação precoce e sistemática das manifestações mais acessíveis do conflito emocional central	Principalmente interpretação, ao lado de outras formas de intervenção	Estruturar uma relação de ajuda (aliança terapêutica) através da comunicação verbal ou simbólica. Atenção especial à separação	Continência do terapeuta para possibilitar atividade criativa e expressão de afetos e emoções.	Interpretações dirigidas à relação pais - criança, sua relação com a história dos pais e outros tipos de intervenção.	Interpretação do tema conflituoso central e de sua relação com sintomas e com mundo representacional, e outros tipos de intervenção.	Fornecer informações sobre a situação vivida e trabalhar com emergentes através da interpretação adaptada à P.B..	Interpretações parciais que evitem regressão, transformar informação falsa em verdadeira	Flexíveis e adaptadas ao caso, tanto em abrangência quanto em nível de aprofundamento

continuação

	<b>Mackay</b>	<b>Lester</b>	<b>Proskauer</b>	<b>Messer e Warren</b>	<b>Grupo de Genebra</b>	<b>Muratori et al.</b>	<b>Aberastury</b>	<b>Knobel</b>	<b>NEPPB</b>
<b>Pais</b>	Intervenção sobre atitudes patogênicas	Clarificação, explicação, orientação e re-educação	Foco em sua própria patologia e/ou sua relação com a criança	Envolvimento direto como aliados no trabalho	Intervenções dirigidas à relação com a criança e à relação entre a situação atual e o passado dos pais	Elucidar o conflito atual e sua relação com o conflito transgeracional	Informação sobre a situação atual e interpretação	Orientação terapêutica, acompanhamento terapêutico ou psicoterapia	Foco no papel de pais e na relação com a criança, e ligação com aspectos do passado
<b>No. de sessões</b>	Média de 6 a 12	--	Média de 6 a 20	Depende do caso e das condições reais	Média de 8 a 10	No máximo 11 (entre criança e pais)	--	--	Variável, de acordo com o caso e com os limites reais
<b>Forma de atendimento</b>	Separada ou conjunta, com o mesmo terapeuta ou não	Separada ou conjunta, com o mesmo terapeuta	Não deixa claro, mas dá a entender que a criança é atendida individualmente	Separada ou conjunta	Flexível, de acordo com o desenrolar do processo, mesmo terapeuta	Sessões conjuntas e só com a criança, mesmo terapeuta	Criança individualmente, pais individualmente ou em grupo	Separada, conjunta, só pais ou psicoterapia familiar	Separada e/ou conjunta, mesmo terapeuta ou terapeutas diferentes, desde que o trabalho seja bem integrado

Quadro 1 – Síntese das idéias de cada autor ou grupo de autores em relação aos principais aspectos de sua proposta de psicoterapia breve infantil.

### 1.3 REFLEXÕES SOBRE O DELINEAMENTO DE MODELOS DE PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL

Analisar as diferentes propostas de PBI e tentar organizá-las em modelos de trabalho é uma tarefa que se torna difícil pela própria restrição do material disponível. Muitos dos autores que estudaram a psicoterapia psicodinâmica breve aplicada a adultos desenvolveram extensamente suas propostas, não só do ponto de vista de suas bases teóricas, mas também em relação à técnica e à teoria da técnica; realizaram pesquisas cuidadosas, escreveram livros e inúmeros artigos, e algumas vezes até manuais para o treinamento de terapeutas. Daí resulta não só um elevado nível de desenvolvimento do trabalho, mas também a transmissão mais abrangente das idéias e conclusões que emergiram.

Como já ressaltamos anteriormente, o mesmo não se aplica aos autores que se propuseram a realizar esse tipo de intervenção com crianças. Na grande maioria das vezes, sua produção sobre o assunto é bastante limitada, restringindo-se a um ou dois artigos, que não têm seqüência em trabalhos posteriores. Pode-se deduzir então que, por algum motivo, o trabalho foi interrompido ou se desviou para outros interesses. Algumas vezes encontramos indícios ou mesmo comprovação de que isso ocorreu, como é o caso do Grupo de Genebra, que, em virtude de seu objetivo de cada vez mais se aproximar de uma prevenção primária, voltou sua atenção para crianças cada vez mais novas, desenvolvendo estudos sobre técnicas psicoterápicas para mães e bebês.

Apesar das dificuldades, no entanto, consideramos que pode ser útil fazer uma tentativa de classificação das formas de trabalho em PBI, uma vez que isto ajudaria a organizar as idéias em torno do tema e perceber melhor sua evolução. Vamos, para isso, utilizar os parâmetros dos quais se valeram Messer e Warren (1995) para classificar as psicoterapias breves de adultos, a partir da concepção de modelos teóricos aplicados à psicanálise por Greenberg e Mitchell (1994). Já nos referimos a esta formulação em trabalho

anterior (OLIVEIRA, 1999b), e ela também é citada por Yoshida (2004), tendo trazido uma organização e uma perspectiva bastante úteis para a compreensão da evolução na área.

Messer e Warren (1995) dividem as propostas de técnicas psicoterápicas breves para adultos em três modelos principais: o pulsional/estrutural (adotamos a tradução para o termo sugerida por YOSHIDA, 2004), o relacional e o integrativo ou eclético. Os dois primeiros referem-se ao que Greenberg e Mitchell (1994) consideram os dois grandes modelos teóricos existentes na psicanálise, que têm origem em diferentes visões do homem e refletem diferentes enfoques: o modelo pulsional/estrutural se refere à visão freudiana e o modelo relacional caracteriza a Teoria das Relações Objetais e a Psicologia do *Self*. O terceiro modelo, integrativo, é fruto de uma tendência a integrar técnicas e conceitos de diferentes tradições terapêuticas, com o objetivo de aumentar a eficiência e as possibilidades de aplicação das psicoterapias. Essa busca tem ocorrido de três maneiras principais: na procura de fatores comuns às diversas propostas de trabalho, que poderiam ser responsáveis pelo sucesso de diferentes tipos de psicoterapias, na maior flexibilidade técnica, e nas tentativas de integração teórica.

Segundo Yoshida (2004), o modelo pulsional/estrutural é o adotado pelo que ela denomina a primeira geração de autores dentro da psicoterapia breve, que a propuseram como uma psicoterapia de orientação psicanalítica aplicada a situações específicas. Esses autores, entre os quais estão Malan, Sifneos e Davanloo, introduziram modificações técnicas em relação à psicanálise, tais como maior atividade do terapeuta, o estabelecimento de foco e objetivos limitados, mas mantêm princípios como a neutralidade do terapeuta, a busca da reconstrução genética do sintoma e a associação livre. Desta forma, a ênfase permanece na compreensão do conflito intra-psíquico e de como ele se manifesta na transferência, e a principal ferramenta de trabalho continua sendo a interpretação.

No campo da psicoterapia breve infantil, reconhecemos esta forma de trabalho em Mackay (1967) e Lester (1968). Não por acaso são trabalhos surgidos entre o final da década



de 60 e o início da de 70, período incluído naquele em que surgiu a primeira geração de autores da psicoterapia breve de adultos. Ambos ressaltam a interpretação do material inconsciente como principal instrumento de trabalho e propõe uma forma de intervenção breve com crianças que se aproxima bastante daquelas destinadas aos adultos. Lester (1968) afirma, inclusive, que seu objetivo continua sendo o mesmo da psicanálise, ou seja, o desenvolvimento do auto-conhecimento.

Um caso particular, aqui, é o de Aberastury (1972). Como seguidora da teoria kleiniana, ela se vincularia, a rigor, à teoria das relações objetais. No entanto, ela denomina sua proposta exatamente da mesma forma que Yoshida (2004) utiliza para descrever aquelas dos autores do modelo pulsional/estrutural: psicoterapia de orientação analítica aplicada a situações específicas. Também, sua proposta, em termos técnicos e quanto aos seus objetivos, assemelha-se a esse modelo, priorizando a interpretação de material inconsciente como instrumento de trabalho, embora ressalte que é necessária alguma adaptação da interpretação aos limites de uma intervenção breve. Em virtude disso, consideramos que a proposta de Aberastury está mais próxima do modelo pulsional/estrutural.

Dois aspectos principais podem ser ressaltados neste modelo. O primeiro é que, com exceção da utilização do material lúdico, a estrutura do processo terapêutico parece muito semelhante à dos modelos para adultos, tanto em termos de objetivos, quanto de tipos de intervenção e do tipo de relação que o terapeuta estabelece com o paciente. Consideramos que é a isso que se referem Warren e Messer (1999) quando avaliam haver, em algumas formas de trabalho com crianças, uma contaminação daquelas desenvolvidas para adultos. O segundo aspecto diz respeito à inserção dos pais no processo. Todos os autores ressaltam a necessidade de se levar isso em conta, mas os que estamos considerando nesse primeiro modelo não explicitam claramente como isso é feito, ou sugerem indicações semelhantes às utilizadas algumas vezes pela psicanálise de crianças: grupos de orientação de pais ou psicoterapia individual. Nossa opinião é que, embora esses autores considerem a importância do papel dos

pais tanto na gênese das dificuldades infantis quanto em seu tratamento, sua forma de trabalhar com crianças, muito semelhante à utilizada com adultos, dificulta a possibilidade de encontrar uma maneira de incluir os pais no processo.

O modelo relacional é fruto de uma filosofia da ciência que reconhece a natureza contextualizada do conhecimento, e que se refletiu na psicanálise especialmente através da ênfase nas relações objetais, gerando uma nova visão da teoria da personalidade, da psicopatologia e da técnica psicoterápica. O critério que Messer e Warren (1995) utilizam para identificar esse modelo de psicoterapia breve é a ênfase nas relações objetais como clinicamente centrais. Assim, o relacionamento humano é a questão central, e o objetivo da psicoterapia é compreender suas representações, além das expectativas, ansiedades e defesas envolvidas nos padrões de relacionamento interpessoal que o indivíduo estabelece. A própria relação terapêutica passa a ser uma questão central, sobrepondo-se a outras preocupações técnicas e flexibilizando a forma de trabalho.

Consideramos que, nas psicoterapias breves infantis, esta visão, que toma como questão central o relacionamento humano, fez com que fosse colocado como foco de atenção a relação pais-criança. Em outras palavras, se o principal objetivo motivacional do comportamento humano é o relacionamento interpessoal, e se, no caso das crianças, a relação com os pais exerce papel fundamental, então é ela que centraliza as possibilidades de compreensão e de mudança das dificuldades infantis. Os pais, que no modelo pulsional/estrutural tinham sua importância reconhecida, mas não um lugar bem definido no trabalho, passam aqui a ser o elemento central da intervenção psicoterápica. Isto pode ser visto claramente na proposta do Grupo de Genebra (CRAMER, 1974; PALACIO-ESPASA, 1981), que focaliza a relação pais-criança, enfatizando a transmissão geracional de padrões de relacionamento, que também se repetem na relação transferencial com o terapeuta. A psicoterapia, focalizada no que Cramer (1974) denomina “área de conflito mútuo” entre os pais e a criança, visa explicitar esses modelos de relacionamento e, a partir de sua

compreensão, discriminar as situações passadas das atuais, modificando a visão que os pais têm da criança e de sua relação com ela, e favorecendo a discriminação de identidades. O fato de terem trabalhado preferencialmente com crianças em idade pré-escolar, portanto com maior grau de dependência e mais suscetíveis às influências parentais, tornou ainda mais importante o papel dos pais no processo psicoterápico. Também a proposta do grupo de Muratori (MURATORI et al., 2002), inspirada na do Grupo de Genebra, é um exemplo desse modelo, o que fica ainda mais claro quando eles ressaltam a influência que receberam de Luborsky, um dos principais representantes do modelo relacional na psicoterapia breve de adultos.

O modelo integrativo lança mão de maior flexibilidade e da adaptação da técnica a cada caso, buscando em diferentes fontes teóricas ou técnicas os recursos para o trabalho. Mann é considerado um precursor da técnica integrativa na psicoterapia breve de adultos (MESSER; WARREN, 1995), pois, embora faça parte da primeira geração de autores (YOSHIDA, 2004), tentou integrar construtos de diferentes escolas psicanalíticas (ego, pulsão, objeto e *self*) e adotou uma técnica flexível, adequada a cada paciente. Consideramos que Proskauer (1971), influenciado por ele, exerce esse mesmo papel na psicoterapia breve infantil: dá menos importância à interpretação como instrumento de trabalho, e maior importância à aliança terapêutica e ao que é vivido na relação, respeitando as possibilidades de comunicação da criança. Assim, tanto a explicitação do foco quanto as próprias intervenções não precisam ser expressas verbalmente, mas podem ser compartilhadas no nível da comunicação simbólica e da experiência vivida. Além disso, ao invés de adotar critérios de seleção de pacientes, propõe mudanças técnicas que adaptem o trabalho e tornem possível o atendimento de casos considerados pouco indicados para psicoterapia breve, inclusive de crianças institucionalizadas. Percebe-se aqui não uma transposição da técnica da psicanálise infantil, nem da psicoterapia breve de adultos, mas um modelo específico, que busca uma forma breve de intervenção, respeitando as características típicas da infância.

Messer e Warren (1995) demonstram essa mesma preocupação, criticando o que consideram uma contaminação do trabalho com adultos nas propostas para crianças: interpretações muito complexas e intelectualizadas, confrontação de defesas, ênfase na utilização dos limites de tempo, cujo conceito a criança pode ainda não ter bem estabelecido. Ressaltam a importância de se levar em conta as possibilidades da criança, em termos de compreensão e comunicação, e de se valorizar, como propõe Winnicott, a atividade criativa e a brincadeira expressiva, e a expressão de afetos e emoções, mais do que a tentativa de torná-los conscientes. O foco, que é considerado mais um guia para o terapeuta, deve incorporar aspectos do desenvolvimento, psicodinâmicos, ambientais e referentes à crise imediata. Buscam, acima de tudo, uma integração entre a teoria psicanalítica e as teorias de desenvolvimento infantil, e o conceito de adaptação entre os recursos individuais e as demandas impostas pelo processo de desenvolvimento.

Consideramos também de tipo integrativo a proposta de Knobel, que dá ênfase aos aspectos cognitivos, considerando que, em psicoterapia breve, sua participação no processo de elaboração é maior do que a dos aspectos afetivos. Assim, busca alterar as distorções cognitivas, e com isso possibilitar mudanças parciais nos vínculos objetivos. Além disso, postula a utilização de elementos técnicos advindos de outros referenciais teóricos, sempre que se considere que isto pode aumentar a eficiência e abreviar a duração da psicoterapia.

Nossa forma de trabalho é também de tipo integrativo. Busca-se, a princípio, uma compreensão bio-psico-social do caso, que inclui os aspectos psicodinâmicos, a dimensão do desenvolvimento, a adaptação ao meio, o referencial transgeracional e os padrões de relacionamento interpessoal. A partir dessa compreensão, o planejamento terapêutico é adaptado às características e possibilidades do caso, do terapeuta e das condições externas, inclusive no que diz respeito aos tipos de intervenção utilizados, no contínuo suportivo-expressivo. O importante, a nosso ver, é que, qualquer que seja o tipo de intervenção, ela se baseie numa compreensão dinâmica de sua motivação e numa avaliação da utilização que

determinado paciente pode fazer dela. O trabalho com uma população ampla e heterogênea, os contextos institucionais e a experiência de supervisionar terapeutas em formação conduziram naturalmente a uma postura mais flexível.

## 2 CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

Decidir para que casos determinada modalidade psicoterapêutica é ou não indicada é um problema que tem despertado a preocupação da grande maioria dos autores, no campo das psicoterapias breves. A preocupação é compreensível, uma vez que esta forma de trabalho tem sua origem ligada à busca de melhores resultados, com menor ônus. A importância atribuída ao assunto varia, e vai desde o reconhecimento da necessidade de se buscar, para cada paciente, um tipo de intervenção compatível com suas necessidades e possibilidades, ao cuidado com riscos iatrogênicos, ou para se evitar perda de esforço e de recursos com indicações inadequadas até, muitas vezes, à expectativa de que se possa encontrar qual é efetivamente a melhor forma de intervenção para determinado tipo de paciente, ou para determinada categoria diagnóstica.

Como apontamos em um trabalho anterior (OLIVEIRA, 2002a), no entanto, o problema é muito mais amplo do que definir quais são as características de um paciente que tornam mais ou menos provável o sucesso terapêutico. Yoshida (1990) já chamara a atenção para um aspecto importante, enfatizado por vários autores quando se fala em critérios de indicação: é preciso não só levar em conta de que tipo específico de psicoterapia se está falando, mas também o fato de que cada processo psicoterápico se dá a partir da interação de um paciente com um terapeuta, num determinado momento e num determinado contexto, e daí decorre uma dinâmica específica. Portanto, pensar em critérios psicodiagnósticos implica sempre em algum artificialismo.

A seguir é apresentada, resumidamente, a posição de cada um dos autores citados anteriormente em relação ao assunto, e os critérios utilizados por eles em seu trabalho, para posterior discussão.

## 2.1 OS AUTORES NORTE-AMERICANOS

### 2.1.1 Jacques Mackay

Considera que é mais vantajoso relacionar as indicações a categorias diagnósticas específicas, mesmo se a decisão final for fortemente influenciada por fatores adicionais como motivação, que é uma questão central em qualquer psicoterapia (MACKAY, 1967).

Parte dos critérios de indicação de Malan, e diferencia entre indicações específicas para psicoterapia breve, relacionadas com critérios diagnósticos específicos, e indicações paliativas, aplicáveis quando tratamentos a longo prazo são teoricamente desejáveis, mas praticamente impossíveis, e quando é provável que o paciente possa responder a uma intervenção breve.

A melhor indicação é para dificuldades de adaptação caracterizadas pela ausência de estrutura psicopatológica estável, ou seja, crises de crescimento, em resposta a situações traumáticas ou a situações patogênicas de origem recente. E também pré-neuroses ou distúrbios de comportamento ou de caráter estabelecidos sobre bases conflituais, desde que não tenham adquirido “rigidez indevida”. Nestes casos, deve-se testar rigorosamente a flexibilidade da estrutura através da capacidade de responder à interpretação.

De acordo com este autor, neuroses estruturadas, neuroses de caráter ou doenças psicossomáticas requerem psicoterapia a longo prazo. Disfunções egóicas, pré-psicose e psicose, distúrbios anti-sociais e disfunções cerebrais crônicas requerem tratamentos a longo prazo, e muitas vezes medicação, reeducação e mudanças no ambiente. Alguns desses pacientes, especialmente os neuróticos, podem se beneficiar de uma forma de psicoterapia breve de modelo interpretativo somente se o ego estiver preservado e o contato com a realidade estiver mantido. A indicação como paliativo só pode ser utilizada se um aspecto específico do problema do paciente puder ser trabalhado de forma significativa num período

breve de tempo, com objetivos claramente definidos e com cuidado para não reforçar defesas patológicas.

Considera ainda que a motivação é essencial, e está fortemente relacionada com a reação transferencial, e, numa psicoterapia breve, deve se desenvolver nas duas ou três primeiras sessões. O nível de motivação dos pais é tão importante quanto o da criança.

No caso de crianças, especialmente as mais novas, se os pais representam agentes patogênicos ativos, sem possibilidade de mudança, a psicoterapia breve é praticamente inviável.

### **2.1.2 Eva P. Lester**

Leva em conta dois critérios inter-relacionados (LESTER, 1968). O primeiro e mais importante é o estado de desenvolvimento global da criança, ou seja, sua habilidade para entrar nos sucessivos estágios do desenvolvimento e deles sair sem sérias fixações ou regressões. O segundo critério é a flexibilidade da família como uma unidade orgânica, isto é, sua capacidade para mudar e se acomodar às mudanças da criança em desenvolvimento. Sem ela, a psicoterapia breve é de valor limitado ou ausente.

Em termos clínicos, os casos com melhores resultados são as fobias agudas, estados regressivos de origem recente, algumas inibições de funções instintivas ou egóicas (alimentação, sono, atividade lúdica), *acting-out* neurótico, mas não caractereológico, e padrões de comportamento exagerados e constrictivos, mas adequados à fase de desenvolvimento, usados para controlar (mascarar) ansiedade e culpa. Por outro lado, crianças com desordens caractereológicas, retardos no desenvolvimento ou estruturas neuróticas complexas, e as que tiveram objetos maternos instáveis ou ausentes ou outras perturbações sérias nos dois ou três primeiros anos de vida, têm pouca probabilidade de se beneficiar desse tipo de intervenção.



### 2.1.3 Stephen Proskauer

Este autor aponta a diversidade de opiniões, na literatura, a respeito do assunto, e o relato, por diferentes autores, de resultados opostos (PROSKAUER, 1971). Afirma que sua experiência clínica demonstra que crianças com uma ampla variedade de diagnósticos podem se beneficiar da psicoterapia breve. Leva em conta cinco critérios, retirados do estudo de casos clínicos, que não têm relação direta com o diagnóstico em si, mas com questões-chave que permeiam as linhas do diagnóstico, e que parecem importantes para a efetividade dessa modalidade específica de trabalho. No entanto, não os utiliza como critérios de seleção, mas como aspectos aos quais é preciso estar atento, para, sempre que não forem favoráveis, se tentar modificá-los na medida do possível. São eles:

- capacidade da criança de desenvolver rapidamente uma relação positiva de trabalho com o terapeuta, que inclui o que se costuma denominar “motivação para psicoterapia”.
- possibilidade de se identificar uma questão dinâmica focal que seja central para o desenvolvimento emocional saudável, e que possa ser suficientemente solucionada num período de dois a seis meses.
- defesas não muito rígidas nem muito frágeis na área da questão focal, e uma “estrutura de caráter” (PROSKAUER, 1971, p. 632) que permita a rápida resolução da questão.
- confiança básica suficiente para que o término precoce possa ser vivido mais como uma experiência positiva de crescimento do que como outro abandono. Se este critério não for favorável, é possível introduzir modificações técnicas para aumentar a probabilidade de sucesso, como, por exemplo, um *follow-up* prolongado ou uma relação positiva substituta com outra pessoa.
- ambiente da criança suficientemente suportivo (ou possível de tornar-se suportivo), de tal forma que os esforços despendidos no tratamento não sejam minados por forças patogênicas na casa, na escola ou na comunidade da criança.

O autor propõe ainda a utilização da psicoterapia breve em situações especiais, quando esses critérios não são favoráveis. Uma delas é o que denomina “*trial of therapy*” (PROSKAUER, 1971), cujo foco pode ser mobilizar a família para um processo psicoterápico a longo prazo, quando ele é imprescindível.

#### **2.1.4 Stanley B. Messer e C. Seth Warren**

Consideram que a seleção de casos pode ser essencial para os protocolos de pesquisa ou pode ser uma opção para alguns terapeutas, mas sua posição é que se deve procurar uma modificação e uma adaptação das abordagens de tratamento a uma criança em particular (WARREN; MESSER, 1999). Não excluem, no entanto, a necessidade de se ter alguns critérios, e nesse sentido afirmam que é mais útil basear a indicação em aspectos interpessoais e psicodinâmicos mais estreitamente ligados ao próprio processo terapêutico.

Embora, em geral, crianças com patologias menos severas respondam melhor à psicoterapia breve do que aquelas com dificuldades crônicas, e a presença de sintomas psicóticos não transitórios contra-indiquem esse tipo de intervenção, é menos importante identificar a criança como pertencente a uma categoria diagnóstica específica do que avaliar a presença de capacidades requeridas pelas tarefas envolvidas na psicoterapia breve. Estas capacidades, tanto intra-psíquicas como ligadas às relações de objeto, são principalmente confiança básica, defesas egóicas funcionando de forma adequada e flexível, e capacidade de se envolver e de se desligar rapidamente de um relacionamento significativo.

O contexto do desenvolvimento é um fator crítico para a indicação, uma vez que se relaciona diretamente com as capacidades acima citadas. Assim, crianças com um histórico de perdas objetivas severas, privação parental, psicopatologia parental e abusos traumáticos, têm prognóstico menos otimista.

As características do meio social e familiar devem sempre ser levadas em conta, uma vez que a criança é bastante suscetível a elas, e que a manutenção dos efeitos terapêuticos depende diretamente dos recursos psíquicos da família.

## 2.2 OS GRUPOS EUROPEUS

### 2.2.1 Grupo de Genebra

O artigo inicial de Cramer (1974), do qual parte o trabalho do grupo, afirma que os critérios de indicação são um problema difícil de sistematizar, tratado de múltiplas maneiras na literatura. As indicações principais seriam as dificuldades reativas, embora considere que a psicoterapia breve pode ser útil quando ocorrem agravamentos súbitos ou aparição de novos sintomas, mesmo sobre um fundo de patologia grave. Assim, a indicação depende não só do tipo de patologia, mas dos objetivos propostos. Em vista da abordagem familiar adotada pelo autor, a indicação necessariamente leva em conta as possibilidades de envolvimento dos pais no processo.

Dez anos depois, em 1984, Palacio-Espasa publicou um artigo relatando uma pesquisa realizada com 65 casos, 33 dos quais de crianças com menos de 3 anos de idade, e 32 de crianças com idades entre 3 e 6 anos. O estudo visou estabelecer critérios clínicos e dinâmicos de indicação e de contra-indicação para psicoterapia breve. Esta é uma das raras pesquisas amplas e bem delineadas realizadas sobre o assunto, e resultou no estabelecimento de quatro tipos básicos de relação pais-criança, de acordo com os tipos de projeções que os pais fazem sobre o filho, que se acompanham de identificações complementares, segundo as diversas possibilidades narcísicas e objetais discutidas por Freud em *Introdução ao Narcisismo* (1914/1973):

- 1º.- Os pais reencontram em seu filho a criança amada que eles foram ou imaginaram ser, identificando-se simultaneamente com seus próprios pais que os amaram. Este tipo de relação é classificado como normal, a não ser que ela se torne muito rígida e idealizante.
- 2º.- Os pais projetam no filho a criança que queriam ter sido e se identificam com a imagem dos pais que queriam ter tido. Há uma tentativa de anulação retroativa, na relação presente com a criança, de uma situação conflituosa vivida no passado. Esta tentativa supõe a exclusão da agressividade na interação com a criança, em graus variados. É uma dinâmica classificada como estando no limite entre a normalidade e a relação neurótica.
- 3º.- Os pais projetam no filho a imagem da criança difícil ou problemática que sentiram ser no passado e que não queriam ter sido, o que se acompanha da identificação com o genitor que sentiram ter maltratado durante a infância. Há uma retomada do conflito vivido no passado, mas sem a tentativa de sua anulação retroativa, o que faz com que a agressividade esteja presente. É uma dinâmica considerada neurótica num grau mais severo que a anterior.
- 4º.- Os pais projetam no filho aspectos da criança detestada que sentem ter sido, ou ainda aspectos de um genitor ou de uma imagem parental odiada. Implica numa projeção quase bruta da agressividade, com interações carregadas de rejeição e culpa. É considerada uma dinâmica psicótica.

A pré-transferência que os pais estabelecem com o terapeuta guarda uma relação direta com o tipo de aspectos que projetam na criança: quanto maior o predomínio libidinal nas projeções, mais positiva será a pré-transferência, e quanto mais carregadas de aspectos negativos forem as projeções, mais negativa será também a pré-transferência.

As pesquisas de Palacio-Espasa (1984, 1985) indicam que não há relação entre a sintomatologia da criança e o sucesso da psicoterapia breve, mas se evidencia uma relação entre este e uma dinâmica pais-criança caracterizada como neurótica, acompanhada de uma pré-transferência positiva dos pais em relação ao terapeuta.

No subgrupo de 0 a 3 anos foi encontrada uma correspondência direta entre as boas indicações e o funcionamento neurótico dos pais, e entre as más indicações e o funcionamento psicótico. No entanto, no grupo de 3 a 6 anos, só esta última relação se manteve. Para os casos bem sucedidos, percebeu-se que, além do funcionamento neurótico dos pais, era preciso considerar também o funcionamento da criança e a sua conjunção com a organização psíquica dos pais: deve-se tratar de uma estrutura neurótica organizada em torno do conflito edípiano, mais do que sobre pontos de fixação regressivos.

Posteriormente (MANZANO; PALACIO-ESPASA, 1993), o autor relata ter ampliado seu trabalho para crianças de todas as idades, às quais, segundo ele, se aplicam os mesmos critérios de indicação e contra-indicação, acrescentando que se deve levar em conta que a relação de crianças mais velhas com os pais é permeada por aspectos edípianos. Assim, os casos indicados são aqueles em que pais e filho vivem uma fantasmática edípica recíproca, em espelho. Os pais projetam sobre a criança um objeto edípico de seu passado, que pode ser incestuoso, de rivalidade ou superegótico, o que provoca no filho uma sobrecarga conflitiva, e resulta num círculo vicioso, pela re-alimentação recíproca.

### **2.2.2 Grupo italiano**

Em seu primeiro artigo publicado sobre o assunto (MURATORI; MAESTRO, 1995), o grupo, que iniciou seu trabalho sob a supervisão direta de Palacio-Espasa, segue os mesmos critérios de indicação propostos por este último, ou seja, baseia a indicação sobretudo na avaliação do tipo de relação que há entre a criança e os pais, e particularmente sobre a natureza da interação fantasmática e real que subjaz a essa relação. Assim, consideram que os casos indicados são aqueles em que o mecanismo projetivo é claramente funcional à negação de um luto ou de uma separação, com predomínio de investimento libidinal na relação, e os pais estabelecem com o terapeuta uma pré-transferência positiva, caracterizada por um

autêntico pedido de ajuda e por uma disponibilidade para aceitar as intervenções do terapeuta. Os casos mais indicados são aqueles em que os sintomas, que representam uma parte negada do objeto perdido, se manifestam como distúrbios funcionais (sono, alimentação, controle esfinteriano) e de comportamento (instabilidade, comportamento agressivo, dificuldade de separação). Consideram ainda importante, seguindo Cramer (1974), a possibilidade do terapeuta chegar rapidamente à formulação de um foco que estabeleça uma ligação entre os sintomas presentes na criança e aspectos da história dos genitores, numa perspectiva transgeracional.

Os casos contra-indicados se caracterizam por uma relação pais-criança com características psicóticas, sustentada por intensas projeções agressivas e por manobras intrusivas sobre a criança, que visam a evacuação de um objeto ou de parte do *self*. Este mesmo funcionamento se manifesta na relação transferencial com o terapeuta, revestida de hostilidade e persecutoriedade frente às intervenções.

Os casos intermediários, em que a psicoterapia breve pode ser um paliativo, mas há necessidade de uma psicoterapia a longo prazo, são aqueles em que os sintomas da criança representam não só um sintoma dos pais, mas têm também um papel na economia psíquica da própria criança.

Em um artigo posterior (MURATORI et al., 2002), que descreve resultados das pesquisas do grupo, a partir das quais estabeleceram um modelo próprio de trabalho, concluem que, para avaliar o quanto seu modelo de intervenção é apropriado para um tipo particular de paciente, seria preciso desenvolver avaliações sofisticadas de múltiplos níveis de medida. Partem, no entanto, de alguns critérios, uma vez que, na seleção dos casos que participaram da pesquisa, consideraram a emergência recente de sintomas, um número limitado de eventos vitais negativos e Q.I. acima de 90.

Concluem que os melhores resultados foram atingidos em crianças com distúrbios emocionais puros, com ausência de co-morbidade, e que a acessibilidade a mudanças nas

interações familiares e na capacidade cognitiva e emocional da criança se revelou um fator particularmente importante.

## 2.3 OS AUTORES SUL-AMERICANOS

### 2.3.1 Arminda Aberastury

Não há referência específica à questão dos critérios de indicação, no que se refere a características do paciente, uma vez que a autora parece não ter o objetivo de propor um modelo de psicoterapia breve de utilização mais ampla (ABERASTURY, 1972). Sua proposta, como já relatamos, é a de uma adaptação da psicoterapia analítica para ser utilizada em situações especiais, principalmente de emergência. Assim, o que indica este tipo de intervenção é a característica aguda da situação, e não propriamente características das crianças que serão atendidas. São as seguintes as situações nas quais a utiliza com crianças e adolescentes: quando vão ser submetidos a cirurgia, em casos agudos de um sintoma que pode ser focalizado e isolado, quando aparecem ansiedades fóbicas que impedem a aceitação de um tratamento odontológico, ante uma doença mortal da criança ou de alguém próximo, ante situações familiares perturbadoras, nas quais os pais não conseguem fornecer informações necessárias, tais como adoção, divórcio, morte de pessoas próximas, mudanças, novo casamento dos pais.

### 2.3.2 Maurício Knobel

As indicações para psicoterapia breve, segundo este autor (KNOBEL, 1969), podem ser divididas em dois grandes grupos: as situações emergenciais e os diversos problemas psiquiátricos da infância. O primeiro grupo se refere a situações tais como morte de pessoas

próximas, doenças na família ou da própria criança, separação dos pais, mudanças, ingresso na escola. Poderiam ser denominadas situações de crise, acidentais ou de desenvolvimento. O autor não se detém na análise do segundo grupo, assinalando apenas que, aí, a utilização da técnica é possível, de acordo com as circunstâncias e a avaliação integral do caso. Para ele, a escolha terapêutica exige um conhecimento completo da criança, sua biografia e estrutura, e do momento que está vivendo, além de um prognóstico sobre a relação terapêutica que se poderá estabelecer com os pais.

Embora Knobel não se aprofunde na discussão dos critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças, seria interessante lembrar sua posição em relação ao assunto, no que se refere a adultos (KNOBEL, 1986): ele critica o estabelecimento de critérios rigorosos, que excluiriam a maioria das pessoas que buscam atendimento, e considera que o profissional é que deve adequar-se às necessidades do paciente, empreendendo um trabalho que busque o máximo de eficácia com um mínimo de ônus em todos os sentidos, e estabelecendo objetivos compatíveis com o caso, a partir de um diagnóstico holístico. No entanto, arrola uma série de fatores que seriam desejáveis para este tipo de trabalho, que incluem desde aspectos do funcionamento psíquico do paciente, aspectos relacionais, de motivação e de disponibilidade concreta de tempo e financeira. Não nos deteremos aqui neste assunto, por se tratar de casos de adultos, que fogem ao objetivo deste trabalho, mas queremos apenas ressaltar a posição flexível do autor em relação a critérios de indicação.

### **2.3.3 NEPPB**

O trabalho deste grupo sempre se pautou pela flexibilidade das indicações, em vista do objetivo de desenvolver modalidades de atendimento que pudessem ser utilizadas da forma mais ampla possível. Assim, a diretriz central é, a partir de uma compreensão diagnóstica,



estabelecer objetivos e estratégias de intervenção compatíveis com as possibilidades e necessidades do caso.

Em 2002 a autora publicou um artigo sobre o assunto (OLIVEIRA, 2002a), fruto de reflexões sobre as propostas de outros autores e de muitos anos de prática clínica de atendimento e supervisão de casos de psicoterapia breve. Nesse trabalho é sublinhada a importância da flexibilidade dos critérios, alertando-se, no entanto, para o risco de se perder de vista os limites desse tipo de intervenção e os riscos envolvidos numa utilização indiscriminada. Sugerimos uma série de aspectos a serem levados em conta, como diretrizes para a indicação e para o planejamento terapêutico, todos eles interdependentes:

- nível de dependência ou independência afetivo-emocional da criança, do qual dependerá a ênfase que será dada, nos outros critérios, às condições dos pais e à participação deles no processo. Crianças muito dependentes necessitarão mais de mudanças nos pais para poder evoluir. Além disso, também necessitarão que as condições ambientais sejam favoráveis para poder manter os resultados conquistados, após o encerramento da psicoterapia. Com crianças mais independentes, é possível focalizar o trabalho principalmente nelas, e até, algumas vezes, realizar uma psicoterapia breve semelhante à que é realizada com adultos.

- tipo e intensidade das expectativas que os pais têm em relação à criança

Este é considerado por Palacio-Espasa (1984, 1985) como o critério mais importante. Nossa experiência tem nos mostrado que a intensidade das projeções que os pais fazem sobre os filhos é um fator mais relevante do que a qualidade dos sentimentos envolvidos. Projeções muito intensas impedem que a criança desenvolva sua individualidade, e, para que seja possível uma discriminação entre os conflitos parentais e os da criança, é preciso que os pais possam retomar para si o que tinha sido projetado. A rigidez e inflexibilidade das expectativas parentais é um sinal de que eles não podem tolerar em si mesmos estes aspectos, e que,

portanto, não será possível auxiliá-los a atingir uma maior discriminação pais-criança num período breve de tempo.

- quanto os pais se vêem envolvidos no problema e nas possibilidades de solução

Este critério tem relação direta com o anterior, pois, quanto mais os pais precisarem manter longe de si mesmos os aspectos projetados na criança, menos terão condições de se reconhecer como participantes da situação. Nem sempre é fácil discriminar, no início do atendimento, o quanto se poderá contar com sua colaboração. Algumas vezes intensos sentimentos de culpa, ainda mais mobilizados pela vinda ao psicólogo, fazem com que eles precisem adotar uma postura defensiva. Nestes casos, uma atitude acolhedora e não culpabilizante por parte do terapeuta, além da valorização do papel dos pais, pode ajudá-los a se aproximar tanto do terapeuta quanto da criança. Se, no entanto, o afastamento é provocado por intensas dificuldades para reconhecer suas próprias características envolvidas nos problemas da criança, e especialmente se esta é muito dependente, será difícil encontrar espaço para mudanças, principalmente num período de tempo limitado.

- possibilidades dos pais de tolerar mudanças

Este critério guarda uma relação direta com os dois anteriores. Além disso, é preciso considerar aqui um outro aspecto: o papel que o sintoma da criança tem na organização da dinâmica familiar e na economia psíquica dos pais. Se este papel é importante para manter um equilíbrio (mesmo que patológico), o efeito de um processo psicoterápico breve poderá ser negativo, pois mobilizará intensos conflitos na relação pais-criança, que não poderão ser elaborados num período breve de tempo.

- possibilidades do estabelecimento de uma aliança terapêutica

É importante observar o tipo de expectativas que os pais têm em relação ao tratamento e o tipo de transferência que estabelecem com o terapeuta. Cramer (1974) considera que essa transferência (ou pré-transferência) tem relação direta com o tipo de expectativas que os pais têm em relação ao filho. Se forem muito rígidas, e especialmente se carregadas de sentimentos negativos, criam obstáculos sérios, e às vezes intransponíveis, à realização do trabalho. Quanto à possibilidade do estabelecimento de uma aliança terapêutica com a criança, é preciso considerar, em primeiro lugar, seu grau de dependência dos pais. Temos observado, em nossa prática clínica, que a motivação da criança para o tratamento e para a mudança guarda estreita relação com a motivação dos pais. Crianças mais independentes podem, muitas vezes, estabelecer uma aliança terapêutica mais independente da dos pais, mas aí é preciso considerar se estes serão capazes de tolerá-la sem se sentirem muito ameaçados em sua relação com o filho.

- condições psíquicas e nível de desenvolvimento da criança

Alguns autores (LESTER, 1968) consideram este o critério de indicação mais importante, enquanto outros (PALACIO-ESPASA, 1984, 1985) afirmam que ele é secundário em relação às características do relacionamento pais-criança. Uma vez que a psicoterapia breve surgiu da necessidade de ampliar a oferta de serviços de atendimento psicológico à população, e dada a escassez de recursos deste tipo em nossa realidade, consideramos que a postura mais coerente é adotar critérios flexíveis e, como sugere Knobel (1986), buscar uma adaptação mútua dentro de objetivos possíveis. Assim, desde que os pais possam participar do processo (especialmente no caso de crianças pequenas ou muito dependentes) ou pelo menos tolerar as mudanças da criança (quando ela tiver maior grau de independência), é necessário apenas que esta demonstre condições mínimas para participar do trabalho: capacidade de estabelecer uma relação com o terapeuta, poder criar com ele algum tipo de comunicação e capacidade de tolerar uma separação, que ocorrerá após um período de tempo limitado. O importante, aqui, é

adequar os objetivos às possibilidades. Mesmo uma criança com distúrbios severos, se não puder receber uma assistência mais abrangente, poderá se beneficiar de um atendimento focalizado em dificuldades específicas.

## 2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

De forma geral, há uma concordância entre os autores a respeito do fato de que crianças com dificuldades menos severas tendem a responder melhor ao tratamento. Isto não ocorre apenas em relação à psicoterapia breve, nem apenas em relação às crianças, mas a todos os tipos de psicoterapia, em qualquer faixa etária. Quanto melhores forem os recursos do paciente e quanto menores suas limitações, em geral, mais ele poderá se beneficiar da intervenção. Esta, no entanto, como qualquer regra geral, não se aplica necessariamente a um paciente em particular, porque muitos outros fatores estão em jogo quando se fala em processo psicoterapêutico. Sabe-se, por exemplo, que a motivação do paciente para o tratamento é uma questão essencial; sabe-se também que a aliança terapêutica que se estabelece é determinante nos resultados, e que ela depende não só de características do paciente e do terapeuta, mas do tipo especial de combinação que se dá entre elas. Em nossa prática clínica temos observado a tendência geral citada acima, mas temos observado também um número expressivo de casos que fogem a essa regra, e cujos resultados surpreendem, seja positiva, seja negativamente.

Além dessa tendência geral, cada autor tem sua própria concepção sobre a importância dos critérios de indicação, e sobre o que é mais importante levar em conta. Essas diferentes concepções têm também diferentes origens: a prática clínica do autor, suas observações empíricas, pesquisas ou hipóteses construídas a partir de seus referenciais teóricos e técnicos.

Consideramos, no entanto, que é possível dividir os autores citados em três grupos principais, no que se refere às suas concepções em relação a critérios de indicação para

psicoterapia breve de crianças. Não por acaso, esses três grupos correspondem aos três modelos de psicoterapia breve considerados anteriormente: o modelo pulsional/estrutural, o modelo relacional e o modelo integrativo.

Assim, Mackay (1967) considera que o mais adequado é relacionar as indicações terapêuticas com categorias diagnósticas específicas e, de acordo com ele, a psicoterapia breve estaria indicada para os casos menos graves, ou seja, quando não há estrutura psicopatológica estável. As afirmações do autor revelam a expectativa de se atingir uma elevada capacidade de previsão de resultados. Ele parte dos critérios de Malan, que, como se sabe, são tão rigorosos que o próprio Malan admitiu o limitado valor prático de sua proposta, já que ela beneficiaria um número muito restrito de pessoas (YOSHIDA, 1990). Mackay (1967) considera também a possibilidade da indicação de psicoterapia breve como paliativo, mas apenas em situações muito específicas.

Lester (1968) tem posição semelhante: ela exclui os casos mais graves e as crianças com histórico de vínculos instáveis ou ausentes, e acrescenta a importância de se levar em conta a flexibilidade da família.

A visão desses dois autores, baseada na idéia de que haveria uma relação direta entre categorias diagnósticas e possibilidades de sucesso terapêutico, e no estabelecimento de critérios rigorosos, que reservam a psicoterapia breve aos casos com melhores recursos psíquicos, é característica dos autores do modelo pulsional/estrutural, que propõem uma intervenção interpretativa, tecnicamente bastante próxima da psicanálise. Ela foi posteriormente contestada por muitos outros autores (PROSKAUER, 1971; KNOBEL, 1977; MESSER, WARREN, 1999), não só porque não foi corroborada por pesquisas e pelo desenvolvimento subsequente da área, mas também porque resultava numa aplicabilidade restrita de uma forma de trabalho que surgiu com o objetivo exatamente oposto, ou seja, de estender a possibilidade de tratamento psicoterápico a um número maior de pessoas.

Palácio-Espasa (1984), ao contrário, afirma explicitamente que o sucesso terapêutico não tem relação com a sintomatologia da criança ou com um quadro clínico específico, mas com a configuração dinâmica da relação pais-criança, que corresponde ao tipo de pré-transferência que os pais estabelecem com o terapeuta. Este autor, um dos membros do Grupo de Genebra, coloca como foco central de seus critérios, como se pode ver, a relação, tanto entre os pais e a criança quanto entre os pais e o terapeuta, e é em virtude disso que o consideramos um representante do modelo relacional. Como aqui a relação é também o foco do trabalho, o que se avalia como critério de indicação são as características dos padrões relacionais do paciente e sua acessibilidade a mudanças.

O grupo italiano de Muratori, em seu primeiro trabalho citado (MURATORI; MAESTRO, 1995), segue estes mesmos critérios, considerando indicados para psicoterapia breve os casos em que a relação pais-criança apresenta configuração neurótica, e nos quais se observa uma pré-transferência positiva com o terapeuta, e contra-indicados aqueles caracterizados por uma relação pais-criança com configuração psicótica, que estabelecem com o terapeuta uma relação transferencial marcada por sentimentos hostis e persecutórios. No segundo artigo (MURATORI et al., 2002), no entanto, essa posição aparece modificada: questionam a possibilidade de avaliar o resultado do trabalho para tipos particulares de pacientes, em função da falta de instrumentos de avaliação de resultados suficientemente sofisticados. Propõem um modelo de psicoterapia bastante estruturado, igual para todos os casos em relação a número de sessões, seqüência do trabalho, etc., para facilitar a comparação de resultados, aproximando-se muito do modelo de pesquisa quantitativa. Os critérios de seleção dos casos que participaram da pesquisa são bastante rigorosos, assemelhando-se aos dos autores do modelo pulsional/estrutural. Surpreende-nos, inclusive, a presença, entre esses critérios, da exigência de “Q.I. acima de 90”, numa visão meramente quantitativa e mensurável da inteligência da criança, característica de fases anteriores do desenvolvimento do conhecimento psicológico.

Os autores que consideramos como representantes de uma forma integrativa de trabalho apresentam uma visão bem mais flexível sobre que casos podem se beneficiar de um tratamento psicoterápico breve, e em geral afirmam que o sucesso terapêutico tem relação com a presença de características relacionais e psicodinâmicas ligadas ao processo, muito mais do que com a categoria diagnóstica à qual o paciente possa pertencer. Além disso, esses autores se referem ao assunto não no sentido de procurar critérios para selecionar pacientes, mas ressaltam a necessidade de se adaptar o trabalho às possibilidades de cada caso. Assim, a compreensão diagnóstica do caso visa dar ao terapeuta melhores condições para promover essa adaptação, e o que se considera como critérios de indicação são apenas as condições mínimas necessárias para permitir o estabelecimento de uma relação terapêutica que possa resultar em algum benefício, mesmo que parcial e limitado. Essa é, em essência, a posição de Proskauer (1971), Warren e Messer (1999), Knobel (1977), e também a nossa (OLIVEIRA, 2002a).

Quando se fala em adaptar o trabalho às possibilidades de cada caso, no entanto, seria desejável que se pudesse contar com alguns referenciais que auxiliassem nessa tarefa, servindo como parâmetros gerais organizadores do raciocínio clínico. Isso nos parece especialmente importante no caso do trabalho com crianças, pela complexidade que o caracteriza, já que se tem que levar em conta uma rede de relações, que envolvem a criança, os pais e o terapeuta, e a heterogeneidade da população infantil, nos diferentes momentos do desenvolvimento.

É a esta última dimensão, a do desenvolvimento infantil, que pretendemos dar agora atenção especial, concordando com Warren e Messer (1999) em relação ao fato de que, utilizada em conjunto com a visão psicodinâmica, ela pode acrescentar contribuições essenciais à compreensão do caso, à formulação do foco e ao planejamento terapêutico. A própria psicopatologia infantil e a emergência de sintomas podem ser vistas como quebras ou

impasses no processo de desenvolvimento, que prejudicam o funcionamento adaptativo frente às novas demandas com as quais a criança tem que se defrontar constantemente.

Vamos a seguir abordar a questão do desenvolvimento, para posteriormente sugerir uma maneira de utilizá-lo na compreensão diagnóstica do caso e no planejamento terapêutico.



### 3 A VERTENTE DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Desenvolvimento, de acordo com Maier (1991, p.11), é

[...] um termo a princípio biológico, que se refere ao crescimento fisicamente observável do tamanho ou da estrutura de um organismo durante um período determinado. Aplicado às ciências da conduta, denota os processos vinculados temporalmente, as mudanças progressivas do funcionamento adaptativo (tradução nossa para o português).

Pode ser compreendido como uma sucessão de mudanças constitucionais e aprendidas, integradas e constantes, que conformam a personalidade de um indivíduo. Mudança é aqui entendida como uma transição de um estado a outro, enquanto que desenvolvimento se refere aos elementos dinâmicos e unidirecionais da mudança, portanto a um processo que se baseia tanto em mudança quanto em constância. O desenvolvimento implica em mudanças previsíveis, portanto inclui a constância das mudanças, em regularidade rítmica. Ainda segundo Maier (1991), o desenvolvimento anormal ou patológico é imprevisível, porque nele variam o ritmo e a intensidade das mudanças previstas nos processos normais.

Podemos concluir então que, quanto melhor conhecermos o processo normal de desenvolvimento, suas mudanças previsíveis e seu ritmo, melhor e mais precocemente poderemos identificar as variações que fogem ao campo da normalidade. A nosso ver, esse é um conhecimento imprescindível, entre muitas outras coisas, para o exercício da psicologia clínica, em especial quando se trabalha com crianças, uma vez que é o referencial a partir do qual se tentará discriminar se as manifestações e a conduta de determinada criança demandam ou não cuidados especiais.

A intenção de utilizar os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil como um parâmetro para a análise de casos clínicos nos colocou frente à necessidade de escolher, como referencial, uma entre as diversas teorias e estudos existentes sobre o assunto.

A opção pela teoria epigenética de Erikson se deve a vários fatores, que encerram, na verdade, uma coincidência de pressupostos, concepções e conclusões entre o trabalho desse autor e a forma como temos desenvolvido nosso próprio trabalho. Concordamos com Maier (1991) quando ele afirma que todo profissional se apóia em conceitos circunscritos do desenvolvimento infantil, que ele seleciona porque lhe são úteis em suas atividades e têm maior afinidade com seu modo de pensar e seu sistema de valores, e se afinam com sua própria experiência.

Erikson foi um psicanalista que ampliou significativamente o pensamento psicanalítico, integrando a ele conhecimentos advindos da psicologia social, da antropologia cultural, das artes em geral e principalmente do estudo dos processos históricos. Além disso, suas concepções a respeito do trabalho clínico com crianças nos parecem surpreendentemente modernas, especialmente se levarmos em conta que foram escritas, em grande parte, na década de 50, e é ainda mais surpreendente a semelhança entre algumas de suas afirmações e as idéias que têm norteado a psicoterapia breve de crianças. Consideramos que ele é um precursor da concepção de conflito transgeracional. Em *Infância e Sociedade* (ERIKSON, 1950/1976), afirma: “[...] ajudamos toda uma família a aceitar a crise de um de seus membros como uma crise de história familiar” (p.28). Além disso, coloca como questão central, no trabalho com crianças, a relação entre ela e os pais, vista como uma regulação mútua: “[...] a família educa uma criança ao ser educada por ela” (p. 62) e “o estímulo psíquico na vida de uma criança é idêntico ao conflito mais neurótico de sua mãe” (p.25).

Além de levar em conta como questão central a relação pais-criança, Erikson amplia esta visão, incluindo a importância do contexto sócio-cultural no qual esta relação tem lugar. Assim, considera o contexto social, as características familiares, em perspectiva histórica, os elementos constitucionais, inclusive orgânicos, e o momento do desenvolvimento no qual todos esses aspectos se cruzam, numa verdadeira e atual concepção bio-psico-social.

Em termos técnicos, seu trabalho guarda estreitas aproximações com as propostas mais atuais de psicoterapia breve infantil. O caso de Sam, relatado em *Infância e Sociedade* (ERIKSON, 1950/1976), é um interessante exemplo de como Erikson utiliza a compreensão diagnóstica para realizar intervenções precoces e focalizadas, adotando uma atitude mais ativa, além de incluir um atendimento aos pais, para que reexaminem seu papel no distúrbio da criança. Nessa mesma direção, afirma que a tarefa do terapeuta

[...] consiste em restabelecer uma mutualidade de funcionamento entre o paciente infantil e seus pais, de tal modo que, em vez de várias tentativas inúteis, penosas e destrutivas de controlar-se uns aos outros, se estabeleça uma regulação mútua que restitua o auto-controle tanto à criança quanto ao genitor (ERIKSON, 1950/1976, p. 61).

A teoria do desenvolvimento de Erikson, construída dentro dessa concepção, tem ainda a importante e rara característica de levar em conta todo o ciclo do desenvolvimento, do nascimento à morte, o que nos traz a vantagem de poder utilizá-la não só na análise de casos de crianças mais velhas, mas inclusive para a compreensão dos pais.

### 3.1 ERIK ERIKSON: NOTAS BIOGRÁFICAS

Esta apresentação de alguns dados biográficos de Erikson busca a coerência com as concepções do autor, que considerava que as idéias e o trabalho de qualquer indivíduo podem ser melhor compreendidos em relação com sua vida e seu momento histórico.

Erikson nasceu em 1902, filho de mãe judia dinamarquesa e de pai desconhecido. Não chegou sequer a saber o nome de seu pai, uma vez que, até o fim da vida, a mãe se recusou a revelar sua identidade. Ela, uma mulher culta, interessada em filosofia e poesia, mudou-se grávida para a Alemanha, onde tinha amigos, e lá Erikson nasceu. Quando ele tinha três anos, sua mãe conheceu o pediatra Theodor Homburger, com quem se casou, e que deu a Erikson seu sobrenome.

Estudou na Alemanha e, após concluir o *Gymnasium* (que equivale aproximadamente a nosso ensino médio), resolveu ingressar na escola de arte de Munique, ao invés de cursar uma universidade. Era um excelente desenhista, especialmente de retratos de crianças. Mais tarde interrompeu seus estudos para viajar à Itália e, durante algum tempo, viveu alternadamente na Alemanha e em Florença, inseguro em relação a seu futuro profissional, até que, aos 25 anos, resolveu ensinar arte na Alemanha. Seu melhor amigo era Peter Blos, que posteriormente imigrou para os Estados Unidos e se tornou um famoso psicanalista. Ele convidou Erikson para trabalhar com ele em uma pequena escola de Viena. A escola havia sido fundada por Dorothy Burlingham, para cerca de 20 crianças, em geral filhos de estrangeiros que iam fazer sua formação analítica em Viena, e funcionava na casa de Eva Rosenfeld; ambas pertenciam ao círculo de Freud.

Erikson interessou-se pelo trabalho da escola e estudou o método Montessori, e acabou sendo convidado por Anna Freud a fazer sua formação analítica. Fez sua análise didática com ela, que o incentivou a trabalhar com crianças. Em 1933 se graduou como psicanalista pelo Instituto de Psicanálise de Viena. Na escola de Dorothy Burlingham conheceu Joan Serson, que também trabalhava lá como professora, e fazia seu doutorado em dança. Com ela se casou e estabeleceu uma parceria pessoal e profissional pelo resto de sua vida.

Após concluir sua formação, na qual foi influenciado especialmente por Anna Freud e Hartmann, e para evitar a ameaça dos regimes totalitários, que já pairava sobre a Itália, Alemanha e Áustria, pensou em se estabelecer em Copenhagem, a terra de sua mãe. Mas acabou indo para os Estados Unidos, principalmente por estar casado com Joan, uma canadense criada nos Estados Unidos, com quem tinha então dois filhos pequenos. Estabeleceu-se em Boston, onde sua reputação de analista de crianças e adultos cresceu rapidamente, e realizou trabalhos nas Universidades de Yale e da Califórnia. Em Harvard encontrou um ambiente médico influenciado por um trabalho psiquiátrico social, que dava

abertura para a abordagem multidisciplinar. Estabeleceu contato com um grupo de antropólogos, especialmente com Scuder Merkeel e com Margaret Mead, e, por influência deles e de seu interesse pelo estudo antropológico da educação infantil e dos métodos de criação de filhos, visitou e fez pesquisas em diversas reservas indígenas americanas, especialmente a de Pine Ridge, dos índios *sioux*, em Dakota do Sul, e a dos *yurok*, na costa do Pacífico. Essas experiências tiveram profunda influência sobre ele, tanto no aspecto pessoal quanto na construção de sua teoria do desenvolvimento humano. Ao voltar de Pine Ridge, Erikson mudou-se para a Califórnia, naturalizou-se americano (em 1939) e mudou seu nome para Erik Homburger Erikson. Segundo seus biógrafos (WELCHMAN, 2000), esta foi uma forma de tentar resolver uma longa crise de identidade, que não por acaso é um conceito central em seu trabalho. A luta entre as possibilidades de ser luterano ou judeu, alemão, dinamarquês ou americano, de nunca ter sabido quem foi seu pai biológico, e as relações ambivalentes com a mãe e o padrasto levaram os biógrafos a fazer várias interpretações sobre os motivos da escolha desse sobrenome sugestivo, e da manutenção do “H” de Homburger na capa de todos os seus livros.

Do ponto-de-vista profissional, certamente essa questão pessoal teve grande influência em seu interesse especial pelo estudo do processo de formação da identidade e pelo estudo de diferentes contextos culturais e das raízes históricas dos eventos psicológicos.

A possibilidade de observar *in loco* a vida em outras culturas, quando de suas visitas às reservas indígenas, levou Erikson a considerar as limitações da teoria psicanalítica para explicar e lidar adequadamente com o normal e com o trivial. Da mesma forma, quando posteriormente trabalhou como consultor nas forças armadas, durante a Segunda Guerra Mundial, observou a limitação da psicanálise para explicar a adaptabilidade humana e sua capacidade de ajustamento, uma preocupação que consideramos precursora do interesse atual pelo conceito de resiliência.

A organização de suas idéias sobre o desenvolvimento humano, dividindo-o em oito estágios, foi feita a partir de um convite para apresentar um artigo, “*Growth and Crises of the ‘Health Personality’*” na *Midcentury White House Conference on Children and Youth*, na década de 40 (ERIKSON, 1998). Após o artigo original, as idéias sobre o ciclo de vida continuaram sendo desenvolvidas até sua morte, em 1994, e tiveram ainda contribuições posteriores de sua esposa Joan Erikson. A versão ampliada de *O ciclo de vida completo* (ERIKSON, 1998), em que ela acrescentou à versão inicial novos capítulos sobre o nono estágio do desenvolvimento, foi publicada originalmente em 1997.

A obra de Erikson teve grande influência, em especial na psicologia do desenvolvimento, na teoria e na prática psicoterapêuticas e nos estudos interdisciplinares, incluindo a aplicação das contribuições psicodinâmicas a outras disciplinas. Essa influência, no entanto, foi muito maior nos Estados Unidos da América do que na Inglaterra, onde tiveram maior penetração as idéias de Bowlby e de Winnicott, que também atribuíam importância especial à relação pais-criança no desenvolvimento da confiança básica. No Brasil, onde a influência para o desenvolvimento da psicanálise foi principalmente européia, e a teoria das relações objetais teve penetração muito maior do que a assim chamada psicologia do ego, as idéias de Erikson são ainda pouco conhecidas e, a nosso ver, não foram suficientemente valorizadas.

É possível encontrar várias semelhanças entre as idéias de Erikson e as de Winnicott, não só no que diz respeito à relevância das relações iniciais, mas também à importância da continuidade da experiência, em especial no início da vida, ao valor do brincar e ao seu potencial terapêutico, e a uma ênfase nos aspectos saudáveis e no potencial humano para o desenvolvimento. Erikson, no entanto, integrou à sua visão do desenvolvimento do indivíduo o referencial histórico e sócio- cultural no qual ele ocorre, e apresentou-o como um ciclo completo, do nascimento à morte, inserido ainda como um elo no ciclo das gerações.

## 3.2 A TEORIA EPIGENÉTICA DE ERIKSON

### 3.2.1 Origem

Partindo da psicanálise de Freud, e em especial da teoria da libido e da teoria da sexualidade infantil, Erikson se propôs a fazer uma reformulação desta última, e a procurar o lugar adequado da teoria da libido na totalidade da vida humana. Considera que ela foi descrita por Freud utilizando, como analogia, a teoria termodinâmica de sua época, mas acabou sendo tomada de forma concreta, o que resultou em uma série de afirmações não fundamentadas. Considera que um dos grandes méritos de Freud foi ter evidenciado que a sexualidade se desenvolve por etapas, num crescimento ligado a todo o desenvolvimento epigenético. É especialmente baseado nesta concepção que Erikson desenvolve suas idéias.

No entanto, a importância que atribui à experiência, e em especial à sua continuidade, retira a ênfase colocada por Freud no aspecto sexual ou libidinal das fases do desenvolvimento, e acrescenta maior importância aos processos de socialização. Segundo Rapaport (citado por MAIER, 1991), Erikson elabora uma teoria das relações com a realidade. Redireciona a ênfase na dinâmica do mundo interno do indivíduo para a dinâmica do indivíduo em relação, numa realidade sócio-cultural. De acordo com Maier (1991), se a missão de Freud foi demonstrar a existência e o funcionamento do inconsciente, a de Erikson foi assinalar as oportunidades de desenvolvimento do indivíduo, demonstrando que as crises pessoais e sociais trazem elementos que se orientam em direção ao crescimento, e é possível encontrar para elas soluções bem sucedidas.

### 3.2.2 Eixo central: epigênese

Erikson emprestou da embriologia o conceito de *epigênese*, e o utilizou como um eixo

estruturante em sua teoria do desenvolvimento humano, o que implica em considerar que este é guiado por certas leis que regem as relações fundamentais das partes crescentes entre si, num ritmo adequado de ampliação das interações com indivíduos e costumes, e numa seqüência adequada de estágios. Ele pode ser melhor compreendido se se fizer uma analogia com o desenvolvimento fisiológico intra-uterino, em que cada órgão tem seu momento de origem, e o fator tempo é tão importante quanto o lugar de origem. O desenvolvimento anátomo-fisiológico normal resulta em uma relação adequada de dimensões e funções entre os órgãos do corpo. Cada um tem seu momento de predomínio, que não pode ser perdido, sob pena de um prejuízo em seu próprio desenvolvimento, e no de todo o conjunto e em seu funcionamento. Há uma progressão da diferenciação de partes. Cada parte tem seu tempo decisivo e crítico, mas existe antes dele e permanece depois dele, relacionada às outras partes e integrando o conjunto todo.

Daí porque Erikson qualifica sua teoria como epigenética: “epi” significa “sobre”, e “gênese” significa “surgir”; assim, epigênese se refere a algo que se desenvolve sobre outra coisa, no espaço e no tempo, e é um princípio subjacente a todo desenvolvimento orgânico, humano ou não. Portanto, o desenvolvimento não ocorre apenas como uma seqüência de etapas, mas implica em uma hierarquia.

A criança sadia e bem orientada se desenvolve a partir de uma seqüência de experiências significativas e de acordo com leis internas, que criam uma sucessão de potencialidades para a interação significativa com as pessoas ao seu redor, numa proporção e seqüência adequadas. As variações determinadas pela cultura são limitadas por essas leis. Erikson atribui grande importância à continuidade da experiência, que permite relacionar as memórias e experiências de um estágio com as de todos os outros, e assim alcançar a unidade da personalidade.



### 3.2.3 Princípios básicos

Welchman (2000) considera que o centro do trabalho de Erikson é o que ele chamou de “um modo de ver as coisas”, uma visão configuracional, holística, que transcende o analítico e deixa espaço para o que é incerto e indeterminado no quadro geral, e que sua abordagem está baseada em oito princípios:

- a- O indivíduo e a sociedade são complementares e não opostos, e ambos podem contribuir tanto criativa e positivamente quanto negativa e destrutivamente para o processo de formação de identidade.
- b- A existência dos processos inconscientes e o valor da relação terapêutica são fundamentais.
- c- A abordagem multidisciplinar é essencial.
- d- Os pontos de vista são sempre relativos a seu contexto cultural, o que se aplica inclusive à psicanálise e à sua própria teoria.
- e- Só um ponto de vista eticamente comprometido pode sustentar uma contribuição positiva dos psicoterapeutas às questões públicas.
- f- A psicologia do desenvolvimento humano deve se basear na compreensão do funcionamento saudável e não na patologia, por mais importante que seja o conhecimento desta última, e o funcionamento saudável envolve capacidade de brincar e de estabelecer mutualidade no relacionamento.
- g- Os pontos de vista psico-social e histórico devem ser estendidos ao ciclo de vida completo, sem que se perca de vista a importância dos primeiros estágios do desenvolvimento.
- h- Apesar das dificuldades, é responsabilidade do psicoterapeuta relacionar suas idéias e experiência a assuntos de interesse público, tais como criminalidade juvenil, racismo, preconceito, conflitos internacionais, desenraizamento e alienação.

### 3.2.4 Processos básicos de organização

A teoria de Erikson parte do ponto de vista de que o ser humano é governado por três processos de organização que se completam e que, na verdade, são três aspectos de um mesmo processo:

- o processo somático ou biológico, que organiza os sistemas de órgãos que constituem o corpo, e assegura a qualidade homeostática do organismo vivo.
- o processo psíquico ou do ego, que organiza a experiência individual, e leva a um sentimento de individuação e identidade.
- o processo social ou comunal, que organiza culturalmente a inter-dependência entre as pessoas, e leva o indivíduo a ser parte de um grupo. Para que o ser humano sobreviva, precisa ser cuidado, e, para se desenvolver, precisa ser cuidado de acordo com suas necessidades. A dimensão social do desenvolvimento da personalidade envolve uma série de acomodações mútuas entre o bebê e sua família, cuja natureza pode variar de uma cultura para outra. Os estilos e práticas educativas de cada cultura visam transformar as crianças em adultos maduros e adaptados àquela cultura. A cultura impõe o que julga que é bom para a criança, e isso depende daquilo que se supõe ou se espera que ela virá a ser.

Em síntese, os processos somáticos, inerentes ao organismo, representam uma condição potencial a partir da qual se organizará a experiência individual, numa seqüência pré-estabelecida, que diz respeito à seqüência do desenvolvimento. Tudo isso, por sua vez, determinando e sendo determinado por processos sociais relativos ao contexto histórico e sócio-cultural no qual o indivíduo está inserido.

O estudo do comportamento humano implica necessariamente em se envolver nos três processos, embora os diferentes métodos de investigação priorizem um ou outro.

### 3.2.5 Características gerais dos estágios do desenvolvimento

Erikson (1976) propôs sua teoria do desenvolvimento dividindo-o em oito estágios psico-sociais. Posteriormente foi acrescentado por Joan Erikson um nono estágio, configurando o que denomina “o ciclo de vida completo” (Erikson, 1998). Os quatro primeiros estágios correspondem aos estágios estabelecidos por Freud, aos quais são acrescentadas novas dimensões.

Cada estágio de desenvolvimento tem sua zona libidinal e seu modo dominantes e, em cada um deles, a criança aprende as modalidades básicas da existência humana, em padrões pessoal e culturalmente significativos. As modalidades são formas como o ego se relaciona com o mundo, modos como o indivíduo integra suas experiências.

Os “modos dos órgãos” dominam as zonas psico-sexuais do organismo, como o principal vínculo entre o desenvolvimento psico-sexual e o psico-social; cada um deles representa o modo primário de funcionamento de determinada zona, durante seu estágio; dominam também a interação do organismo com os outros e com o mundo, e são o foco principal dos sistemas de treinamento das crianças em qualquer cultura, além de representarem elementos centrais para a “maneira de viver” da cultura. Enquanto há o domínio de um modo, os outros estão presentes como auxiliares, em maior ou menor grau. Por sua vez, o modo principal domina a conduta de todas as zonas do corpo, não apenas daquela que está em evidência naquele estágio. A utilização do conceito de modalidade, ao invés do de instinto, acentua que o autor se refere à forma como o ego da criança se relaciona com o mundo, à maneira pela qual ele processa a experiência, e não a um instinto específico do id.

Em cada fase o indivíduo se defronta com um problema fundamental, ou crise de desenvolvimento, na qual estão presentes forças contrárias, cuja co-existência gera desafios ao ego, exigindo uma solução conjunta. Essa crise ou conflito nuclear é um desafio característico

de cada estágio, que deve ser resolvido, e deixa sua marca no indivíduo. Há nisso uma regularidade básica (seqüência epigenética), portanto a crise de desenvolvimento subjacente é universal, mas as situações particulares se definem por condições culturais. A resolução de cada crise permite ao indivíduo passar à fase seguinte, o que ocorre quando ele está preparado biológica, psicológica e socialmente, e quando sua preparação individual coincide com a preparação social. Em cada fase o indivíduo pode encontrar novas soluções para os problemas prévios, ao mesmo tempo em que cada aquisição anterior perdura de uma maneira ou outra nas fases posteriores.

Da resolução da crise nuclear de cada estágio se desenvolve um potencial sintônico, superando o potencial de sua antítese distônica, e emerge uma força básica simpática, ou qualidade do ego, que tem uma contra-parte antipática. Ambas as forças, assim como os potenciais sintônicos e distônicos, são necessários para a adaptação. Assim, o desenvolvimento saudável implica em que a resolução da crise se dê no sentido de um predomínio das forças sintônicas, equilibradas pela presença menos intensa das forças distônicas e antipáticas, em proporções adequadas para a adaptação e o crescimento. Não se espera, por exemplo, que a resolução da crise entre confiança básica e desconfiança se dê no sentido do indivíduo se tornar totalmente confiante, uma vez que alguma desconfiança é necessária para a adaptação e auto-proteção. Mas, se predominam as tendências distônicas e antipáticas, desenvolve-se uma patologia nuclear específica.

É possível observar que os escritos de Erikson são povoados de termos do cotidiano, palavras que muitas vezes causam estranheza quando utilizadas dentro de um contexto científico. Embora tenha admitido que isto às vezes lhe causava certo desconforto (EVANS, 1975), ele preferiu esta linguagem, considerando que as palavras do cotidiano servem melhor quando se aborda os fenômenos humanos. Nem sempre estes termos são claramente definidos, mas adquirem sentido no contexto em que são utilizados, integrando a visão configuracional que caracteriza a obra do autor.

Em síntese, em cada estágio *psico-social* há uma *zona* libidinal predominante, o domínio de um *modo* primário de funcionamento, uma *modalidade* postural e uma *modalidade* social, e um *raio social* de expansão; em cada um dos estágios tem lugar

[...] uma *crise nuclear*, durante a qual o desenvolvimento de um potencial *sintônico* específico (da *confiança básica* à *integridade*) precisa superar o potencial de sua antítese *distônica* (da *desconfiança básica* ao *desespero senil*). A resolução de cada crise resulta na emergência de uma *força básica* ou *qualidade de ego* (da *esperança* à *sabedoria*). Mas esta força básica simpática também tem uma contraparte antipática (do *retraimento* ao *desdém*) (ERIKSON, 1998, p. 69, grifos do autor).

Erikson utiliza a expressão “sentimento de...” ou “sentido de...” quando se refere às forças básicas ou qualidades do ego, uma vez que o sentimento de ter ou não conseguido desenvolvê-las é o fator mais importante. Isso inclui três dimensões: a experiência consciente, um modo de conduta observável para os outros, e um estado interior inconsciente.

Os sistemas de crenças de um grupo social são transmitidos na vida cotidiana através de ritualizações específicas para cada idade, e adequadas a cada estágio, e são parte essencial do desenvolvimento. O termo ritualização foi cunhado por Julian Huxley em seus estudos de etologia, para designar certos “atos cerimoniais” realizados pelos animais, e é aqui utilizado para denominar “certas interações informais, mas prescritas, entre pessoas, que as repetem a intervalos significativos e em contextos recorrentes” (Erikson, 1998, p. 41). São adaptativas para o indivíduo e para sua vida em grupo, estimulando e orientando o investimento instintivo de determinado estágio no processo social. Servem ao estabelecimento permanente do relacionamento objetal, e tornam-se familiares através da repetição. Embora ao observador externo possam parecer altamente estereotipadas, podem guardar características absolutamente individuais, como se poderia observar na maneira como cada mãe alimenta ou limpa seu bebê. Às ritualizações de cada estágio correspondem rituais sociais representativos de algumas das instituições mais importantes na estrutura das sociedades.

Mas, sempre que a transmissão dos sistemas de crenças perde sua interconexão viável com o ego, as ritualizações podem se transformar em ritualismos sociais embotadores, que são “padrões de comportamento semelhantes a rituais, marcados pela repetição estereotipada e por fingimentos ilusórios que obliteram o valor integrativo da organização comunal” (ERIKSON, 1998, p. 43). Eles têm uma afinidade dinâmica com as perturbações nucleares individuais, devido às suas raízes conjuntas no decorrer do desenvolvimento.

Vamos a seguir resumir os aspectos principais de cada um dos estágios do desenvolvimento, segundo a visão de Erikson. Esta não é uma tarefa fácil, dada a riqueza e complexidade do assunto, e à visão eriksoniana do desenvolvimento como um processo orgânico e integrado, que se completa como um ciclo. Tentaremos, então, apresentar os elementos que nos parecem mais relevantes, em vista de nossos objetivos. Também em função disto, daremos ênfase aos quatro primeiros estágios, uma vez que pretendemos utilizar a teoria de Erikson como referencial para a análise de casos de crianças. Os outros quatro, além do nono estágio, introduzido por Joan Erikson (ERIKSON, 1998), serão mencionados rapidamente, apenas para que não se perca de vista a idéia do desenvolvimento como um todo integrado.

### 3.3 O CICLO DE VIDA: ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO

#### 3.3.1 O primeiro período: estágio oral respiratório ou sensório-cinestésico

“Eu sou a esperança que tiver e der” (ERIKSON, 1987, p. 115).

O estágio oral ou sensório-cinestésico, que transcorre no início da vida, é dominado por dois *modos de incorporação*. O primeiro deles se relaciona a receber e aceitar o que é dado, e possibilita à criança aprender a fazer com que alguém dê o que ela necessita, além de criar condições para que, no futuro, ela também seja capaz de dar. O bebê, nesta fase, tem

disposição para incorporar, é receptivo ao que lhe é oferecido, mas precisa receber estímulos na intensidade e no tempo adequados, para que sua disposição não se transforme em defesa difusa ou em retraimento. Devido à sua desproteção e dependência, precisa, de início, que suas necessidades sejam prontamente atendidas; se isso ocorrer com regularidade e consistência, ele armazenará imagens, memórias e expectativas que o levarão a aprender a confiar nas pessoas.

A primeira modalidade social que se aprende, nesse estágio, é *obter*. Ela só pode ser atingida se houver uma regulação mútua entre a mãe e o bebê que permita a ele desenvolver e coordenar seus meios para obter, ao mesmo tempo em que a mãe desenvolve e coordena seus meios de dar. Se essa regulação não for possível, surgirão tentativas de controlar por compulsão ou pela fantasia.

O raio de relações significativas, nesta etapa, se restringe à mãe, ou a quem exerce esta função. O amor e o prazer da dependência são transmitidos à criança pelo peito da mãe, por seu modo de falar, seu calor e seu sorriso. Por outro lado, a qualidade da atenção materna depende, até certo ponto, do apoio que a mãe recebe de outros adultos, geralmente do esposo, da família, do reconhecimento por parte da sociedade, e do modo pelo qual a cultura garante a continuação dos valores sociais. Para que a verdadeira mutualidade entre a mãe e o bebê se estabeleça, é preciso que a mãe combine “a assistência sensível às necessidades individuais do bebê e um firme sentimento de idoneidade pessoal, dentro da estrutura digna de crédito do estilo de vida da comunidade à qual pertencem” (ERIKSON, 1987, p. 103-104). Além disso, logo no início da vida o bebê se defronta com as principais características de sua cultura, uma vez que elas determinam o que se considera viável e necessário para ele, a partir do que se espera que ele será no futuro, e assim determinam as práticas de criação infantil. Um bebê será, por exemplo, enfaixado ou deixado solto para se movimentar, será isolado no silêncio e na obscuridade ou submetido a um número maior de estímulos, será atendido prontamente ou terá que chorar muito para ser atendido, dependendo de uma combinação das características e

do estilo pessoal de sua mãe com as práticas de criação infantil determinadas pelas expectativas e pelos valores de sua cultura.

O segundo modo característico da etapa oral é ativo-incorporativo, e se relaciona à erupção dos dentes e à necessidade de morder. Na medida em que este modo, como ocorre com todos os modos na fase em que são dominantes, rege a conduta de outras zonas do corpo, relaciona-se também com agarrar, olhar com firmeza, discernir sons.

Nesta segunda etapa do estágio oral há a coincidência de três aspectos: um impulso mais “violento” para incorporar, apoderar-se e observar, uma crescente consciência da criança sobre si mesma como pessoa distinta, e um gradual afastamento da mãe para outros afazeres. Há uma capacidade de se aproximar de forma mais ativa e direta, e a modalidade social característica é *tomar e agarrar-se* às coisas.

É uma etapa de mudanças traumáticas e de perdas mais ou menos intensas, com a erupção dos dentes, o desmame e as separações da mãe, o que faz com que a criança vivencie sentimentos intensos de dor e raiva. É preciso que a confiança básica tenha sido bem estabelecida na etapa anterior, e possa ser mantida, para se sobrepor ao resíduo de desconfiança básica resultante dessas experiências. Mesmo que seja assim, no entanto, a partir daí, restará sempre no indivíduo um resíduo de um sentimento de maldade, e uma nostalgia pelo paraíso perdido.

Nas etapas orais criam-se as fontes dos sentimentos básicos de *confiança* e de *desconfiança*. A *confiança básica* é a segurança íntima na conduta dos outros, assim como um sentimento fundamental de ser confiável, que surge a partir das experiências do primeiro ano de vida, da correspondência entre as próprias necessidades e o que o mundo oferece. Para se desenvolver, exige uma sensação de comodidade física e uma experiência mínima de temor à incerteza. A criança pequena deve também aprender a desconfiar, e a confiar em sua própria desconfiança. Do conflito entre os sentimentos de confiança e de desconfiança, que representa a crise central desse período, emergirá a *esperança*, que mantém aberta a possibilidade do



futuro, ou o sentimento de condenação, que restringe as possibilidades, tanto em termos cognitivos quanto emocionais. Lembrando o que demonstrou Spitz, Erikson afirma que não se pode viver sem esperança (EVANS, 1975); ela é o ingrediente básico de todos os interesses humanos. A patologia nuclear que pode se desenvolver nesta fase é o *retraimento* e a alienação psicótica, resultado da deterioração radical da confiança básica, e do predomínio da desconfiança.

Em relação à modalidade postural, Erikson leva em conta o significado psico-social dos aspectos sensorial, muscular e locomotor. O bebê, em pronação, começa a estabelecer o encontro do olhar, um diálogo essencial para o desenvolvimento psíquico. Esse encontro resultará na constante procura, no decorrer da vida, por alguém para admirar, e na procura pela confirmação da admiração do outro.

As ritualizações características são do tipo *numinoso*, relacionadas à aura de uma presença santificada, e têm conexões, na ordem social, com a religião, a arte e as ideologias. Estão ligadas às vivências de dependência de provedores poderosos, características desta fase, e, muitas vezes, à necessidade de encontrar uma confirmação institucional para a esperança ou para a fé. O ritualismo correspondente leva ao *idolismo*, uma forma de idolatria patológica.

### **3.3.2 A infância inicial: estágio anal-uretral ou muscular**

“Eu sou o que posso querer livremente” (ERIKSON, 1987, p. 115).

Mais ou menos por volta da metade do segundo ano de vida, inicia-se um rápido avanço na maturação muscular, na capacidade de verbalização e de discriminação, e começa a se instalar a primazia da região anal como zona libidinal, levando ao predomínio de dois modos conflitantes de aproximação, a eliminação e a retenção, e às modalidades sociais de *soltar* e *agarrar*. O *agarrar* relaciona-se a reter e restringir de forma destrutiva e cruel, mas também a ser capaz de ter e sustentar. O *soltar*, à liberação hostil de forças destrutivas, mas

também a um tranqüilo “deixar passar”, “deixar estar”. A importância dada à analidade propriamente dita varia muito de acordo com o meio cultural. O que Erikson considera mais importante, aqui, é que a zona anal se presta muito, por suas características, à expressão de impulsos conflitantes, e serve como modelo da coexistência de dois modos contraditórios e alternantes.

Com a melhor coordenação da motilidade, é cada vez mais difícil para a criança permanecer em um espaço restrito; ela quer explorar o mundo e fazer coisas novas. Começa a descobrir que a conduta que desenvolve é sua, a afirmar sua *autonomia* e sua vontade; mas, ao mesmo tempo, sua dependência traz dúvidas sobre sua capacidade e sua liberdade para afirmar sua autonomia. A *dúvida* se acentua pelo temor de ultrapassar os próprios limites ou os do ambiente. Daí a importância da frustração de seu poder, para que essa experiência seja incorporada como parte de sua vida, e não seja vivida como ameaça à sua existência; é importante que a criança compreenda que um ataque à sua autonomia não a reduz à completa impotência.

É a época mais difícil para a regulação mútua entre a criança e os pais, aos quais se expande o raio de relações significativas. Se o controle externo é muito rígido ou prematuro, a criança será forçada a uma regressão, ou a uma pseudo progressão, para procurar satisfação e controle, e fingirá autonomia e capacidade de dispensar ajuda.

Como nesta etapa ela tende a expandir-se agressivamente, a agir de acordo com a própria vontade e a querer fazer tudo sozinha, tem que trair a confiança mútua estabelecida anteriormente com a mãe, para afirmar sua autonomia. Daí a importância da confiança já desenvolvida, e da capacidade dos pais para conceder independência gradualmente, permitindo seu desenvolvimento e, ao mesmo tempo, impondo limites com firmeza. Segundo Erikson (1987), “A espécie e grau de um sentido de autonomia que os pais estejam aptos a conceder aos seus filhos pequenos dependem da dignidade e sentido de independência pessoal que eles derivam de suas próprias vidas” (p. 114).

Em relação à modalidade postural, a criança pode ficar em pé, e assim encarar o que está na frente e adiante, além de diversas outras possibilidades (à frente, atrás, acima, abaixo) e suas combinações. Emerge o sentimento de *vergonha*, não só por estar exposto de frente, mas também a partir da consciência de ter costas.

O conflito nuclear deste estágio é o de *autonomia* versus *vergonha e dúvida*. A autonomia e o orgulho surgem do sentimento de bondade interior, e seu desenvolvimento pressupõe que a confiança inicial tenha sido firmemente estabelecida, enquanto a vergonha e a dúvida são fruto do sentimento de maldade. Quando excessivas, podem resultar numa tentativa de levar a melhor às escondidas, ou na indiferença em relação à opinião dos outros (falta de vergonha). Quando é possível equilibrar as tendências da impulsividade obstinada e da compulsividade submissa, emerge a força básica dessa fase, a *vontade*, que é condição para a livre escolha e o auto-controle. Na personalidade normal, certa impulsividade torna a expressão mais espontânea, e certa compulsividade é útil quando há necessidade de ordem, pontualidade e limpeza. No entanto, quando predominam sobre suas contra-partes, a compulsão e a impulsividade paralisam a vontade e resultam em um sentimento de inferioridade ou em uma patologia *compulsiva*, ritualista, numa autonomia desafiadora ou em dúvida compulsiva.

Nesta etapa o jogo assume grande importância, uma vez que é um refúgio seguro, que ajuda a criança a dominar a dúvida e a vergonha, e a desenvolver a autonomia dentro de seu próprio conjunto de limites e regras. Além disso, esta é uma fase rica em experiências, em diferentes áreas, fruto das tentativas de encontrar seus próprios limites, o que possibilita aprender e lidar com situações diversas, e a relacionar-se de forma diferente com diferentes pessoas.

As ritualizações características desse período, denominadas *judiciosas*, transmitem princípios de bom e mau, certo e errado, meu e seu, lícito e transgressor, relacionados às

instituições sociais de lei e ordem, que definem a liberdade de cada indivíduo. Seu embotamento em ritualismos leva ao *legalismo*.

### **3.3.3 A idade do brincar: estágio infantil-genital ou locomotor**

“Eu sou o que posso imaginar que serei” (ERIKSON, 1987, p. 122).

O terceiro estágio, infantil-genital ou locomotor, possibilita a expansão das relações significativas à família básica. Inicia-se por volta do final do terceiro ano de vida, quando a criança pode caminhar de forma independente e vigorosa, correr, brincar e utilizar melhor a linguagem. Começa também a compreender seu papel, a conviver mais intensamente com crianças da sua idade, a perceber as diferenças entre os sexos e as idades, e a ampliar significativamente o uso da imaginação. Começa a vislumbrar objetivos, investiga e elabora fantasias sobre a pessoa ativa que deseja chegar a ser, e, consciente e inconscientemente, põe à prova seus poderes, conhecimento e qualidades. Começa a pensar em ser grande e a identificar-se com os adultos.

Este estágio é dominado pelos *modos intrusivo e inclusivo*. O modo intrusivo, que tem a ver com a intrusão no espaço pela locomoção vigorosa, se dirige também a outros corpos (agressão), ouvidos e mentes (sons agressivos), e ao desconhecido (curiosidade). O caminhar traz diferentes possibilidades: ir longe, ir longe demais, ir de um lado para o outro, ir em direção a um objetivo e a um futuro. O modo inclusivo se expressa na receptividade e na prontidão para relações ternas e protetoras. Este estágio é dominado por uma combinação destes dois modos em ambos os sexos, uma vez que a disposição ainda é, em parte, bissexual; mas, dependendo das características culturais, o modo intrusivo pode ser mais incentivado no menino, enquanto da menina se espera mais a utilização do modo inclusivo. A diferenciação completa entre intrusão masculina e inclusão feminina ocorrerá na puberdade.

A modalidade social é o *ganhar*, no sentido de visar sem limites algum lucro ou benefício. Pode manifestar-se de modo fálico-intrusivo ou através de ridicularizar e provocar, ou de tornar-se atraente e cativante.

O conflito característico é o da *iniciativa* versus *culpa*, do qual emerge a força básica do *propósito*, ou a *inibição patológica*. O ciúme e a rivalidade, como tentativas de delimitação de uma esfera de privilégios, atingem seu ápice, na luta pela autonomia. Esta luta, que está fadada ao necessário fracasso, traz culpa e ansiedade.

O elemento básico da ritualização é a forma infantil do *dramático*, o brincar, que corresponde, nas instituições sociais, ao teatro e ao cinema, ou a outros locais onde aconteçam eventos dramáticos. O ritualismo correspondente é o *moralismo*, ou seja, a “supressão moralista e inibidora da iniciativa divertida, na ausência de maneiras criativamente ritualizadas de canalizar a culpa” (ERIKSON, 1998, p. 45).

A genitalidade infantil recai sobre os protetores ideais da infância, o que traz grandes complicações para a criança, nesse período. O papel dos pais é, também aqui, de grande importância. Eles podem sobrecarregar a criança com sentimentos de culpa e sufocar sua iniciativa emergente, ou ajudá-la a canalizar suas energias de forma construtiva. Para isso, precisam controlar as tentativas da criança de desafiá-los diretamente, mas indicar o que ela pode fazer e oferecer perspectivas de futuro. A possibilidade de aspirar objetivos diminui um pouco a dor e a frustração características desta etapa, e mantém vivas as bases da ambição adulta, que move a sociedade. A percepção de que as ações servem a um propósito possibilita canalizar a energia e ajuda a criar a idéia de um sentido da vida.

Para Erikson (1998), além disso, é importante observar que o apogeu do Complexo de Édipo, nesta fase, ocorre justamente quando não há qualquer possibilidade física da realização dos desejos nele envolvidos, enquanto que a imaginação lúdica está em pleno florescimento.

As implicações edípicas desta fase limitam muito a iniciativa no relacionamento com os pais, e o brincar assume grande importância, porque liberta para a dramatização e para as

identificações e atividades imaginadas. O jogo não surge nem é importante apenas nesta fase, mas, aqui, adquire relevância especial. Ele se constitui no meio de expressão mais adequado para o ego infantil, e tem papel fundamental no desenvolvimento da criança. Permite a ela repetir, dominar ou negar suas experiências, e assim organizar seu mundo interior, em relação com o exterior. Permite uma espécie de auto-ensinamento e auto-cura, uma vez que compensa derrotas, sofrimentos e frustrações, e compensa o uso limitado da linguagem. Permite que a criança, mesmo mantendo a noção de realidade, se liberte dos limites impostos pelo tempo, pelo espaço e pela própria realidade, e experimente novas funções e novos papéis.

Neste período a criança precisa que existam outras pessoas significativas em sua vida, para experimentar diferentes alternativas de conduta.

### **3.3.4 A idade escolar: estágio de latência**

“Eu sou o que posso aprender para realizar trabalho” (ERIKSON, 1987, p. 128).

Neste período a criança, tendo compreendido que não pode ocupar um lugar em igualdade de condições com os adultos, precisa encontrar um lugar entre os de sua idade. É a fase em que é submetida à escolarização e aprende os rudimentos de uma situação de trabalho, tanto em termos técnicos quanto sociais. Ela tem, neste período, melhores condições para uma aprendizagem mais organizada, para ter disciplina e assumir obrigações, para planejar e realizar tarefas em conjunto com outras crianças, e se interessa mais por um maior número de adultos, a quem quer observar e imitar. Guardadas as características de cada meio cultural, de forma mais ou menos formal e organizada, ela aprende a manejar os instrumentos e símbolos de sua cultura, o que é condição para se tornar uma pessoa competente.

É o período no qual as relações se expandem para a vizinhança e a escola; a criança aprende a amar o aprender e o brincar, as técnicas que estão de acordo com a produção, o mundo instrumental e as regras de cooperação e planejamento.

A criança superou, pelo menos provisoriamente, a luta edípica pelo poder, e suas relações com os pais se tornam mais realistas, inclusive em relação à dependência, que permanece apenas nas áreas em que ainda é necessária. Os pais são comparados a outras pessoas e os modelos de identificação se ampliam.

Freud chamou este o período de latência, mas Erikson ressalta que só o que fica latente são os impulsos sexuais, pois há grande investimento de energia na aquisição de conhecimento e na capacidade de relacionar-se e comunicar-se, principalmente através da competição com os pares, que servem como parâmetro e como novos modelos de identificação. A criança precisa se comparar para medir seu valor e suas capacidades, e tenta sempre ser a melhor e evitar o fracasso.

A crise psico-social se configura entre a *diligência* e a *inferioridade*. A diligência vem da necessidade de conseguir reconhecimento pela capacidade de produzir coisas, investindo seus impulsos em empreendimentos concretos e metas socialmente aprovadas. É “um senso básico de atividade competente adaptada tanto às leis do mundo instrumental quanto às regras de cooperação em procedimentos planejados e esquematizados” (ERIKSON, 1998, p.65). O sentimento de inferioridade surge da percepção de que ainda é uma pessoa incompleta, e das dificuldades para realizar o que pretende. Ele é necessário como regulador da força básica da *competência*, que emerge deste conflito. No entanto, se o sentimento de inferioridade for intensificado e prevalecer, pode levar à *inércia* patológica, a patologia típica resultante desta fase, que paralisa a vida produtiva do indivíduo, ou à competição exagerada ou à regressão. Isso pode ocorrer como resultado de uma resolução insatisfatória do conflito precedente, que traz tendências regressivas ou sentimentos de culpa exacerbados, de uma preparação inadequada, pela família, para que a criança enfrente os desafios desta etapa, de exigências inadequadas ou incompatíveis, por exemplo, no meio escolar, ou de um contexto social que avalia a criança com base em preconceitos de qualquer tipo.

Socialmente esta é uma fase muito importante, porque é quando se desenvolve um sentido de divisão de trabalho, de diferentes oportunidades, e se constroem as bases para a participação na vida adulta produtiva. Os riscos, além do predomínio do sentimento de inferioridade, são o desenvolvimento de uma postura subalterna ou auxiliar, a não aquisição de um gosto pelo trabalho, a super-valorização do trabalho em detrimento da diversão e da imaginação.

As ritualizações desta etapa são de tipo *formal* ou técnico, introduzindo princípios de ordem tecnológica, e, quando não adequadas, levam ao *formalismo*.

### **3.3.5 A adolescência**

A questão da identidade é central na teoria de Erikson, provavelmente não só porque ela é central no processo de desenvolvimento humano, mas também porque representou uma batalha muito importante na vida pessoal do autor, e por se configurar em uma questão social extremamente relevante no momento histórico de construção da teoria. “O sentimento de identidade do ego [...] é a segurança acumulada de que a coerência e a continuidade interiores elaboradas no passado equivalem à coerência e à continuidade do próprio significado para os demais [...]” (ERIKSON, 1976, p. 241).

No adolescente, o rápido crescimento corporal, as mudanças anatômicas e emocionais e o despertar dos impulsos sexuais re-editam a dúvida inicial sobre a confiabilidade dos adultos e de si próprio, inclusive em relação a seu próprio corpo e ao domínio das funções, só que agora em outros termos e em nível mais consciente. Para recuperar a confiança, ele precisa reavaliar a si mesmo e realizar uma síntese de toda a infância, que agora deve ficar para trás, integrar as identificações anteriores e assumir uma nova posição na sociedade. Em virtude disso, a sociedade lhe oferece uma espécie de “moratória psico-social”, uma postergação da vida adulta, socialmente autorizada, como um recurso de segurança



psicológica, que permite experimentar papéis, inclusive sexuais, antes de assumir compromissos mais permanentes. Os pais perdem aqui seu papel de apoio essencial e de parâmetros de valores, e são substituídos pelos grupos de iguais.

A crise característica desta fase, de *identidade versus confusão de identidade*, que incorpora elementos de todas as crises anteriores e antecipa as das fases vindouras, só pode ser bem resolvida se o adolescente fizer uma escolha compatível consigo mesmo e com as oportunidades que a sociedade oferece. Para isso concorrem a confirmação ou repúdio seletivo de suas identificações infantis e a maneira como é reconhecido pelo meio social de sua época, e a integração de todas as identificações e auto-imagens anteriores, tanto positivas quanto negativas.

A força básica que emerge nesta etapa é a *fidelidade*, a lealdade a um código de ética grupal, que mantém estreita relação com a confiança infantil, mas tende a ter mediações ideológicas. Implica em conseguir, em meio a todos os conflitos que perpassam esta etapa, “salvaguardar algo genuíno, que garantirá seu próprio sentido de individualidade e singularidade” GALLATIN, 1978, p. 221). Sua contra-parte antipática é o *repúdio* de papel, que pode aparecer na forma de difidência ou de desafio sistemático, uma preferência perversa pela identidade negativa.

As ritualizações são do tipo *ideológico*, numa busca de confirmação em que se fundem ritos espontâneos e formais, a partir das quais se criam desde rituais de pequenos grupos até participações em grandes eventos esportivos, musicais, religiosos e políticos. O ritualismo correspondente é o *totalismo*, uma participação fanática em militâncias marcadas por imagens totalitárias do mundo.

### **3.3.6 A idade adulta jovem**

“Nós somos o que amamos” (ERIKSON, 1987, p. 138).

Nesta etapa o indivíduo pode participar integralmente da comunidade e usufruir a vida com liberdade e responsabilidade adultas. É a fase de se dedicar ao estudo e ao trabalho, na construção de uma carreira, e de eleger um companheiro para uma relação íntima e prolongada. O conflito característico se dá entre *intimidade* e *isolamento*. Intimidade, que é ao mesmo tempo um contra-ponto e uma fusão de identidades, exige segurança da própria identidade e capacidade de comprometer-se com associações concretas, que podem exigir sacrifícios e compromissos; permite desenvolver relações íntimas de amizade, amor, sexo e intimidade consigo mesmo. Sua contra-parte, o isolamento, levará à procura de relações interpessoais estereotipadas, pela incapacidade de correr riscos para a própria identidade, ao compartilhar sua verdadeira intimidade com outrém.

Da resolução do conflito entre essas duas tendências emerge o *amor*, a capacidade para a mutualidade de dedicação madura. Sua contra-força é a *exclusividade*. As ritualizações são *associativas*, e possibilitam estilos e padrões de vida compartilhados, solidariedade e cooperação. O ritualismo é o *elitismo*, que cultiva o esnobismo de grupos fechados.

### **3.3.7 A idade adulta**

Eu sou o que posso gerar e cuidar.

É a etapa em que se inicia um novo ciclo de desenvolvimento e uma nova geração, e que inclui a preparação de um lar. O potencial sintônico é a *generatividade*, uma preocupação em estabelecer e orientar a geração seguinte, no sentido mais amplo, que pode se aplicar aos próprios filhos ou a outras formas de interesse e criatividade altruísticos. Implica em uma expansão dos interesses do ego e em um investimento no que está sendo gerado, e inclui procriatividade, produtividade e criatividade; inclui também a responsabilidade, como genitor, pelos esforços de sua sociedade com o cuidado e a educação infantil, o desenvolvimento da ciência e das artes e a transmissão das tradições e da cultura. Implica em aceitar a

responsabilidade pela nova geração, e contribuir para assegurar-lhe as condições necessárias a seu desenvolvimento. A generatividade é uma força propulsora da organização humana, reforçada por todas as instituições sociais. Sua contra-partida é a *estagnação*, auto-absorção, tédio, depauperamento interpessoal, que faz com que o indivíduo se preocupe apenas consigo próprio, como se fosse seu único filho (tenha filhos ou não).

A força básica que emerge desse conflito é o *cuidado*, um compromisso de cuidar das pessoas, dos produtos e das idéias que se considera importantes, a capacidade de encarregar-se de algo ou de alguém. A capacidade de amor e de intimidade adquiridas na fase anterior pode levar a uma expansão de interesses e a um investimento no que está sendo gerado e cuidado junto. A tendência antipática correspondente é a *rejeição*, o não se importar em cuidar, a relutância em incluir pessoas ou grupos específicos na própria esfera de preocupação. A ritualização é *generativa*, e inclui ritualizações parentais, didáticas, produtivas e curativas, e autoridade verdadeira. O ritualismo correspondente é o *autoritarismo*, o uso não generoso e não generativo do poder.

As capacidades desenvolvidas nesta fase são essenciais para o desenvolvimento saudável das novas gerações.

### **3.3.8 A velhice**

“Eu sou o que sobrevive em mim” (ERIKSON, 1987, p. 141).

A crise dominante é a de *integridade versus desespero*. O indivíduo que amadureceu, gerou pessoas, coisas e idéias e zelou por elas, se adaptou às vitórias e aos fracassos e desapontamentos, pode chegar à integridade, que implica na aceitação de seu próprio ciclo vital como insubstituível, e como fruto de sua própria responsabilidade. O oposto é a repulsa ou o desespero, a não aceitação da própria sorte e da morte, o sentimento de que o tempo é curto, muitas vezes escondido por uma atitude de desdém por instituições e pessoas, que no

fundo esconde um desdém por si mesmo. A força que emerge é a *sabedoria*, o saber acumulado, o julgamento maduro e a compreensão abrangente.

A ritualização correspondente a esta fase é *filosófica*, que mantém certa ordem e significado na desintegração do corpo e da mente. Sua contra-parte é o *dogmatismo*, uma pseudo-integridade compulsiva.

### **3.3.9 O nono estágio**

Em 1982 foi publicado *O Ciclo de Vida Completo* e, em 1997, sua versão ampliada (ERIKSON, 1998), incluindo capítulos de Joan Erikson sobre o que ela considerava o nono estágio do desenvolvimento. Aí ela expõe suas experiências e conclui que, apesar da relatividade do tempo, a velhice, depois dos 80 ou 90 anos, traz novas exigências, dificuldades e reavaliações, de tal forma que considera que se justifica a inclusão de um novo estágio, caracterizado pelo enfraquecimento corporal e pela perda das capacidades físicas, da autonomia e da independência, o que enfraquece a auto-estima e a confiança. As preocupações tendem a se voltar para o funcionamento cotidiano, e há muita tristeza, fruto das muitas perdas e da percepção da iminência da morte. Joan Erikson faz uma série de críticas à forma como nossa sociedade tem tratado a velhice e uma série de sugestões sobre o que seria necessário para garantir condições adequadas aos idosos.

Parece-nos mais que ela tentou transmitir sua experiência pessoal desta fase da vida, mas que não chegou efetivamente a organizar uma estrutura para um nono estágio, dentro das características que Erik Erikson elaborou para os estágios anteriores.

O Quadro 2, a seguir, oferece uma visão geral das principais características dos estágios do desenvolvimento. De acordo com Erikson (1998), as extensões da teoria da libido às fases da idade adulta e da velhice requerem mais discussão, por isso são colocadas no gráfico entre parênteses e consideradas como sugestões.

<b>Estágios</b>	<b>A Estágios e Modos Psicosssexuais</b>	<b>B Crises Psicossociais</b>	<b>C Raio de Relações Significativas</b>	<b>D Forças Básicas</b>	<b>E Patologia Central-Antipatias Básicas</b>	<b>F Princípios Relacionados de Ordem Social</b>	<b>G Ritualizações de União</b>	<b>H Ritualismo</b>
<b>I Período</b>	Oral-Respiratório, Sensório-Cinestésico (Modos Incorporativos)	Confiança Básica vs. Desconfiança Básica	Pessoa Maternal	Esperança	Retraimento	Ordem Cósmica	Numinosas	Idolismo
<b>II Infância Inicial</b>	Anal-Uretral, Muscular (Retentivo-Eliminatório)	Autonomia vs. Vergonha, Dúvida	Pessoas Parentais	Vontade	Compulsão	“Lei e Ordem”	Judiciosas	Legalismo
<b>III Idade do Brincar</b>	Infantil-Genital, Locomotor (Intrusivo, Inclusivo)	Iniciativa vs. Culpa	Família Básica	Propósito	Inibição	Protótipos Ideais	Dramáticas	Moralismo
<b>IV Idade Escolar</b>	“Latência”	Diligência vs. Inferioridade	“Vizinhança”, Escola	Competência	Inércia	Ordem Tecnológica	Formais (Técnicas)	Formalismo
<b>V Adolescência</b>	Puberdade	Identidade vs. Confusão de Identidade	Grupo de Iguais e outros grupos; Modelos de Liderança	Fidelidade	Repúdio	Visão de Mundo Ideológica	Ideológicas	Totalismo
<b>VI Idade Adulta Jovem</b>	Genitalidade	Intimidade vs. Isolamento	Parceiros de amizade, sexo, competição, cooperação	Amor	Exclusividade	Padrões de Cooperação e Competição	Associativas	Elitismo
<b>VII Idade Adulta</b>	(Procriatividade)	Generatividade vs. Estagnação	Trabalho Dividido e família e lar compartilhado	Cuidado	Rejeição	Correntes de Educação e Tradição	Geracionais	Autoritarismo
<b>VIII Velhice</b>	(Generalização de Modos Sensuais)	Integridade vs. Desespero	“Gênero Humano”, “Meu Gênero”	Sabedoria	Desdém	Sabedoria	Filosóficas	Dogmatismo

Quadro 2 – As oito idades do homem, segundo Erik Erikson (1998, p. 32-33).

#### **4 A PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL E O REFERENCIAL DO DESENVOLVIMENTO**

Neste capítulo pretendemos discutir as possibilidades de articular os conhecimentos que embasam a psicoterapia breve infantil, de abordagem psicodinâmica, com as contribuições da teoria do desenvolvimento de Erik Erikson, para a construção de parâmetros que auxiliem na organização do raciocínio clínico e permitam a delimitação de foco e objetivos terapêuticos adaptados a cada caso em particular.

Para adaptar a proposta psicoterápica às necessidades e possibilidades de cada caso é necessário, a partir da compreensão diagnóstica, estabelecer foco e objetivos compatíveis. Isto implica em iniciar o atendimento com uma investigação clínica que permita selecionar áreas conflitivas específicas para serem trabalhadas, que sejam tão centrais quanto possível, desde que permeáveis à mudança num espaço restrito de tempo, e em estabelecer objetivos exequíveis nas condições reais em que se realizará o atendimento. Nesta tarefa, os conhecimentos sobre o desenvolvimento podem ser especialmente úteis, uma vez que permitem saber quais os desafios que o processo de desenvolvimento engendra em cada fase, e quais os conflitos típicos de cada etapa, e usar estes conhecimentos para a compreensão de cada caso particular. Assim, o conhecimento das fases do desenvolvimento e de suas características oferece um referencial importante para a interpretação do material clínico, para sua organização e compreensão. Permite comparar o processo individual de cada criança com os referenciais gerais, para compreender suas características e necessidades, e ter um prognóstico sobre seu desenvolvimento futuro.

De acordo com Erikson (1994), cada estágio do desenvolvimento implica em um modo de processar e integrar as experiências, e em um modo do ego se relacionar com o mundo. Assim, diante de determinado caso, podemos identificar, no material clínico, a que

estágio corresponde o modo principal de funcionamento. Os outros modos estarão presentes, mas de forma secundária. Identificar o modo principal de funcionamento permite localizar melhor os conflitos, as necessidades e as características gerais da criança. Ainda, em vista do tipo de funcionamento, contar com parâmetros para selecionar os tipos mais adequados de intervenção.

A identificação da fase do desenvolvimento que corresponde à modalidade principal de funcionamento da criança independe de sua idade, mas, na avaliação sobre o quanto o desenvolvimento está transcorrendo de forma saudável, esta relação é fundamental. Quanto maior a distância entre o tipo de funcionamento da criança e o esperado para sua faixa etária, mais importante é o prejuízo em seu desenvolvimento.

Além disso, sabe-se que o desenvolvimento ocorre em um contexto relacional, e o adulto que participa do crescimento de uma criança se defronta novamente com as tarefas de seu próprio desenvolvimento, e as revive, o que interfere diretamente na relação que estabelece com a criança em cada fase. Interfere também na forma como pode ou não ajudá-la a elaborar suas crises desenvolvimentais, e em como pode, ele próprio, re-elaborar seus conflitos ou descarregá-los sobre a criança, que terá então que arcar com essa dupla carga.

Portanto, compreender o desenvolvimento de uma criança em particular significa necessariamente compreender os padrões relacionais de seu ambiente, o tipo de regulação mútua que se estabeleceu entre a criança e seus cuidadores, e que é resultado da combinação única das características dessa criança, desses adultos e do que os cerca no decorrer do processo. Esta relação é, ao mesmo tempo, um elemento estruturante da subjetividade de cada um deles, em especial da criança, por sua condição de maior dependência e menor organização.

Podemos identificar semelhanças importantes na visão de alguns dos autores que estamos considerando: entendemos que a “regulação mútua” apontada por Erikson (1976) tem uma relação direta com a “mutualidade psíquica”, conceito criado por Cramer (1974). A

“mutualidade psíquica” se define como uma área de funcionamento comum entre pais e criança, fruto das identificações e projeções mútuas. Quando ela serve à compreensão empática e a uma maior sintonia que permite atender às necessidades, permite uma “regulação mútua” adequada. Muitas vezes, no entanto, estabelece-se uma “área de conflito mútuo”, quando os pais revivem, nas relações atuais com o filho, seus próprios conflitos mal elaborados, referentes à etapa de desenvolvimento em que a criança se encontra. Os conflitos da criança mobilizam os conflitos correspondentes dos pais, que não foram bem resolvidos, e geram neles elevada ansiedade. Nestas circunstâncias, ao invés de poder ajudar a criança, eles a sobrecarregam com suas projeções. A intensidade das projeções que os pais fazem sobre a criança interfere diretamente na “regulação mútua” entre eles, e tem a ver com a possibilidade que os pais têm de permitir ou não que a criança se desenvolva no sentido da independência, ou se precisam que ela permaneça dependente para satisfazer suas próprias necessidades.

Portanto, na análise de casos de crianças, dentro da concepção que adotamos, é preciso compreender, principalmente:

- o funcionamento psíquico da criança e seu processo de desenvolvimento, levando-se em conta sua adaptação às demandas das diferentes fases evolutivas.
- o funcionamento psíquico dos pais.
- as características da relação que se estabelece entre os pais e a criança e como ela se articula com as dificuldades da criança.

Estes três aspectos são interdependentes e necessariamente interferem uns nos outros. Sua divisão aqui é apenas para organização didática. Na prática, a análise poderia começar por qualquer um deles, para ir necessariamente incluindo os outros. Assim, de acordo com o caso, pode-se iniciar pelo que parece mais evidente e que fornece um melhor ponto de partida.

Nossa sugestão é de se iniciar a análise do material a partir de como o caso se apresenta: identificar, a partir da queixa e dos primeiros contatos com os pais e com a criança, que tipos de conflitos e características centrais aparecem, identificar com qual etapa do



desenvolvimento eles se relacionam, e, em seguida, ir incluindo a compreensão dos modos secundários de funcionamento, e de características relacionadas a outras etapas do desenvolvimento. Dessa maneira é possível partir, já de princípio, das características peculiares de cada caso e acolher o que de início é trazido pelos pais e pela criança. Além disso, é importante que se utilize as primeiras impressões suscitadas pelo contato e as primeiras manifestações transferenciais, para rapidamente formular as primeiras hipóteses diagnósticas.

Iniciamos então pela queixa trazida pelos pais, buscando de início compreendê-la em suas principais características: descrição detalhada, histórico, frequência, desencadeantes, reações do ambiente, remissões e outros aspectos relevantes. No decorrer da pesquisa diagnóstica procura-se conhecer as características dos conflitos ou situações-problema apresentados, as modalidades de funcionamento da criança (principal e secundárias) e dos pais, a configuração da relação entre eles. Todos estes aspectos auxiliarão também na compreensão da queixa e de seu significado.

Vamos a seguir re-examinar cada uma das quatro fases do desenvolvimento que, de acordo com a proposta de Erikson, compõem o período da infância, e sugerir aspectos importantes a serem observados e levados em conta na avaliação diagnóstica dos casos clínicos.

#### 4.1 AS FASES DA INFÂNCIA: ASPECTOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

##### **4.1.1 Primeiro estágio: o bebê**

No primeiro estágio o conflito central entre confiança básica e desconfiança estabelece as bases para o equilíbrio entre dependência e independência, que será um aspecto regulador

das relações interpessoais do indivíduo por toda a sua vida, e que tem ligação estreita com os padrões de relacionamento e cuidado materno que experimentou no início da vida. Portanto, uma avaliação dos padrões de dependência de um indivíduo implica em uma avaliação das modalidades do cuidado materno que ele recebeu.

A avaliação do grau de equilíbrio entre dependência e independência deve obrigatoriamente levar em conta a fase de desenvolvimento em que se encontra o indivíduo, uma vez que se espera que esse equilíbrio vá paulatinamente se modificando no decorrer da vida, especialmente durante a infância e adolescência.

A análise dos aspectos centrais relacionados à primeira etapa do desenvolvimento, feita a partir dos dados da história da criança, do material clínico (observações, testes) e da relação transferencial que ela estabelece, busca compreender, especialmente: como ela vive a dependência e a independência, em relação ao esperado para sua faixa etária; como ela pode aceitar o que lhe é dado (disposição receptiva), pedir o que necessita e fazer com que o outro lhe dê; o quanto é capaz de dar e de tomar de forma mais ativa e independente; como reage frente à separação; qual o equilíbrio entre sentimentos de confiança e desconfiança e o grau de esperança nas relações interpessoais: como são suas expectativas em relação ao encontro interpessoal, o quanto pode confiar no outro, mas mantendo uma certa dose de desconfiança protetora; o quanto se retrai ou tenta controlar o outro por medo, desconfiança e expectativas negativas; reações frente à frustração.

Para que se possa compreender melhor estas características, é preciso saber também por quais caminhos a criança chegou a elas, ou seja, conhecer o histórico de seu desenvolvimento. E, também, em relação aos pais (e, neste caso, especialmente em relação à mãe): como eles vivem a própria dependência e independência; qual o grau de equilíbrio entre confiança e desconfiança nas relações interpessoais que eles estabelecem; qual sua capacidade de dar, no tempo necessário, com regularidade e consistência, e de forma coordenada com as necessidades da criança; qual sua capacidade de impor frustração; como são os padrões

familiares e transgeracionais de confiança, dependência e independência; também, o quanto a mãe se sente apoiada, afetiva e socialmente, para desempenhar seu papel de mãe. Todos estes aspectos devem ser considerados em sua seqüência histórica.

Ainda, é necessário compreender a regulação mútua entre as necessidades e características dessa criança em particular, e as desses pais (mãe) em particular, levando em conta intercorrências específicas da história dessa relação (por exemplo: gravidez inesperada ou indesejada, problemas graves de saúde, perdas importantes) e seus efeitos.

A avaliação destes fatores é central para a indicação e para o planejamento de uma psicoterapia breve, porque eles têm relação direta com a possibilidade do estabelecimento de uma aliança terapêutica, condição essencial para esse tipo de intervenção. Algum grau de confiança é necessário para permitir que isso ocorra, e que as intervenções do terapeuta possam ser aceitas. Também é necessário poder depender, para aceitar ajuda, e poder ser independente o suficiente para tolerar o rompimento do vínculo terapêutico após um período breve de tempo. E, além disso, que as projeções da mãe sobre a criança não sejam extremamente intensas e inflexíveis, uma vez que, se isso ocorre, significa que a mãe depende da criança como depositário de aspectos seus, e, portanto, não poderia tolerar que a criança desenvolvesse independência, e não poderia tolerar retomar para si o que projetou nela.

Não se está aqui afirmando que, para a indicação de uma psicoterapia breve, é necessário que esses aspectos se encontrem equilibrados e bem desenvolvidos. Trata-se apenas de reconhecer que, nos casos de extremo desequilíbrio, o trabalho ficará impossibilitado. Nos casos em que há dificuldades em grau moderado, estas questões serão objeto de atenção especial no planejamento do processo e das estratégias de intervenção.

Quando este é o modo principal de funcionamento, as estratégias terapêuticas devem ser planejadas de maneira a oferecer continência, possibilitar o desenvolvimento de um vínculo confiável, promover a confiança da mãe em sua própria capacidade de dar e de acolher a dependência da criança. Deve-se, durante o processo, tentar criar condições para

experiências positivas de dependência. No entanto, é preciso cuidado especial com o nível de dependência que se estabelece, em virtude do tempo de duração da psicoterapia. Ajudar os pais a perceber suas próprias capacidades e ajudá-los a acolher a dependência da criança, ao invés de promover a dependência da criança em relação ao terapeuta, são formas de trabalho mais compatíveis com esse tipo de intervenção. Se isso não for possível com os pais, pode-se tentar encontrar figuras substitutas, que façam parte da vida cotidiana da criança.

#### **4.1.2 Segundo estágio: a infância inicial**

Esta fase tem relação com as possibilidades de desenvolver autonomia, a partir do conflito com os sentimentos de vergonha e dúvida, e, ainda, com a capacidade de reter e soltar, liberar. Devem ser observadas, na criança, as capacidades de escolher e de explorar o ambiente, de ter iniciativa e de manifestar sua vontade; a forma como lida com a agressividade e como a expressa, as tentativas de controlar o outro e a capacidade de autocontrole e de discriminar sentimentos de ações, especialmente em relação à raiva e à agressividade; a capacidade de testar e de se adaptar aos limites e regras do ambiente e as reações frente à frustração. É preciso observar ainda se existe vergonha excessiva, que leva a sentimentos de inferioridade ou conduz a tentativas de levar vantagens às escondidas ou de aparentar indiferença pela opinião dos outros; se há atitudes de autonomia desafiadora ou de dúvida compulsiva (a dúvida é a desconfiança secundária de si mesmo e dos outros); se há possibilidade de utilizar a brincadeira como via de expressão e de elaboração, em especial no sentido de experimentar autonomia dentro de seus próprios limites e regras.

Em relação aos pais, a capacidade de permitir iniciativas da criança, apoiando seu desejo de fazer coisas por si mesma, e ao mesmo tempo fornecendo a segurança de limites compatíveis com a sua idade e com a situação, e protegendo-a de experiências que possam gerar excessiva vergonha ou dúvida; capacidade de conceder independência gradual e de

impor frustração em nível adequado, de permitir a manifestação da agressividade, de controlá-la e de ajudar a criança a discriminar entre sentimento e ação, e a estabelecer auto-controle; possibilidade de permitir que a criança tenha vontade própria, sem que essa vontade domine tiranicamente o ambiente; ser capaz de ensinar a discriminação entre bom e mau, certo e errado, permitido e proibido, com firmeza e flexibilidade. É preciso observar ainda se houve a imposição de um controle muito rígido e prematuro ao qual a criança tem que reagir com soluções desadaptativas.

Em relação à regulação mútua pais-criança, já foi dito que esta é a fase que traz maiores dificuldades. A leitura do parágrafo acima pode dar a impressão de que se está colocando um nível de exigência muito elevado para os pais. Embora todos reconheçam que a tarefa de criar um filho é extremamente complexa e difícil, não se está aqui esperando pais perfeitos ou com capacidades sobre-humanas. As possibilidades acima ocorrem habitualmente no dia a dia, e dependem, no que diz respeito aos pais, de como eles puderam elaborar essas questões no decorrer de seu próprio desenvolvimento, e do quanto se sentem autônomos e independentes em suas próprias vidas. Cada criança, no entanto, tem também características próprias, e a combinação particular entre uma determinada criança e seus pais determinará o quanto serão bem sucedidos na elaboração dos conflitos característicos desta etapa.

A intervenção psicoterapêutica, quando os conflitos centrais se relacionam a esta fase, deve incluir a possibilidade de oferecer continência e controle para a agressividade, o trabalho com limites e com tolerância à frustração, tanto com a criança quanto com os pais. A psicoterapia breve traz necessariamente um elemento importante relacionado a isto, uma vez que já é, por definição, um trabalho com limite de tempo e/ou de objetivos. Assim, a questão está posta desde o início, e será especialmente mobilizada na fase de término do processo, exigindo atenção especial do terapeuta e, ao mesmo tempo, permitindo uma avaliação do quanto o trabalho foi bem sucedido.

### **4.1.3 Terceiro estágio: a idade do brincar**

Esta é a fase em que a brincadeira alcança maior importância e em que a criança deve desenvolver sua iniciativa, ampliar as relações interpessoais e preparar-se para seus papéis sociais e parentais. É importante observar: sua capacidade de brincar de forma espontânea, utilizando a imaginação, a fantasia e o espaço, inclusive para se libertar dos limites impostos pela realidade, mas sem perder a noção de realidade; a ampliação do uso da linguagem como forma de comunicação; se consegue se relacionar com outras crianças e com adultos significativos, procurando, inclusive, outros modelos de identificação, além dos pais; como lida com ciúme e rivalidade em vários níveis (com o genitor do mesmo sexo, com irmãos, com pares); se vai aprendendo a perceber as diferenças entre os sexos e as idades; se começa a investigar e vislumbrar objetivos, a pensar em ser grande e identificar-se com os adultos; como põe à prova seus poderes e qualidades; a capacidade de tomar iniciativa e tentar conseguir o que quer, de forma intrusiva ou sedutora; se há excessiva inibição da iniciativa, principalmente por sentimentos de culpa.

Em relação aos pais, é necessário observar o quanto são capazes de ajudar a criança a canalizar construtivamente suas energias, ou o quanto acentuam seus sentimentos de culpa e impedem suas iniciativas; o quanto conseguem tolerar e limitar os desafios diretos que a criança faz a eles, ocupando seu lugar de pais e adultos e ajudando a criança a se colocar em seu próprio lugar; se são capazes de impor frustração, mas também de mostrar possibilidades, em especial de crescimento e de desenvolvimento, ajudando-a a construir as bases da ambição adulta; se permitem que ela amplie a esfera de seus contatos, inclusive para buscar apoio entre iguais e novos modelos de identificação.

Quando o modo principal de funcionamento se relaciona a esta fase do desenvolvimento, significa que a criança já pôde percorrer uma parte importante de seu caminho, e atingir uma organização psíquica mais elaborada e desenvolvida, o que, na

maioria das vezes, se relaciona a um prognóstico mais favorável. A intervenção terapêutica, nessas condições, pode ser uma importante oportunidade de ampliar a utilização da brincadeira espontânea, da fantasia, da iniciativa e do espaço, de testar a divisão de papéis e de lugares na relação, e de oferecer à criança novo modelo de identificação. Em geral, os conflitos já estão mais circunscritos e organizados, e o trabalho psicoterápico se focalizará em questões específicas.

#### **4.1.4 Quarto estágio: a idade escolar**

Essa é a idade do início da escolarização formal, da aquisição de noções básicas de trabalho e de testar as próprias competências. Deve-se observar se a criança é capaz de ter a disciplina necessária para se adaptar à aprendizagem formal; se pode, aos poucos, ir desenvolvendo um sentido de produtividade e auto-estima; se é capaz de produzir e realizar, dentro de suas possibilidades; se vai desenvolvendo capacidade de relacionar-se com pessoas diferentes, e de participar de grupos mais amplos; se é capaz de perceber a relatividade das regras, dos papéis e dos comportamentos, e de se adaptar a diferentes contextos; se busca cada vez mais independência, mas é capaz de perceber em que aspectos ainda precisa ser dependente, e aceita este fato; se aceita que não pode estar em igualdade de condições com os adultos, mas procura um lugar valorizado entre seus pares e, portanto, se estabelece uma relação mais realista com os pais e é capaz de cooperar e de competir com crianças de sua idade; se demonstra capacidade de assumir obrigações, de planejamento e de trabalhar em grupo; se continua a ampliar seu círculo de relações e a procurar novos modelos de identificação; se é capaz de investir esforço e energia na busca de metas realistas e socialmente aprovadas, e de aceitar as dificuldades e limitações; se há sentimentos intensos de inferioridade, inércia que limita a produção, necessidade exagerada de competir ou comportamentos excessivamente dependentes e regressivos, se não gosta de estudar e

aprender ou se super-valoriza o sucesso escolar e as obrigações, em detrimento da espontaneidade e da diversão.

Em relação aos pais, se são capazes de ajudar a criança a confiar em suas capacidades, mas permitem dependência quando e nas áreas em que ela ainda é necessária; se valorizam e incentivam a produtividade da criança, e exigem disciplina e compromisso com as obrigações; se aceitam o crescimento do filho e o incentivam; se as exigências são muito elevadas e incompatíveis com as possibilidades da criança, intensificando sentimentos de inferioridade, incentivando a competição exagerada, contribuindo para que a criança exija demais de si mesma ou tenda a regredir para não enfrentar desafios além de suas capacidades; ou se as exigências são insuficientes, e a criança não foi preparada para os desafios desta fase. Aqui, adquirem maior importância outros adultos presentes na vida da criança, especialmente professores, e o contexto escolar e social em que ela vive. Eles também devem ser levados em conta para a compreensão do caso.

O fato desta etapa ter relação direta com a possibilidade de adaptação à escolarização formal não deve levar à falsa ideia de que as queixas escolares necessariamente se vinculam a ela. Sabe-se que parte significativa das crianças que procuram atendimento psicológico o fazem com queixas escolares, mas sabe-se também que, através deste termo genérico, se concentra e se expressa uma grande variedade de dificuldades diferentes. Não estamos aqui estabelecendo uma relação direta entre a fase de desenvolvimento da criança e a queixa apresentada. Embora a escolha do sintoma revele aspectos de um tipo de funcionamento, e embora partamos da queixa trazida pelos pais, ela deve ser compreendida de forma contextualizada, buscando-se seu significado para aquela criança e para aqueles pais em particular. Assim, a queixa é o ponto de partida, mas o que é relevante é o modo de funcionamento psíquico. No caso dele corresponder a este quarto estágio do desenvolvimento, as estratégias terapêuticas serão definidas em função dos conflitos específicos, e os objetivos podem incluir o trabalho com auto-imagem em relação à capacidade de produção, com



relacionamento em grupo, com o esforço necessário para conquistar objetivos, competição com outras crianças, expectativas muito elevadas e padrões muito rígidos de sucesso, entre outras possibilidades.

#### 4.2 PROPOSTA DE UM MODELO PARA ANÁLISE DO MATERIAL CLÍNICO

Tendo em vista o que foi considerado até aqui, vamos propor um referencial para análise psicodinâmica do material clínico colhido nos primeiros contatos com a criança e os pais, levando em conta os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, e visando avaliar a possibilidade de uma psicoterapia breve. Além disso, se esse tipo de intervenção for considerado viável, a análise do material será utilizada também para o planejamento do processo psicoterápico.

Como já foi dito, partimos da queixa, tentando de início compreendê-la o melhor possível, em relação a: histórico, características, frequência, desencadeantes, reações do ambiente. A seguir procuramos conhecer as características principais do caso: a modalidade principal de funcionamento da criança, dos pais, e as características da relação entre eles. Pode-se começar por qualquer um desses aspectos e ir incluindo os demais. Esta configuração do funcionamento ajudará a compreender a queixa e seu significado, e outras queixas manifestas ou latentes, se existirem.

Assim, a partir do material clínico, procura-se identificar:

- As principais dificuldades apresentadas pela criança e pelos pais, e como se manifestam na regulação mútua pais-criança.
- Com que fase do desenvolvimento essas dificuldades se relacionam.
- Quais são as modalidades principais de funcionamento da criança e dos pais, e a que estágios do desenvolvimento elas correspondem.

- Modos secundários de funcionamento e características das outras fases do desenvolvimento.
- Se há conflitos relevantes relacionados a outras modalidades de funcionamento e a outras fases do desenvolvimento. Configuração da relação pais-criança, incluindo qualidade e intensidade das projeções e identificações mútuas.
- Se existe um conflito central identificável que possa, em seus aspectos principais ou em alguns aspectos secundários, ser trabalhado através de uma psicoterapia breve.
- No caso de a PB ser contra- indicada, por que e qual seria, então, a indicação.
- No caso de a PB ser indicada, se ela é a indicação principal ou secundária.
- No caso de não ser possível trabalhar aspectos dos conflitos centrais, se há outros, secundários, cujo trabalho parece indicado.
- Em caso de indicação, planejamento da PB: foco(s), objetivos e estratégias (incluindo forma de atendimento e tipos de intervenção).
- Prognóstico.

Vamos a seguir ilustrar, através de casos clínicos, nossa proposta de análise, não sem antes explicitar o método através do qual esse material foi coletado.

## 5 MÉTODO

Muito se tem discutido sobre as diversas possibilidades de delineamentos metodológicos de pesquisa. Cada vez mais, no entanto, a tendência é de se valorizar não um tipo específico de método, mas a adequação do método ao problema de pesquisa proposto. Na área da psicologia clínica, e especialmente nos trabalhos a respeito de indicação e de processo psicoterapêutico, vários autores têm criticado a adoção de delineamentos experimentais, com controle estrito de variáveis, quando o objetivo é atingir resultados que tenham utilidade na prática clínica naturalista (DULCAN; PIERCY, 1985). A criação de situações muito artificiais impossibilita que os procedimentos possam ser generalizados para um número maior de pacientes, de terapeutas e de situações de trabalho (SELIGMAN, 1995).

Assim, têm sido buscadas novas possibilidades metodológicas que atendam às especificidades desta área de estudos. Esta discussão não é nova. Tardivo (2004) aponta como Bleger, há mais de quarenta anos, alertava para o fato de que o objeto da psicologia é o homem, que só pode ser compreendido como uma totalidade contextualizada. Turato (2003) aborda o que denomina método clínico-qualitativo, utilizado para conhecer e interpretar as significações psicológicas e sócio-culturais que os indivíduos dão aos fenômenos do campo da saúde-doença. A análise intensiva de caso único tem sido uma das possibilidades frequentemente utilizadas (YOSHIDA, 1998) quando o objetivo é atingir resultados que possam ter utilidade direta para o atendimento clínico à população.

Este trabalho utilizará um delineamento de análise qualitativa de material clínico, aplicada a estudos de caso único, uma vez que se pretende que ele contribua para uma melhor utilização da psicoterapia breve infantil em situações clínicas reais de atendimento à comunidade. Dado que os vários aspectos envolvidos nesta modalidade terapêutica constituem uma área de estudos pouco desenvolvida, e de grande complexidade, vamos nos

valer, na análise do material, de nossa própria experiência, e dos referenciais da teoria psicodinâmica, da psicologia do desenvolvimento, dos estudos sobre a dinâmica familiar e sobre a psicoterapia psicanalítica de crianças. Este estudo pretende ser um ponto de partida para outras possibilidades, e para o desenvolvimento de procedimentos de análise que colaborem para a evolução e para o estudo da aplicabilidade da psicoterapia breve de crianças.

### 5.1 PARTICIPANTES

Seis crianças e seus pais, escolhidos aleatoriamente entre os inscritos para atendimento psicológico em clínica-escola, com idades entre 3 e 10 anos, independente de sexo. Utilizou-se apenas, como critério de seleção, a idade das crianças, de tal forma que fossem duas crianças com idades entre 3 anos e 5 anos e 11 meses, duas com idades entre 6 anos e 8 anos e 11 meses, e duas com idades entre 9 anos e 10 anos e 11 meses. Este critério visou possibilitar que o estudo abarcasse diferentes momentos do desenvolvimento infantil. Além disso, as crianças teriam que residir com pelo menos um dos pais, que participou do trabalho, e os horários disponíveis para atendimento, dos pais e das crianças, deveriam ser compatíveis com os horários da pesquisadora. Os pais aceitaram participar da pesquisa, e autorizaram a participação das crianças, fornecendo Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), que incluía a autorização para gravação das sessões em áudio.

A amostra foi composta por três crianças do sexo masculino, e três do sexo feminino. Esta composição foi casual, como indicado nos critérios acima. Todas frequentavam a escola, sendo que as duas mais novas cursavam Educação Infantil, uma delas em escola particular, e outra em escola pública, e as outras quatro cursavam Ensino Fundamental I, todas em escolas públicas. Todas as crianças cursavam séries em relativa conformidade com sua idade cronológica, mas este dado não significa aproveitamento satisfatório, em função do regime de progressão continuada adotado nas escolas em questão.

O grau de escolaridade dos pais variou de Ensino Fundamental I incompleto a Ensino Superior incompleto. Em dois dos casos atendidos, foi possível o comparecimento do pai e da mãe da criança, pelo menos em algum momento do processo. Estes eram os únicos casos em que o casal vivia junto. Em três casos compareceram apenas as mães, sendo que elas não mantinham relacionamento conjugal com os pais das crianças, e eles não estavam tendo, no momento do atendimento, contatos frequentes com elas. Em um dos casos compareceu apenas o pai, que era viúvo.

O quadro 3, abaixo, resume essas características dos casos atendidos.

<b>Caso</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escola- ridade</b>	<b>Situaçã o dos pais</b>	<b>Pais atendidos</b>	<b>Escolarida- de dos pais</b>	<b>Ocupação dos pais</b>
<b>1</b>	masculino	3a. 3m.	educação infantil	separados	mãe	fundamental I incompleto	serviços gerais
<b>2</b>	masculino	4a. 11m.	educação infantil	separados	mãe	superior incompleto	estagiária
<b>3</b>	feminino	7a. 8m.	1ª. série funda- mental	casados	pai e mãe	ensino médio incomp. e compl.	comer- ciantes
<b>4</b>	feminino	8a. 3m.	3ª. série funda- mental	separados	mãe	ensino médio completo	comerciária
<b>5</b>	masculino	9a. 2m.	2ª. série funda- mental	pai viúvo	pai	fundamental I completo	serviços gerais
<b>6</b>	feminino	9a. 11m.	4ª. série funda- mental	casados	pai e mãe	fund.I compl. e fund. II inc.	comer- ciários

Quadro 3 – Características de cada um dos casos da amostra, em relação à criança e aos pais que compareceram ao atendimento.

Um dos casos (caso 5) desistiu no decorrer do processo, deixando de comparecer e não respondendo a nossas tentativas de contato. Apesar da avaliação não ter sido concluída, mantivemos o relato do caso, pois consideramos que o material obtido permitia uma análise parcial e ilustrava uma situação importante, como se verá à frente.

## 5.2 INSTRUMENTOS

A pesquisa foi realizada na clínica-escola de uma Faculdade de Psicologia localizada na região central da cidade de São Paulo.

Foram utilizados um gravador, fitas cassete, folhas de papel sulfite, lápis grafite, lápis de cor, borracha e material lúdico.

Os instrumentos clínicos utilizados foram entrevistas semi-dirigidas, observações lúdicas, desenho livre, Procedimento de Desenhos-Estórias (TRINCA, 1997), entrevistas devolutivas e observações clínicas. Este último instrumento se constituiu na observação cuidadosa de tudo que ocorreu durante o atendimento, pautada não só no referencial teórico psicodinâmico, mas também na experiência clínica da autora. Concordamos com Trinca, A.M.T. (2003), quando ela ressalta que esse é um instrumento fundamental, útil especialmente quando dispomos de poucos recursos. Na verdade, ele influencia desde a coleta de dados até a elaboração e interpretação do material coletado. Quando se utilizam entrevistas semi-dirigidas, a própria condução do trabalho é feita a partir da observação que ocorre no momento do contato. Também em uma observação lúdica ou na aplicação de instrumentos diagnósticos projetivos, a relação que se estabelece com o paciente, as perguntas que são feitas e a maneira de fazê-las, e a participação do psicólogo nas atividades desenvolvidas, tudo é diretamente influenciado pela observação clínica, que inclui a observação dos dados transferenciais e contra-transferenciais.

## 5.3 PROCEDIMENTOS

Inicialmente foi solicitado e formalizado o consentimento da clínica na qual os atendimentos foram realizados, e o projeto de pesquisa foi submetido a Comitê de Ética em

Pesquisa, devidamente regulamentado, tendo recebido parecer favorável (processo CEP/UPM no. 852/03/05).

Em seguida os pacientes foram selecionados entre os inscritos para atendimento psicológico, através da Ficha de Inscrição, levando-se em conta apenas a idade das crianças, o fato de residirem com pelo menos um dos pais, e disponibilidade de horário para atendimento compatível com os horários da autora e das salas da clínica. O contato dos casos com a clínica, até então, tinha sido apenas para a realização da inscrição, feita pela secretaria, através do preenchimento da ficha. Todos foram contatados por telefone, próprio ou de recados, para agendamento da primeira entrevista. Foi solicitado que os pais, ou pelo menos um deles, comparecesse para a primeira entrevista, sem a presença da criança.

Três casos faltaram à primeira entrevista. Foi então marcado um outro horário, e dois desses casos compareceram, tornando possível dar seqüência ao trabalho. O terceiro não compareceu nem retornou o contato, sendo considerado desistente e substituído por outro.

Esta forma de selecionar os casos, sem qualquer informação anterior a não ser os dados de identificação, visou que o procedimento permitisse uma situação natural de atendimento clínico.

Todos os atendimentos foram realizados pela autora, nas salas da clínica-escola, e todos foram gravados em áudio. Nos contatos com as crianças, algumas vezes foram feitas breves anotações, em longos períodos de silêncio, que permitissem transcrever a situação com maior fidelidade.

No primeiro encontro, logo de início, os pais foram informados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa através da Carta de Informação ao Sujeito de Pesquisa e, tendo concordado em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Foram informados de que, caso não concordassem, a entrevista seria realizada da mesma forma, nos moldes de uma entrevista de triagem utilizados habitualmente pela clínica, e o caso seria então encaminhado interna ou externamente para atendimento, também de acordo

com os procedimentos habituais da clínica. Em nenhum dos casos atendidos os pais se negaram a oferecer consentimento para o estudo.

Foi então realizado um diagnóstico breve, com o objetivo principal de se obter uma compreensão que permitisse a avaliação da necessidade e da possibilidade de uma psicoterapia breve, e, em caso positivo, um planejamento terapêutico adaptado às características do caso. Como o objetivo era que os pacientes recebessem um atendimento dentro de um contexto clínico naturalista, os procedimentos não foram padronizados, mas seguiram diretrizes gerais, que incluíam, no mínimo, a realização de:

- duas entrevistas semi-dirigidas com os pais ou com pelo menos um deles
- um encontro com a criança
- entrevistas devolutivas e de encaminhamento, no caso deste ser indicado

Consideramos necessário realizar um mínimo de duas entrevistas com os pais para que pudéssemos não só colher as informações necessárias sobre a criança e sobre os próprios pais, mas também para que um segundo encontro permitisse ter maior segurança sobre as percepções iniciais. Além disso, consideramos importante que os pais pudessem contar com um tempo maior, inclusive para que a situação se tornasse mais conhecida e a relação menos envolvida nas ansiedades do primeiro contato.

Nos encontros com a criança iniciamos sempre com a presença, na sala, de material lúdico, incluindo material gráfico. A quantidade de encontros, que variou de um a três, foi sendo estabelecida no decorrer do processo, de acordo com o que consideramos necessário para a avaliação diagnóstica. Durante as sessões nos utilizamos das estratégias que observávamos ser facilitadoras do contato com cada criança, e facilitadoras de sua expressão, de acordo com suas características. Isso incluiu contato verbal, observação lúdica, desenho livre e, em um dos casos, o Procedimento de Desenhos-Estórias (TRINCA, 1997).

Em função dos objetivos, pretendeu-se que o processo fosse sempre o mais breve possível, sem prejuízo de sua qualidade.



As entrevistas devolutivas, realizadas com os pais e com as crianças, tiveram o intuito de ser interventivas, no sentido de discutir a compreensão diagnóstica, trabalhar o que fosse possível no momento e oferecer encaminhamento compatível com as necessidades. As devoluções para as crianças não foram feitas em uma entrevista específica, mas no final do último contato que tivemos com elas. Este procedimento visou reduzir o número de encontros ao mínimo necessário.

Apresentamos a seguir, no Quadro 4, quantos e com quem foram feitos os atendimentos em cada um dos casos clínicos.

<b>Caso</b>	<b>Entrevistas: no./ com quem</b>	<b>Contatos com a criança</b>	<b>Entrevista devolutiva</b>
<b>1</b>	duas com a mãe	um	mãe
<b>2</b>	duas com a mãe	um	mãe
<b>3</b>	duas com a mãe	dois	pai e mãe
<b>4</b>	duas com a mãe	três (um deles para o Procedimento de Desenhos- Estórias)	mãe
<b>5</b>	duas com o pai	um	---
<b>6</b>	uma com o pai uma com a mãe	dois	pai e mãe

Quadro 4 – Número de atendimentos realizados com cada um dos casos clínicos estudados.

#### 5.4 ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL CLÍNICO

Como relatado acima, todos os atendimentos foram gravados em áudio, e foram realizadas algumas anotações nos contatos com as crianças, em períodos de silêncio, para

garantir maior fidelidade de registro. As fitas foram transcritas, mas não seria possível apresentar aqui todo o material original, em virtude de seu grande volume, e também do compromisso ético de não divulgar informações que poderiam levar à identificação dos participantes. Assim, o material foi resumido e organizado, de forma a facilitar a leitura e compreensão de cada um dos casos.

## 6 CASOS CLÍNICOS

A seguir serão apresentados os seis casos clínicos estudados, na seqüência crescente da idade cronológica das crianças. Atribuímos nomes fictícios às crianças e aos pais e mães. Para facilitar a leitura e a memorização, esses nomes seguiram ordem alfabética: começam com a letra “A” no caso 1, com a letra “B” no caso 2, e assim sucessivamente. Os dados ou situações que pudessem identificar as pessoas envolvidas foram modificados ou omitidos, procurando-se sempre manter a possibilidade da compreensão clínica do caso. As citações literais de falas da criança ou dos pais estão colocadas entre aspas.

Não se pretende, na breve apresentação de cada caso, abarcar toda a riqueza de dados, nem a compreensão integral das situações, esta sabidamente impossível de ser atingida. Focalizados em nosso objetivo, vamos nos ater às informações que consideramos mais relevantes, e buscar a compreensão dos aspectos centrais.

Inicialmente informamos dados gerais sobre a criança e os pais: idade, nível de escolaridade, profissão. A seguir é relatada a queixa e como se configura a constelação familiar da criança. No item sobre o histórico são resumidas as principais informações sobre a história de vida do pai, da mãe e da criança. Em alguns casos há o acréscimo de mais algum item, além destes, quando informações específicas se mostraram relevantes, como no caso de dados sobre os irmãos da criança, ou de nosso contato com ela.

A seguir é feita a análise do caso, dividida inicialmente em compreensão sobre os pais, sobre a relação pais-criança e sobre a criança. Segue-se uma conclusão, em que são levados em conta os parâmetros do desenvolvimento, e é avaliada a indicação para psicoterapia breve e o planejamento psicoterápico.

## 6.1 CASO CLÍNICO 1 – ABEL

Idade: 3 anos e 3 meses.

Escolaridade: educação infantil.

Mãe: Alice, 34 anos, auxiliar de serviços gerais, ensino fundamental I incompleto.

Pai: a mãe prefere não dar nenhuma informação sobre ele, alegando que seu nome nem consta da certidão de nascimento da criança.

**Queixa:** “Retardamento na fala, é muito desligado, não presta atenção, é agressivo”. A mãe relata ainda que ele tem dificuldades em aceitar limites e que tem fases em que chora por qualquer motivo.

**Constelação familiar:** Abel mora com a mãe e o meio-irmão de 6 anos, filho de uma união anterior da mãe. Viu o pai poucas vezes e, segundo a mãe, para ele é um estranho. O último contato com o pai foi há seis meses.

### **Histórico**

**Pai:** Segundo a mãe, o pai da criança vem de uma família desestruturada, na qual todos são alcoolistas. Quando o conheceu estava numa situação muito difícil, desempregada e com uma criança pequena, seu primeiro filho. Ele se propôs a ajudá-la, iniciaram um relacionamento e, durante dois anos, a mãe acha que ele foi uma pessoa excelente. Mas, aos poucos, foi percebendo que ele era alcoolista, muitas vezes não cumpria seus compromissos de trabalho, e o relacionamento do casal foi piorando. Brigavam muito, e ela resolveu se separar, mesmo estando grávida de dois meses. Não sabe se foi o melhor momento, mas acha que foi melhor assim. Pediu que ele saísse de casa, e ele disse que então não tinha filho nenhum, e não apareceu mais até o bebê ter 5 meses. A mãe acha

que, após a separação, ele se desestruturou totalmente. Quando reapareceu mostrou-se disposto a ajudar e sustentou a criança por 4 meses, prometendo registrá-la, mas sumiu novamente. Tem sido assim até hoje, e a mãe prefere não contar com ele, já que seu comportamento é muito instável.

**Mãe:** A mãe, Alice, nasceu na zona rural do Nordeste, onde viveu até os 9 anos com os pais e os 7 irmãos. Era a quinta filha, na ordem de nascimento. Trabalhava o dia todo na lavoura desde os 6 anos, como todas as crianças da família, ajudando a plantar, “porque se não plantasse também não comia”. Sua mãe, segundo ela, sempre foi muito “dramática”, achando sempre que ia morrer, que estava doente, só via problemas e fatos negativos. Sempre foi assim, e continua até hoje. Gostaria que a mãe viesse morar com ela, porque poderiam se ajudar mutuamente, mas ela se recusa, porque não gosta de São Paulo, do tempo frio, de apartamento. Seu pai morreu há 8 anos. Quando estava com 9 anos Alice decidiu que queria morar com a tia na cidade, para estudar, porque a escola na zona rural era muito distante. Mesmo contra a vontade dos pais, insistiu tanto que eles acabaram concordando. Segundo ela, quando quer uma coisa, faz e pronto, não adianta tentarem impedir. Na casa da tia podia apenas brincar e estudar e visitava os pais a cada uma ou duas semanas, por isso diz que não sentia falta deles. Repetiu duas vezes a 1ª. série e, após cursá-la pela terceira vez, desistiu de estudar porque não tinha mais paciência, considerando que já tinha aprendido bastante, para quem antes não sabia nada. Aos 15 anos começou a trabalhar como babá, e aos 20 anos veio para São Paulo, morar com um irmão. Trabalhava a semana toda como empregada doméstica, dormindo no emprego, e nos fins de semana ia para o apartamento que o irmão dividia com um amigo. Dois anos depois foi viver com um companheiro. Acha que foi precipitada, podia ter aproveitado muito mais a vida. O companheiro não gostava que ela trabalhasse, o que era motivo de brigas, porque ela nunca gostou de depender de ninguém. Viveram juntos por 8 anos,

tiveram um filho e, quando a criança estava com 2 anos, o casal se separou porque ela descobriu que ele lhe contara muitas mentiras e, inclusive, já era casado. Esse companheiro mantém contato regular com o filho até hoje, passa férias e fins de semana com a criança e paga pensão alimentícia. Após essa separação a mãe conheceu o pai de Abel e foram viver juntos. Já no início da gestação do paciente o casal se separou. A mãe passou uma gravidez difícil, sozinha. Quando a criança nasceu foi demitida do emprego e teve que dar um jeito de sobreviver e de sustentar os filhos com trabalhos informais por cerca de um ano e meio, até arrumar outro trabalho fixo. Atualmente trabalha como auxiliar de limpeza e, há pouco tempo, precisou mudar o horário de trabalho, o que faz com que, atualmente, fique muito pouco com as crianças. Por isso dedica a elas todo o tempo no domingo, único dia em que podem ficar juntos. Diz que atualmente se preocupa apenas com elas e com o trabalho, porque já se decepcionou duas vezes com seus relacionamentos e não está disposta a novas experiências agora. Dois dos irmãos da mãe morreram assassinados, um deles quando ela estava no 7º. mês da gestação do paciente. Era o caçula, e a mãe diz que, se acreditasse em reencarnação, diria que Abel é a reencarnação desse tio, porque é idêntico a ele: teimoso, faz que não escuta quando falam com ele, faz o que quer. O tio veio para São Paulo contra a vontade de todos; quando queria uma coisa e não deixavam, ele fugia. Metia-se em confusões, em brigas, era muito atirado. Acha que Abel é assim e tem dificuldade de controlá-lo, também porque evita bater, uma vez que tem medo de se descontrolar e bater demais. Isso nunca aconteceu, mas prefere evitar.

**Abel:** nasceu de uma gravidez não planejada e não desejada, segundo a mãe porque o relacionamento do casal não estava bom, o pai estava bebendo muito e ela tinha acabado de conseguir um bom emprego. Ela ficou muito abalada, ingeriu substâncias que lhe indicaram para ver se abortava, mas não adiantou. Passou uma gestação muito difícil,

sozinha. Abel nasceu muito grande, o parto foi demorado e doloroso. Mamou no peito até os 4 meses, época em que foi para a creche e não quis mais mamar. Mesmo que o leite materno fosse dado na mamadeira, ele tinha náuseas e às vezes vomitava. A mãe se sentiu muito aborrecida por ele preferir o leite em pó ao seu leite. Os dentes começaram a nascer quando ele tinha cerca de 8 meses, e nasceram vários de uma vez, o que causou grande incômodo à criança. Andou com 1 ano e 5 meses, o que a mãe considera tarde. Começou a falar na mesma época, e fala errado até hoje, troca muitas letras. Tirou as fraldas com 1 ano e 8 meses, segundo a mãe sem dificuldades. Não aceita um não, quer as coisas das outras crianças. Tem fases em que está agressivo, bate nos colegas da escola, fases em que chora por qualquer motivo, e fases em que está mais independente. A mãe acha que é preciso ser firme com ele, e que perto dela ele é pior, porque convivem pouco. Deixou a chupeta há pouco tempo. Tinha várias, e as jogava pela janela, então a mãe deixou de comprar e elas acabaram. A mãe está tentando tirar a mamadeira, mas está muito difícil. Tem bronquite há cerca de 2 anos, e passa muito tempo doente e tomando remédios por causa disso. Viu o pai pela última vez há 6 meses, e não quis se aproximar dele. Segundo a mãe, o único pai que conhece é seu padrinho. Quando o pai de seu irmão vem buscá-lo, Abel o chama de pai, e não entende por que não pode ir junto com o irmão.

### **6.1.1 Análise do Caso**

#### **Pais**

Com o pai não foi possível ter contato, nem sequer saber seu nome, uma vez que a mãe não quis dar essa informação. Além disso, ela considerou impossível tentar uma entrevista com ele, uma vez que não têm contato há mais de 6 meses. A figura paterna fica, assim, caracterizada por sua ausência, e referida pela mãe como instável, “alguém com quem não se pode contar”.

A mãe teve uma história de vida bastante difícil: sendo parte de uma prole numerosa, e vivendo num contexto social extremamente carente, tudo indica que sua própria mãe sempre teve características depressivas. Num ambiente em que as relações interpessoais eram superficiais e as energias estavam voltadas para a luta diária pela sobrevivência, não houve tempo para ser criança, nem espaço para ser dependente, nem continência para os sentimentos. O que permitiu a ela alterar seu destino e mudar o rumo de sua vida foi aquilo que ela chama de sua teimosia, seu inconformismo e sua insubordinação. “Sempre fui muito teimosa... Sou muito persistente, quando quero uma coisa tenho que ir até o fim; se não deixar eu fujo.” “Quando eu quero eu vou mesmo, não adianta. Não pra mim é sim.” A necessidade de ter que se utilizar intensamente da própria agressividade para sobreviver, e o fato de sentir que não conseguiam controlá-la, desde criança, geraram certo receio de sua própria raiva. Esse receio contribui para que se separe e se afaste das pessoas que a decepcionam, como fez com os dois companheiros e com as irmãs, e para que evite assumir sua autoridade junto ao filho, especialmente quando sente raiva: “Prefiro não bater, porque senão não vou parar mais.”

Quanto aos relacionamentos interpessoais, guarda uma expectativa negativa, esperando ser enganada ou, pelo menos, não ser atendida em suas necessidades. Em função disso tende a enxergar muito mais a ausência de disponibilidade do outro do que o oposto. Por exemplo, quando o paciente nasceu, contou com a ajuda do ex-companheiro, que ficou com seu filho mais velho enquanto ela esteve hospitalizada, de uma amiga que a levou ao hospital e de vizinhas que a auxiliaram nas tarefas domésticas, mas sente que ficou sozinha para dar conta de tudo, “porque nessas horas os amigos desaparecem”. Para evitar decepções, nega suas próprias necessidades e sentimentos, evitando qualquer tipo de dependência, material ou emocional: “sempre fui dependente de mim mesma, nunca fui de depender de ninguém”. Na transferência, esse padrão de relacionamentos aparece numa tentativa de afastamento afetivo, numa tendência a amenizar os problemas e os sentimentos difíceis, e até na omissão de certos



dados pelos quais imagina que poderia ser criticada, como o fato de deixar as crianças sozinhas em casa até voltar do trabalho. Este dado só apareceu na entrevista devolutiva, após uma aproximação maior de seus sentimentos.

Assim, Alice é uma pessoa que sempre precisou ser forte. Desde pequena, teve que literalmente plantar sua própria comida e aprendeu a não esperar ajuda, e, de preferência, nem sequer desejá-la. Por outro lado, não sabe até onde pode ir com sua força, e que prejuízos pode causar a si mesma e aos outros, se não souber controlá-la.

### **Relação mãe-criança**

A forma como a mãe apresenta a criança revela, já de início, certa ambivalência de sentimentos: "... é o comportamento do meu filhotinho... é uma criança ativa, até demais... fica muito agressivo...". A expressão "filhotinho" enfatiza o fato de ser pequeno e dá certa impressão de fragilidade, e a seu lado vem uma idéia de ativo demais e agressivo. A história mostra que a gravidez não foi desejada, a mãe fez várias tentativas de aborto, e ainda hoje deixa claro como a existência da criança traz dificuldades e complicações para sua vida. Ao mesmo tempo, mostra-se extremamente disponível, dizendo dedicar aos filhos todo o seu tempo livre, afirmando que eles são a prioridade e que não pensa em nada para si mesma.

A ambivalência mais visível, no entanto, se refere às semelhanças que a mãe vê entre ela mesma e a criança, e principalmente entre seu irmão caçula, já falecido, e a criança (que também é o filho caçula). Esta semelhança se refere a uma marcante autonomia, ou às vezes teimosia, a se fazer só o que se quer, e inclui boa dose de agressividade. Estas características representam para a mãe a possibilidade que teve de mudar seu próprio destino, tirando-a de uma vida extremamente limitada e sofrida, no interior do Nordeste, para trazê-la primeiro para a cidade e depois para São Paulo. Mas representam também a condenação de seu irmão à morte prematura. Estes aspectos do tio materno, que foi assassinado quando a mãe estava no sétimo mês de gestação, são intensamente projetados em Abel, a ponto de a mãe dizer que

teria motivos para acreditar que ele seria a reencarnação do tio, se ela acreditasse em reencarnação. Levam à criança a dupla mensagem de que ela seja auto-suficiente, lute por seus desejos e necessidades, e ao mesmo tempo seja pequena (o filhotinho), obediente e comportada.

No entanto, a possibilidade de ser pequeno e dependente traz outros riscos: a própria mãe não teve experiências positivas de dependência (teve, desde muito cedo, que “plantar sua própria comida”), assim como a criança, que desde muito cedo foi cuidada por várias pessoas, enquanto a mãe trabalhava, e até hoje pode contar muito pouco com ela no seu dia a dia.

Assim, na relação da mãe com a criança transparecem dois conflitos principais: o conflito entre a dependência, que traz grande risco de abandono e insatisfação, e a independência e autonomia, que leva à solidão; e o conflito em relação à agressividade, necessária para lutar pela vida e pela própria sobrevivência, mas arriscada pela possibilidade de destruição, em relação ao outro e a si mesmo.

## **Criança**

O primeiro sinal que eu tive da presença de Abel foi um choro alto e forte. Ao chegar à sala de espera encontrei-o em pé, parado, com a mãe sentada a seu lado, dizendo que ele estava com medo. Ele não olhava para nada e não esboçava nenhuma reação a não ser chorar; não tentava sair, não utilizava a mãe para se agarrar ou se esconder, nem para se proteger. Se ele estava com medo, isso demonstrava que não tinha boas expectativas em relação ao nosso encontro, mas não conseguia utilizar nenhum recurso para se defender ou proteger, a não ser o mais primitivo deles: o choro. Só quando o convidei a entrar fez um movimento corporal de evitação e aceitou vir apenas na companhia da mãe. Dentro da sala, seu relacionamento comigo passou por várias etapas: inicialmente tentou evitar qualquer contato, não me olhava, agia como se não me escutasse, mas se interessou pelos brinquedos e passou a utilizar a mãe como refúgio, permanecendo em seu colo ou recostado nela. Em um segundo momento

começou a falar, mas exclusivamente com a mãe. Sua fala mostrou-se então bastante semelhante à de um bebê, pouco inteligível. Na fase seguinte passou a dar sinais de que me escutava, mas o sinal era sempre um não. Independente do que eu dissesse, acenava “não” com a cabeça.

Durante todo esse período da evitação do contato e da reação negativista, a mãe mostrou-se bastante ansiosa, incentivando-o a utilizar os brinquedos e a se afastar dela. Depois tentou demonstrar as capacidades intelectuais da criança, perguntando insistentemente os nomes das cores e de objetos. Finalmente, tentou afastá-lo fisicamente, usando como justificativa o fato dele ser pesado, a estar machucando e deixando sua perna dolorida. Mais uma vez fica aparente a dificuldade da mãe de ser continente da própria ansiedade, e, portanto, da ansiedade da criança, e de possibilitar a dependência, e fica explicitada a idéia de que ele é “pesado” para ela.

Com o passar da sessão Abel conseguiu ir ficando mais à vontade e começou a tomar iniciativas. Então demonstrou persistência, grande interesse por alguns brinquedos (especialmente pela dificuldade de que todos os carrinhos coubessem dentro da carroceria do caminhão-cegonha), e habilidade motora. Sua atividade, no entanto, mostrou-se simples e repetitiva, muito pouco elaborada, mesmo para uma criança de 3 anos.

### **6.1.2 Conclusão**

Se utilizarmos como referencial a teoria de Erikson (1950/1976), podemos observar que as dificuldades na regulação mútua mãe-criança começaram já no início da vida do bebê, comprometendo o desenvolvimento da primeira modalidade social, o “obter”. Podemos observar ainda que essa é uma dificuldade que atravessa as gerações, uma vez que a própria mãe viveu com sua mãe a mesma dificuldade, e não pôde experimentar uma relação satisfatória de dependência. Isto levou a prejuízos no desenvolvimento do sentimento básico

de confiança (prejuízo observado na mãe e na criança), e de esperança no futuro, e a tentativas de controlar por compulsão. O desenvolvimento da segunda modalidade social, o “tomar”, aparece também com características semelhantes na mãe e na criança. É uma maneira mais direta e ativa de tentar obter o que não foi dado espontaneamente, utilizada por ambas de forma intensa. O inconformismo e a insubordinação às normas e aos limites, exacerbados pela necessidade de tentar tomar para si o que se quer, são alguns dos principais aspectos projetados pela mãe na criança, e constituem parte importante da ambivalência que permeia a relação entre elas, na vertente dependência-independência.

A segunda fase do desenvolvimento é a anal-uretral ou muscular. Observa-se no material clínico que as dificuldades vividas pela mãe e pela criança na fase anterior se estenderam para essa fase. A falta de confiança no outro faz com que a própria autonomia tenha que ser intensamente reafirmada, e há então um predomínio exagerado da impulsividade obstinada, que prejudica tanto o auto-controle quanto a utilização da agressividade de forma mais adaptativa.

Assim, podemos identificar, tanto na mãe quanto na criança, um conflito central, relacionado com dependência-independência, que resulta em sentimentos de desconfiança nas relações inter-pessoais e está relacionado com a primeira fase do desenvolvimento. A ele se vincula um conflito derivado, ligado à segunda fase do desenvolvimento, entre a autonomia e a insegurança, que se expressa através de teimosia obstinada e dificuldades de lidar com a agressividade.

Na criança, esses conflitos principais aparecem através de medo e desconfiança frente ao outro, dificuldade de aceitar o que é dado e atitude negativista. Na mãe, em tentativas de negar suas necessidades, em especial de dependência e vinculação.

Os principais aspectos positivos que podem ser observados no caso dizem respeito ao fato da mãe trazer a criança para atendimento em idade precoce, quando o desenvolvimento não sofreu ainda prejuízos mais graves, numa demonstração de afeto e cuidado. Além disso,

observa-se que, apesar do predomínio do sentimento de desconfiança, tanto na criança quanto na mãe, ele vai aos poucos arrefecendo no decorrer do atendimento, numa demonstração de alguma flexibilidade e abertura para mudança. Tanto a mãe vai podendo falar mais abertamente do que se passa com ela e de suas falhas, o que a princípio não ocorria, quanto a criança, no decorrer da observação lúdica, vai aos poucos se mostrando menos assustada, aproximando-se do material oferecido e conseguindo brincar.

Consideramos, portanto, que há possibilidade de realizar um trabalho de psicoterapia breve, uma vez que existem dificuldades significativas necessitando de uma intervenção, que há condições para o estabelecimento de uma relação terapêutica e alguma abertura para mudança, e que esta pode ocorrer num espaço de tempo breve. Com base na compreensão do caso, o planejamento da psicoterapia envolve:

**FOCO:** tanto para o atendimento da mãe quanto para o da criança: desconfiança nas relações inter-pessoais e dificuldades quanto à disposição receptiva. Como foco secundário, podem ser consideradas as conseqüentes teimosia e dificuldade em relação a limites.

**OBJETIVOS:** devem incluir ajudar a mãe a reconhecer sua capacidade de dar afeto e cuidado, e a ampliar sua capacidade de acolher a dependência; desenvolver condições para a criação de um vínculo confiável com o terapeuta, que possibilite à mãe e à criança modificar, pelo menos em parte, suas expectativas negativas em relação ao outro. Secundariamente, trabalhar com a possibilidade de suportar limites e frustração, e, com a mãe, também de impô-los.

**ESTRATÉGIA:** Quanto à forma do atendimento, sessões individuais com a mãe, intercaladas com sessões conjuntas com a criança, até que esta seja capaz de permanecer sozinha com o terapeuta, quando poderá então ter algumas sessões individuais, visando incrementar a discriminação entre ambas. Quanto aos tipos de intervenção, no caso da mãe: vincular os conflitos atuais com sua origem histórica, favorecendo a compreensão de suas próprias

necessidades e das da criança, além de intervenções de esclarecimento, acolhimento e encorajamento para elaborar. Em relação à criança: predominantemente intervenções de acolhimento e encorajamento, e de contenção da agressividade e da impulsividade, quando necessário. Não pretendemos estabelecer a priori o número de sessões, porque esta é uma questão a ser resolvida de acordo com as condições em que ocorrerá o atendimento. Se houver limites externos, determinando o número máximo de encontros (como no caso de serviços-escola ou de seguros-saúde), isto deverá ser considerado no planejamento. Se não, pode-se trabalhar em função dos objetivos propostos, utilizando o número necessário de sessões.

**DIFICULDADES PREVISTAS:** espera-se alguma dificuldade no estabelecimento da aliança terapêutica, tanto com a mãe como com a criança, em virtude dos sentimentos de desconfiança e das expectativas negativas, mas os contatos iniciais sugerem que há flexibilidade para mudança. Prevê-se o surgimento de situações em que será necessário trabalhar com limites e frustração, durante o processo, e deve ser dada atenção especial a elas, para que o estabelecimento de limites não seja confundido com confirmação das expectativas negativas e da desconfiança. Esse cuidado será uma preparação para a fase de elaboração do término do processo, na qual essa questão do abandono e da desconfiança tem grande chance de ser bastante mobilizada.

**PROGNÓSTICO:** se houver possibilidade de desenvolver um relacionamento positivo, especialmente com a mãe, o prognóstico se mostra favorável, em vista da possibilidade de se estabelecer uma área focal a ser trabalhada, e de alguma flexibilidade para mudança, observada durante as sessões.

## 6.2 CASO CLÍNICO 2 - BRUNO

Idade: 4 anos e 11 meses.

Escolaridade: educação infantil.

Mãe: Beatriz, 25 anos, estagiária, superior incompleto.

Pai: Bento, 23 anos, técnico especializado, ensino médio incompleto.

**Queixa:** Pede muito para ver o pai, a quem é muito apegado. Os pais se separaram há quase três anos e o pai, aos poucos, foi se afastando, e hoje praticamente não o procura mais. Às vezes Bruno chora e diz que não gosta mais da mãe; ela acha que ele a culpa pelo afastamento do pai. Nessas ocasiões precisa deixá-lo chorar um pouco, senão ele fica ainda mais nervoso; depois, devagar, ela se aproxima, o abraça e conversa com ele, tentando justificar que o pai trabalha muito.

**Constelação familiar:** Bruno é filho único, os pais estão separados, e ele mora com a mãe e a avó materna.

### **Histórico**

**Pai:** Os dados foram fornecidos pela mãe, uma vez que o pai, Bento, não compareceu ao atendimento. Segundo ela, o pai de Bento é estrangeiro e, quando se casou, foi morar com a esposa em seu país de origem. O relacionamento do casal não era bom, e ele a agredia fisicamente. Ela suportou a situação até poder voltar ao Brasil e se separar, para garantir a guarda dos filhos. Atualmente Bento tem muito pouco contato com seu pai e não gosta de sua presença. Beatriz considera que Bento é uma pessoa honesta, trabalhadora, boa, tranqüila. No entanto, tem alguns comportamentos estranhos, não sabe se devido ao

ambiente familiar turbulento e agressivo que teve quando criança. Acha que ele é sempre “meio depressivo”, e se esconde dos problemas.

**Mãe:** Os pais de Beatriz se separaram quando ela ainda era um bebê, e ela e sua mãe foram morar com seus avós maternos. Ela é filha única de sua mãe; seu pai se casou quatro vezes, e teve mais dois filhos. Durante sua infância sua mãe trabalhava e estudava, e quem cuidava dela era a avó, a quem é muito apegada até hoje. Com a mãe o relacionamento sempre foi difícil, acha que ela tentava compensar a falta de atenção com presentes, e ainda faz isso. Teve muito pouco contato com o pai, que morava em outro estado, e chegou a ficar três anos sem vir vê-la. Ele morreu quando ela estava com oito anos, em um acidente, e ela ficou sabendo por sua mãe, vários dias depois, porque não conseguiram avisá-los antes. Acha que não entendeu bem, porque nunca tinha tido contato com morte, e o pai já era muito distante. Pouco tempo depois os avós se separaram. Chamava o avô de pai, mas ele também era distante, intolerante e pouco afetivo.

Aos 11 anos foi morar com a mãe, que se casara novamente, mas o relacionamento continuava difícil, porque sua mãe, segundo ela, é nervosa, implica com tudo, interfere, briga por qualquer coisa. O padrasto tentava conciliar as coisas, mas foi embora quando Beatriz tinha 17 anos.

Quando estava terminando o ensino médio e namorando há quase um ano, engravidou. Nunca tinha tido contato com crianças, então foi ler, se informar, conversava muito com a mãe do namorado. Sua mãe reagiu muito mal, não queria o bebê em sua casa, por isso Beatriz foi morar na casa do namorado. Acha que foi sua única alternativa, e não uma escolha. Embora se sentisse muito bem tratada, e tivesse um relacionamento bom com o namorado, não conseguia corresponder aos sentimentos dele. Depois que o bebê nasceu, acha que teve depressão puerperal. Durante quase um ano cuidava só do bebê, mas não se interessava por mais nada, ficava muito tempo na cama. Sentia-se sem perspectivas, não



trabalhava nem estudava, porque precisava cuidar do bebê, e dependia financeiramente de seu companheiro.

Quis ir morar em outro estado, e lá passou um período mais tranquilo, e resolveu que queria mesmo se separar. Voltou para São Paulo e tentou morar sozinha, voltou a estudar e trabalhar, mas não conseguiu se manter; tentou, por um período de cerca de três meses, deixar Bruno com o pai durante a semana, mas não agüentou ficar longe dele, então voltou a morar com sua mãe, com quem continuou tendo um relacionamento difícil.

Está namorando há dois anos, mas acha que ela e o namorado devem ter uma situação financeira estável antes de se casar, porque, se não der certo, cada um deve poder se manter. Acha que agora planeja mais sua vida, porque não pode pensar só em si mesma, tem que pensar no filho.

Considera-se uma pessoa um pouco insegura, que tem certa dificuldade de relacionamento e de se expor, e que precisa de terapia, mas está pensando primeiro nas necessidades de Bruno.

**Bruno:** A gravidez não foi planejada, mas, segundo a mãe, não houve dúvida em assumi-la. A mãe tinha 20 anos e o pai, 18. A avó materna não aceitou a gravidez, e o casal foi morar com a avó paterna, que recebeu muito bem a mãe. O parto foi demorado, a deixaram esperando no hospital, até que ela chamou um médico particular, que disse que já estava passando do tempo, e fez cesariana. A mãe tinha medo de cirurgia, então ficou muito nervosa e teve que tomar anestesia geral. A criança nasceu bem, com tamanho e peso normais. A mãe diz que não tinha experiência de contato com crianças, mas acha que, instintivamente, não teve dificuldades para lidar com ele. Gostava de amamentar, mas o leite era insuficiente, e o bebê chorava de fome; precisou complementar com mamadeira, e, após um mês, ele recusou o aleitamento materno. Bruno andou com 11 meses e falou com quase três anos, e até hoje troca algumas letras. O controle esfinteriano foi

estabelecido também por volta dos três anos, quando começou a falar e pedir para ir ao banheiro. Ainda apresenta enurese noturna, mas raramente. Às vezes dorme na cama da mãe.

Logo após a separação, por cerca de 3 meses, Bruno ficava com o pai durante a semana e com a mãe nos fins de semana, porque ela voltou a trabalhar e estudar, e morava sozinha. Depois foi morar com a mãe e a avó materna. O pai vinha buscá-lo nos fins de semana, mas aos poucos foi se afastando, e Bruno sente muito a sua falta, às vezes acorda chorando e chamando por ele. Se a avó paterna ou a mãe tentam falar com o pai sobre isso, ele fica nervoso e não aceita. Então, a mãe não sabe o que fazer; às vezes diz à criança para cobrar o pai, às vezes justifica que ele trabalha muito.

Bruno foi para a escola aos 2 anos, inicialmente em período integral, mas a mãe achou que não estava sendo bem cuidado, então o colocou em meio período e contratou uma babá. Ele sempre gostou da escola. Agora não está querendo ir, mas a mãe acha que é porque o tirou de uma escola da qual ele gostava, porque a mensalidade estava muito cara.

Tem um relacionamento muito bom com o namorado da mãe, com quem conversa, brinca, e obedece mais do que a ela. A mãe acha que a avó materna o mimia demais, deixa que ele faça o que quer e contraria suas ordens. Segundo a mãe, Bruno é uma criança carinhosa, mas é teimoso e mal-criado.

**Contato com a criança:** Bruno mostrou-se interessado pelas coisas ao seu redor e muito acessível ao contato. Aceitou prontamente meu convite para ir à sala de atendimento e, lá dentro, interessou-se pelo material e o utilizou com espontaneidade. Respondeu às minhas perguntas, tomou iniciativa para brincar e para conversar, e demonstrou capacidade de se adaptar aos limites da situação.

### 6.2.1 Análise do caso

#### Pais

A história desta família se caracteriza por pais ausentes ou muito distantes. Os avós paternos de Bruno tiveram um relacionamento conflituoso, separaram-se, e o avô vive até hoje muito afastado. Os avós maternos também se separaram, o avô se mudou para longe e morreu quando a mãe de Bruno ainda era uma criança. Ela chamava seu avô materno de pai, e ele também se separou da esposa (bisavós de Bruno), e era uma figura distante. Beatriz teve ainda um relacionamento positivo com seu padrasto, que também se separou e se afastou. Assim, os pais de Bruno, como ele, não contaram com a presença constante de seus pais durante seu desenvolvimento, e nem com figuras substitutas estáveis.

Pouco sabemos sobre o pai desta criança. A mãe o considera uma boa pessoa, relata que ele sempre foi muito atencioso com ela e era muito ligado a Bruno durante sua primeira infância, mas se afastou e não admite que lhe cobrem maior proximidade e participação na vida da criança.

A mãe se considera insegura e “fechada”. De fato, nas entrevistas, ela falou pouco e seus relatos eram bastante sintéticos. Não pareceu que estivesse em uma postura defensiva relacionada especialmente àquela situação, mas sim que este é seu modo habitual de se colocar. Tem um relacionamento difícil com sua própria mãe, mas acha que encontrou na avó o afeto que precisava. Tem aspirações de crescimento pessoal e independência, até agora não concretizadas, mas está lutando por seus objetivos profissionais e financeiros, que foram interrompidos pela gravidez. Mostrou ser uma pessoa sensível, capaz de observar a si mesma e ao outro, e de refletir. Admitiu suas dificuldades e denotou ser capaz de procurar e de aceitar ajuda, embora isto a faça se sentir um pouco diminuída. Demonstrou não se sentir segura nos relacionamentos amorosos, e alguma preocupação em não ser financeiramente dependente, para não ficar presa ao outro, o que tem ocorrido até hoje.

### **Relação pais-criança**

Há sinais claros de que a relação entre o pai e Bruno foi muito positiva durante os três primeiros anos, e parece ser este, inclusive, o principal motivo pelo qual a criança sente tanta falta do pai. Foi, no entanto, uma relação de aproximações e afastamentos, em que, em períodos alternados, ele via o pai apenas nos finais de semana, ou passava toda a semana com ele. Não se conhecem os motivos do atual distanciamento, mas é evidente o sofrimento que isto tem trazido à criança.

A relação de Bruno com a mãe sempre se revestiu de muitos aspectos positivos, desde o início. Embora a gravidez tenha sido inesperada e não desejada, e ela não tenha recebido apoio de sua família, parece ter conseguido lidar bem com a situação, e estabeleceu com Bruno uma relação de afeto e atenção. Ela mesma diz que “foi instintivo”. Sempre esteve atenta aos cuidados com ele, mesmo quando, no período pós-parto, sentia-se desanimada para cuidar de qualquer outra coisa. Embora a gravidez e o nascimento de Bruno tenham interrompido seus estudos, seu trabalho e seus projetos de maior independência, não demonstrou ter se sentido lesada por isso, nem o culpou por suas perdas. Pelo contrário, tudo indica que usufruiu com prazer da maternidade e discriminou suas insatisfações pessoais da relação com o bebê, e que até agora acompanhou de perto o seu crescimento, oferecendo-lhe condições favoráveis.

A principal dificuldade que a mãe trouxe foi a de não saber como ajudar Bruno na questão do distanciamento do pai. Ela mesma, durante sua infância e adolescência, sentiu muita falta de seu pai, e acha que ele se afastou por culpa de sua mãe. Como foi por sua própria iniciativa que se separou do pai de Bruno, sente-se culpada pelo sofrimento do filho. Identifica-se, por um lado, com sua própria mãe, e teme que o filho a culpe e sinta por ela a raiva que sentia; por outro lado, identifica-se com o sofrimento da criança, que considera semelhante ao seu, mas, vendo-se como culpada pela separação, não se sente capaz de ajudá-lo. No entanto, permite que ele expresse seus sentimentos, tanto de tristeza quanto de raiva,

fica a seu lado e o acolhe quando isso acontece, e oferece a ele possibilidades de desenvolver outros relacionamentos significativos. A ajuda possível, portanto, está sendo fornecida, mas não elimina o sofrimento trazido pela perda que a criança vivencia.

### **Criança**

Bruno é trazido para atendimento sem uma queixa específica; não há um sintoma ou um comportamento considerado desadaptativo ou inadequado, ou uma dificuldade que seja o motivo da procura. O fato dele chorar ou ficar bravo com a falta do pai não é considerado, em si, inadequado ou injustificado. Portanto, a procura ocorre em função da preocupação da mãe com possíveis conseqüências negativas da situação que ele vive, a partir do afastamento do pai, e do sentimento de culpa da própria mãe.

O que se pode observar é que, em seu pouco tempo de vida, a criança passou por muitas mudanças: morou com os pais e a avó paterna, depois com a mãe em outro estado, vendo o pai só nos finais de semana, depois só com a mãe, com o pai e a avó paterna, e, finalmente, com a mãe e a avó materna. Além disso, já passou por três escolas diferentes.

No contato com ele, observa-se que suas expectativas em relação às pessoas e às situações são bastante positivas. Talvez, até, ele pareça um pouco confiante demais, e muito aberto, de imediato, ao contato com uma pessoa e com uma situação estranhas. É possível que isso resulte de uma experiência acumulada de ter que se adaptar a tantas situações diferentes. Parece que falta a Bruno aquilo que Erikson (1987) denomina “desconfiança protetora”, necessária à adaptação.

Por outro lado, sua disposição receptiva e sua confiança no outro revelam que a regulação mútua mãe-criança, na primeira fase do desenvolvimento, atendeu às suas necessidades, e permitiu que ele desenvolvesse o sentimento de esperança no outro e na vida; permitiu também o desenvolvimento de um equilíbrio entre dependência e independência: ele

demonstra claramente quando necessita de ajuda, pede o que precisa, e toma iniciativas quando é capaz.

Se considerarmos os aspectos relacionados ao segundo estágio do desenvolvimento, a etapa retentivo-eliminatória, observamos que a criança demonstra claros sinais de autonomia: explora o ambiente, faz escolhas e toma iniciativa, manifestando sua vontade, e aceitando os limites da situação, não sem antes testá-los.

A possibilidade de viver suas necessidades de dependência e de manifestar sua insatisfação e sua raiva têm relação direta com o motivo pelo qual é trazido para o atendimento: em casa, Bruno reclama a falta do pai, chora e demonstra agressividade. No atendimento, trouxe prontamente o assunto que o incomoda. Consegue, assim, lutar pelo que quer e precisa, e estar em contato com seus sentimentos. Portanto, aquilo que para a mãe é motivo de preocupação, é também um sinal de que o desenvolvimento está ocorrendo de forma satisfatória. Menos saudável seria se ele mostrasse postura passiva e conformada, se se fechasse em si mesmo, ou, ainda pior, se se considerasse responsável pelo distanciamento do pai. Este risco de uma interpretação auto-centrada, sempre muito presente nas crianças, em função mesmo de sua visão auto-centrada do mundo, pode trazer fortes sentimentos de culpa e uma auto-imagem muito depreciada. Não se observa, em Bruno, sinais de que isto possa estar ocorrendo. Ele se mostra confiante no outro e em si mesmo, utiliza seus recursos, é espontâneo em suas atividades.

Ele demonstra ainda, durante a observação lúdica, grande habilidade motora, capacidade de estabelecer objetivos e perseguí-los, flexibilidade na escolha dos materiais, capacidade de simbolização e de utilizar a imaginação e o espaço, muito bom nível de informação, capacidade de comunicação verbal e não verbal, e de elaboração. Portanto, revela também o desenvolvimento adequado de capacidades relacionadas à terceira etapa do desenvolvimento, de acordo com o referencial de Erikson.

Em relação ao conteúdo de suas atividades, os temas centrais dizem respeito a aspectos dessa terceira fase: rivalidade, desejos um tanto onipotentes de ser grande e poderoso, e de sobrepujar a figura paterna. Faz a maior espada que o material permite, a maior cobra, que é uma cobra-pai com a qual a cobra-filho se compara. Percebe, no entanto, e admite, com pesar, que a espada gigante é grande demais para que ele possa carregá-la, e que a cobra-pai é muito maior que a cobra-filho, mas que a cobra-filho vai crescer. Está, portanto, trabalhando com temas pertinentes à sua faixa etária: símbolos masculinos, competição, desejos onipotentes de poder e dados de realidade em relação à sua condição de criança.

### **6.2.2 Conclusão**

Considerando-se o referencial adotado, é possível concluir que Bruno tem se desenvolvido de forma satisfatória, e mostra evidências claras de ter sido bem sucedido na elaboração dos conflitos centrais das fases iniciais, e de estar conseguindo elaborar satisfatoriamente as questões referentes ao período atual de seu desenvolvimento. Essa conclusão engloba o desenvolvimento em diferentes aspectos: emocional, intelectual e psicomotor. Conta, também, com provisão ambiental adequada para dar seqüência a esse processo. A maior dificuldade que vive atualmente, relacionada ao afastamento do pai, tem provocado sofrimento, mas não tem tido, até agora, efeitos patogênicos. Assim, o abrandamento dessa dificuldade depende principalmente do ambiente: do pai poder voltar a se aproximar dele, ou da mãe continuar auxiliando-o a viver a tristeza e a frustração provocadas por essa falta.

Portanto, não consideramos que seja necessário, nesse momento, o encaminhamento de Bruno para psicoterapia. Ele parece ter condições favoráveis para dar seqüência a seu desenvolvimento, de forma satisfatória. No entanto, por se tratar de uma criança pequena, e pelo fato de sabermos o quanto o crescimento implica em mudanças freqüentes e necessidades constantes de adaptação, achamos aconselhável sugerir uma reavaliação no prazo de cerca de

um ano, especialmente com finalidade preventiva. Consideramos que este procedimento é desejável sempre que existam fatores que possam representar dificuldades futuras. Neste caso, atentaríamos especialmente para a forma como a criança interpreta a ausência do pai.

Em relação ao ambiente familiar, embora ele tenha favorecido significativamente, até agora, o desenvolvimento da criança, demanda, neste momento, alguma intervenção. Não foi possível, durante o breve período em que estivemos em contato com o caso, conseguir a vinda do pai. A própria mãe não se dispôs a tentar, nem a aceitar que o fizéssemos, considerando que, no momento, isto só acirraria os desentendimentos entre eles e acentuaria o afastamento, e optamos por respeitar sua posição. A idéia de um contato com ele, no entanto, pode permanecer, e aguardar um momento mais favorável. A vinda do pai poderia permitir uma melhor compreensão sobre como ele está vivendo a situação, seus motivos para se distanciar da criança, e que fosse avaliada a possibilidade de alguma intervenção, no sentido de evitar a manutenção do padrão familiar de pais que se afastam da vida de seus filhos. Trabalhamos, no entanto, com o que foi possível no momento, o que não nos impede de manter abertas possibilidades futuras.

Em relação à mãe, este atendimento incluiu algumas intervenções já durante as entrevistas iniciais, e principalmente na entrevista devolutiva. Foi possível mostrar a ela as semelhanças entre sua experiência e a de Bruno, em relação à falta do pai, e ressaltar suas possibilidades de ajudá-lo, não a eliminar o sofrimento, mas a vivê-lo e compartilhá-lo. Foi também apontado a ela o quanto o bom desenvolvimento da criança está relacionado com a forma como vem exercendo seu papel de mãe, com o intuito de favorecer que ela reconheça e tome posse de seus recursos, e os utilize com mais confiança. Sua disponibilidade para ouvir e para refletir permitiu abordar esses aspectos já durante o diagnóstico, e eles puderam ser trabalhados sem que houvesse necessidade de um processo psicoterápico propriamente dito. Restam, no entanto, algumas questões relevantes, que se constituem mais em questões pessoais do que da relação com a criança: a forma como Beatriz estabelece seus



relacionamentos, em especial o relacionamento amoroso, e seus sentimentos de insegurança.

Uma psicoterapia pessoal para ela nos pareceu a indicação mais adequada, e foi bem recebida.

### 6.3 CASO CLÍNICO 3 - CAROLINA

Idade: 7 anos e 8 meses.

Escolaridade: 1ª. série do ensino fundamental.

Mãe: Carmem, 34 anos, comerciante, ensino médio completo.

Pai: Carlos, 35 anos, comerciante, ensino médio incompleto.

Obs.: A mãe trouxe o filho mais novo a todas as entrevistas, alegando não ter com quem deixá-lo. O pai compareceu apenas à entrevista devolutiva.

**Queixa:** Nas palavras da mãe: “Parece que Carolina vive no mundo da lua, tem muita dificuldade para aprender e guardar as coisas, e acho que tem momentos de depressão, porque tem dias que está agitada, nervosa. Tem problema endocrinológico, mas acho que o problema maior é no cérebro, para guardar as coisas. É como eu, só que eu luto com isso, para manter as coisas dentro de mim, e, como ela ainda é criança, acho que não está sabendo lidar com essa dificuldade”. Segundo o pai, ela é muito distraída, mas também a mãe é muito exigente. Acha que a criança está abaixo de suas expectativas, mas, por outro lado, ainda é criança, então está tudo bem.

A mãe traz um relatório da escola, com data de um ano atrás, que diz que a criança se apresenta muito dispersa e com muitas e rápidas oscilações de humor. Tem grande dificuldade para executar o que é solicitado, necessitando de atendimento individualizado da professora, é lenta e evita tentar fazer algo, quando imagina que não vai conseguir. Na segunda entrevista a mãe traz um encaminhamento com data atual, que diz que a criança é muito dispersa, necessita de atenção individual e de orientação da professora. Está alfabetizada, mas não consegue se organizar para realizar as tarefas.

**Constelação familiar:** A família é composta por pai, mãe, Carolina e seu irmão de 4 anos.

### **Histórico**

**Pai:** Segundo a mãe, a família do pai é composta por pessoas agressivas e descontroladas, que falam muito alto e brigam muito, especialmente sua sogra. Acha que ela sempre interferiu muito em sua casa, e na criação das crianças, e, desde a gravidez de Carolina, a fez passar muito nervoso, o que foi transmitido à criança, que até hoje não suporta a avó. Diz que a sogra é uma pessoa boa, mas tem problemas psicológicos, e ela aprendeu, com o tempo, a enfrentá-la, porque no início ficava quieta. Quer que Carolina aprenda a enfrentá-la também. O pai, segundo a mãe, é muito agressivo na forma de falar. Tem um irmão e, quando criança, ele e o irmão foram tratados com anti-convulsivantes, então acha que ele também tem problemas. Acha que ele é muito rígido, grosseiro, e que Carolina não é afetuosa com ele. Quando conta as coisas para a mãe, pede para não contar para o pai. O pai se considera “meio estourado”; às vezes bate na filha, porque não gosta que ela mexa em seus instrumentos de trabalho.

Os pais se conheceram na igreja, eram amigos; depois de dois ou três anos começaram a namorar e em pouco tempo se casaram. Segundo a mãe, sempre se deram bem, e os problemas familiares não interferiram no relacionamento. Trabalham juntos, em um pequeno comércio.

Obs.- Houve muita dificuldade para colher dados a respeito do pai, uma vez que a mãe retornava sempre aos problemas com a sogra ou à sua própria relação com a criança. Houve dificuldade também para o comparecimento do pai, que só veio à entrevista devolutiva, porque a mãe achava que, devido ao trabalho, só seria possível a vinda de um deles de cada vez. O pai, quando compareceu, não compartilhou dessa opinião, mostrando disponibilidade para vir, mas participando muito pouco da entrevista.

**Mãe:** A mãe é a filha mais velha e tem um irmão cinco anos mais novo. Diz que em sua família é tudo calmo, por isso sofreu muito quando começou a conviver com a família do marido, na qual são todos “estourados”. Atualmente sua mãe “tem muita depressão” porque não aceita o fato de estar obesa. O pai é calmo, mas o irmão é agressivo desde pequeno. Até hoje, quando fica agressivo, chega a quebrar tudo, já bateu na própria mãe, precisaram até chamar a polícia. Quando Carmem era criança seu pai viajava muito a trabalho e era alcoolista. Sua mãe a tratava como confidente, mesmo quando teve um relacionamento extra-conjugal. Tinha 10 ou 11 anos, e a mãe esperava que ela a entendesse, inclusive quanto a suas necessidades sexuais. Sentia-se muito dividida, entendendo que a mãe tinha seus direitos, mas não queria que o pai fosse enganado. Então, por volta dos 15 anos, resolveu que não tinha nada com isso, que devia reconhecer e ser grata pelo que os pais tinham feito por ela, e que o mundo deles como marido e mulher era outro. Diz que, embora tenha ficado no meio desse jogo, passou tudo calada e isso não a atingiu. Acha que sua mãe é muito “despojada”, até hoje fala muito abertamente as coisas, então o relacionamento com ela é saudável.

Fez colegial técnico, mas não terminou porque engravidou. Ia bem, mas até hoje não consegue reter o que aprende, tem que ficar lendo e “remoendo” muito, lutando contra isso. Embora ache que não tem interesse pela área, pretende um dia terminar o curso. Atualmente trabalha com prestação de serviço, no período da tarde, em um pequeno comércio que tem com o marido.

**Carolina:** A mãe engravidou um ano após o casamento. Diz que queria a gravidez, mas também diz que queria ter mais tempo, queria voltar a estudar, mas, já que não podia tomar anti-concepcional, era melhor “deixar vir”. Considera que passou uma gravidez muito conturbada porque morava perto da sogra, que é uma pessoa muito agressiva e descontrolada, que interferia em seu relacionamento com o marido. Acha que passou para

o bebê toda a tensão que sofreu, principalmente porque muitas vezes tinha que ficar quieta, para não piorar as coisas. Uma vez até se mordeu, de tão nervosa.

Durante a gestação a mãe engordou muito e teve diabetes. O parto foi cesariano, “porque a criança evacuou”. Quando saiu do hospital, a criança não evacuava. A mãe a levou de volta, estava “preta”, segundo a mãe teve “eclampsia”, e ficou internada por três dias.

Amamentou durante um ano. Diz que gostava, que sempre fez tudo com muito carinho, mas toda vez que ia amamentar sofria muita pressão, porque a sogra a irritava, então acha que transmitiu essa irritação para o bebê.

Aos seis meses Carolina começou a apresentar pelos pubianos. Fez muitos exames e faz controle endocrinológico até hoje. A mãe acha que o problema é na tireóide, mas o médico não dá remédio, só controla para evitar que a menarca seja muito precoce. Faz o acompanhamento em um hospital-escola e isso não está sendo bom para ela, porque é examinada por muitos médicos e residentes, e fica envergonhada. Pretende procurar outro local, de preferência uma médica. A criança tem muitos pelos no corpo, como a mãe, e às vezes os colegas e a própria avó riem e comentam. A mãe acha que isso não traz consequências para a criança, porque a ensina a passar por cima dos problemas, e diz que sempre tem gente com dificuldades piores. Da mesma forma, lhe diz que ela não pode ser muito sensível, para não sofrer.

Também a partir dos 6 meses a criança começou a apresentar alterações de humor, que ocorrem até hoje. Às vezes já acorda irritada e a mãe acha que deve deixá-la quieta até que ela melhore. Já teve, segundo a mãe, dois “taquecardíaco”. Não houve possibilidade de esclarecer esta informação, uma vez que a mãe repetia sempre a mesma frase, um tanto irritada.

Informa que a criança demorou muito para andar, o que ocorreu com um ano e meio. A mãe diz que já estava desesperada, mas acha que a demora ocorreu porque Carolina é muito insegura. Nessa época foi realizado o treino esfinteriano, sem dificuldades. A

criança sempre teve o intestino preso e às vezes gritava quando ia evacuar. Retém a urina até doer, é preciso mandá-la ir ao banheiro. Acha que faz isso por preguiça. Foi para a escola aos 2 anos e meio, na época do nascimento do irmão, porque a mãe achou que ela precisaria da companhia de outras crianças. Ficou doente, teve uma febre muito alta e uma convulsão, e pedia desculpas à mãe por estar lhe dando trabalho. Acha que ela pensou que a mãe a estava dando por causa do irmão; ela só voltou à escola com 4 anos, e aí não teve problemas para se adaptar.

Gosta de dormir com a mãe; tira o pai da cama, e, depois que ela dorme, ele a leva para a cama dela. A mãe deixa, porque quando era pequena tinha muita vontade de dormir com sua mãe, que não deixava, e ela pensava: “é tão gostoso dormir com ela, por que será que ela não gosta de dormir comigo?”

A mãe pediu à escola que pusesse a criança com uma professora bem rígida, porque acha que é bom para ela, que precisa ser pressionada para produzir. Gostaria que ela estudasse e se formasse em uma área que não exigisse muito estudo, uma coisa mais simples, porque ela não consegue gravar, e que também não exigisse muito emocionalmente, porque ela é muito sensível. Acha que ela tem um potencial muito grande, mas só o libera quando a encurralam na parede. Acha também que ela é criança, mas esperam que ela aja como adulta, e que ela deve ficar meio perdida, porque cada um da família lhe diz uma coisa, e fazem uma coisa e lhe falam para fazer outra. A mãe diz que quer que Carolina faça tudo o que ela própria não conseguiu fazer, mas que a criança não se interessa por nada.

### **Contato com a criança:**

Carolina tentou, o tempo todo, se mostrar muito comportada. Olhava muito para mim, com expressão preocupada, como sondando minha reação a cada coisa que fazia, e mostrava um sorriso estereotipado toda vez que nossos olhares se cruzavam. Nem seu comportamento, nem sua expressão, nem seu sorriso, denotavam qualquer

espontaneidade. Às vezes tinha certa dificuldade para entender o que eu dizia; sobre o motivo de ter vindo, afirmou que, de repente, fica nervosa, mas não sabe porquê, e aí larga tudo o que está fazendo. Durante a observação lúdica utilizou o espaço e o material de maneira bastante restrita: manteve-se todo o tempo sentada na cadeirinha, e mexeu apenas nos bonecos (rapidamente), no papel, lápis e canetas hidrográficas e, já no final da sessão, na massa de modelar. Pedia sempre autorização para fazer as coisas, tocava nos objetos cuidadosamente e guardava tudo que utilizava, no lugar de onde havia tirado.

A atitude de desconfiança que demonstrou em relação a mim e a expressão de medo quando me olhava se mostraram compatíveis com as idéias que surgiram em suas brincadeiras e nas histórias que contou: havia sempre uma figura onipresente de lobo mau, que atacava a todos, os queimava, jogava na água e comia.

### **6.3.1 Análise do caso**

#### **Pais**

A configuração familiar mostra figuras femininas ativas e dominadoras, e figuras masculinas esmaecidas e ausentes. É assim na família de Carlos, em que seu pai nem sequer é citado, e sua mãe é descrita como agressiva, descontrolada, e como alguém que interfere na vida de todos à sua volta. É assim também na família de Carmem, em que seu pai era ausente, sempre viajando a trabalho, alcoólatra, não assumia o papel de marido, era traído e enganado. A mãe de Carmem tomava iniciativas, e é sempre descrita como a figura central na família.

Em sua vida familiar atual, Carmem também parece ocupar todos os espaços, especialmente na vida das crianças, e o mesmo ocorreu no atendimento. O pai, embora descrito como agressivo e nervoso, colocou-se de lado e apresentou suas discordâncias de forma muito suave. Na verdade, permaneceu ausente a maior parte do tempo, mesmo na única vez em que esteve fisicamente presente na entrevista. Não se posiciona claramente nas

desavenças entre as mulheres da família (Carmem e sua sogra), nem em relação à sua visão sobre Carolina.

A mãe denota grande preocupação com a forma como se mostra para o outro. Preocupa-se em falar de maneira correta, utilizando palavras difíceis, tenta explicar e justificar todas as situações e mostrar-se uma mãe e esposa dedicada, atenta e esforçada. Percebe-se, no entanto, uma grande distância entre essa forma de se colocar e seus sentimentos, que tenta manter sempre sob controle, seja negando-os, seja projetando-os no outro. Esse funcionamento pouco integrado resulta em uma série de afirmações contraditórias, às vezes na mesma frase, tanto em relação à forma como vê as situações, como em relação a suas próprias atitudes.

Seu ambiente familiar parece ter sido bastante desfavorável, especialmente no que se refere à sua relação com sua mãe durante a infância. A mãe de Carmem, segundo ela relata, a utilizava como confidente e como depositária de suas próprias necessidades, não considerando suas necessidades e possibilidades de criança, e esperando que ela entendesse seus problemas. Esperava que ela silenciasse, não só sobre si mesma, mas sobre os segredos da mãe, e fosse sua cúmplice na traição ao pai. Ao que tudo indica, desde a infância Carmem precisou se afastar de seus próprios sentimentos, distanciando-os de seus recursos cognitivos, que tenta utilizar para se adaptar às situações. Utiliza-se muito da racionalização e da negação do afeto quando tenta explicar as situações, mas suas explicações são com frequência incoerentes e inconsistentes. Por outro lado, projeta intensamente no ambiente os sentimentos que não aceita em si mesma, especialmente a agressividade.

Demonstra grande dificuldade de se ver sozinha, ou como parte de um casal: dorme com a filha, nunca veio sozinha a uma entrevista, sempre trouxe o filho mais novo, considerou sempre que não seria possível vir junto com o marido (do que ele discordou) e, quando veio com ele, trouxe novamente o filho mais novo; solicitou que a sogra fosse convidada a vir junto com o casal. Isto parece ter relação com uma precária delimitação da



própria identidade. Tendo sido utilizada como depositário das necessidades da mãe, não teve seu próprio espaço, e não pôde estabelecer claramente a própria identidade. As tentativas de se afirmar utilizando os recursos intelectuais não são bem sucedidas: tenta se colocar sempre como a que sabe mais, a que ensina os filhos e o marido, a que entende os termos médicos, mas, na verdade, sente-se incapaz, “não consegue manter as coisas dentro de si”, interpreta cada dificuldade da filha como um sinal de sua própria incompetência, e tem muitas ambições intelectuais não realizadas.

Está sempre se justificando e reafirmando seus esforços, numa demonstração de que espera ser cobrada e criticada pelo outro; isto interfere nas relações que estabelece, já que, por vezes, tem dificuldade de ouvir o que lhe é dito, porque a isto se sobrepõe sua necessidade de reafirmar suas idéias e explicações.

### **Relação pais-criança**

O motivo pelo qual a mãe trouxe a criança para o atendimento já revela um ponto de identificação entre elas: a criança “não consegue reter, manter as coisas dentro de si”, da mesma forma que a mãe. Por outro lado, tem comportamento agressivo, o que, segundo Carmem, caracteriza as reações da família do pai. Assim, desde o início do atendimento, vai se desenhando a forma como a mãe se relaciona com a criança: esta é, ao mesmo tempo, depositário dos seus desejos e aspirações, e também dos aspectos negativos que a mãe não aceita em si mesma. As afirmações que ela faz sobre a criança são muitas vezes incoerentes. Relata que a gravidez foi desejada, mas, ao mesmo tempo, que não a queria, mas não teve outra alternativa. Afirma que a criança vai bem na escola e que, assim que puder, quer colocá-la em outras atividades, porque ela gosta, e, ao mesmo tempo, que ela vai mal na escola e não se interessa por nada. Que ela tem muito potencial, mas que gostaria que ela escolhesse algo bem simples para fazer no futuro, que não exigisse muito dela, porque ela não consegue. Que

não exige muito da criança, deixa-a fazer o que quer e, ao mesmo tempo, que exige muito dela, em tudo, porque sua própria mãe foi assim com ela, e foi bom.

Na verdade, a mãe parece oscilar entre seu desejo de “consertar” a criança e, ao mesmo tempo, a si mesma, - levando-a a vários médicos e fazendo várias tentativas de conseguir atendimento psicológico, solicitando uma professora exigente e sendo, ela mesma, muito exigente -, e seu desejo de vê-la como a realizadora de suas aspirações, a que vai compensá-la de suas frustrações e insatisfações. Assim, afirma: “Eu não sou feliz; queria fazer tanta coisa e não consigo! Quero que ela seja feliz, me realize em cima dos meus filhos, ensino eles. Tudo que eu não consegui fazer, quero que ela faça.”

A intensa projeção de aspectos da mãe na criança leva a uma precária discriminação de identidades, em que os desejos e sentimentos da filha têm que ser os da mãe, cujas aspirações ela deve realizar. Assim, Carolina não tem espaço para ver acolhidas suas dificuldades, nem seus sentimentos de raiva e frustração, nem sua insegurança ou medo. A mãe afirma: “quando ela tem alguma dificuldade, eu faço ela sair; digo que, se todo mundo pode, ela também pode”.

## **Criança**

A principal impressão que Carolina causa é a de uma criança assustada. Seu olhar e seu sorriso sugerem que teme não ser aceita, ser criticada ou repreendida. Mas, quando fala, demonstra que o medo é muito maior. Suas idéias são freqüentemente aterrorizantes, com medo de ser atacada por figuras perigosas, como o lobo mau, que queima e come, ou por problemas no coração, que matam, ou por comida velha e estragada, que provoca problemas no coração. As relações familiares são sempre descritas como muito agressivas, os pais sempre batem e brigam, assim como a professora. As únicas relações positivas que cita são as que mantém com os amigos da escola, com quem gosta de brincar.

Sua produção é bastante concreta, muito pouco elaborada, e o pensamento, muitas vezes, carece de lógica. As idéias são repetitivas, povoadas de morte e perseguição. A vida é um ciclo que se repete incessantemente, em que os pais morrem quando os filhos crescem e namoram, e têm outros filhos, que crescem, e então os pais morrem, e assim por diante. A família nunca está unida. Um dos pais sempre está ausente ou é eliminado, e, com o que está presente, a relação é agressiva.

### **6.3.2 Conclusão**

A partir do referencial da teoria de Erikson, pode-se observar, nesta criança, a presença de dificuldades relacionadas às diferentes fases do desenvolvimento que compõem o período da infância. Ela mostra uma expectativa negativa e amedrontadora em relação ao outro, que lhe exige um grande esforço para se mostrar da forma que ela supõe adequada, o que inibe a espontaneidade e a imaginação. Esta última fica ainda mais inibida porque está povoada de idéias aterrorizantes. Assim, a relação com o outro é marcada por um temor intenso e difuso, que provoca retraimento, e que revela falhas no desenvolvimento do sentimento de confiança básica. Estas características, associadas às características que são observadas na mãe, sugerem a hipótese de que a regulação mútua entre esta e a criança, no início de seu desenvolvimento, foi muito comprometida, uma vez que a mãe precisou utilizar a criança como depositário de suas fantasias agressivas e aterrorizantes e de seus sentimentos ambivalentes e pouco integrados. Isto gerou uma pobre discriminação de identidades, que interferiu na resolução dos conflitos da fase seguinte, não possibilitando à criança condições para o desenvolvimento de uma certa autonomia. As possibilidades de reter e liberar se encontram prejudicadas, também porque as idéias em relação à agressividade estão muito ligadas a descontrole e destrutividade. Assim, Carolina precisa exercer um intenso controle sobre o que manifesta, e isto limita intensamente suas possibilidades de explorar o ambiente,

ter iniciativa e expressar sua vontade. Pode-se observar claramente estes aspectos no contato com ela, quando ela se restringe muito, tanto na utilização do espaço físico, quanto na escolha dos materiais, quanto no relacionamento. Seu temor faz com que, durante todo o tempo, precise se controlar e me controlar, empobrecendo sobremaneira sua produção.

A capacidade dos pais de conceder independência, gradualmente, está bastante prejudicada. Isso está ligado aos receios da mãe em relação ao que é capaz de realizar como pessoa e como mãe, à precária discriminação de identidades e às dificuldades do pai de se inserir nessa relação e de ser mais presente. Assim, estabeleceram sobre Carolina (a mãe, especialmente) um controle rígido e prematuro, que não permite a ela uma adaptação equilibrada.

A criança não consegue brincar de forma espontânea e criativa, utilizar sua imaginação e sua fantasia e ampliar suas possibilidades de comunicação e de relacionamento; não pode desenvolver objetivos próprios nem canalizar construtivamente suas energias. A produção está muito empobrecida, carecendo de lógica e de elaboração.

Tendo que reter coisas demais dentro de si, Carolina tem grande dificuldade de assimilar conhecimentos e de liberar idéias. Assim, a adaptação à escolarização formal está também prejudicada, não especificamente por uma dificuldade de aprendizagem, mas por prejuízos muito mais precoces, que interferiram no desenvolvimento das capacidades e recursos necessários para o processo de aprendizagem escolar.

As queixas trazidas pela mãe, de agitação e nervosismo sem motivo visível, de grandes oscilações de humor e de dificuldades de aprendizagem, se relacionam a um elevado nível de ansiedade difusa e a um prejuízo mais amplo no desenvolvimento. Enredada nas ambivalências e contradições de sua mãe, desde antes de seu nascimento, não podendo compreender uma série de situações assustadoras que se passaram e se passam com ela (um possível problema cardíaco, os exames na região genital feitos por vários grupos de residentes em medicina), e vivendo muitas vezes os relacionamentos como ameaças de ataques mortais,

ela retém tudo o que pode: as fezes, a urina, a agressividade, a fantasia, e se vê asfixiada por expectativas e exigências às quais não consegue corresponder. Espera uma reação negativa e punitiva do ambiente, mas nunca sabe quando ela vem ou não, então está sempre alerta.

Portanto, o caso não permite a identificação de um conflito central, mas sim de um prejuízo mais amplo, que compromete várias áreas de funcionamento e o processo de desenvolvimento. Além disso, as tentativas de intervenção realizadas na entrevista devolutiva confirmaram uma disponibilidade para mudança muito limitada, por parte da mãe. Qualquer constatação de dificuldade da criança reforça seu sentimento de insuficiência e seu medo de ser cobrada e criticada, o que, por sua vez, faz com que ela aumente suas exigências em relação a Carolina. Desta forma, a ausência de áreas conflitivas circunscritas e as características da transferência indicam que a psicoterapia breve não é a forma indicada de trabalho para este caso, e que ela poderia, inclusive, trazer riscos de acirrar os conflitos ou acentuar os mecanismos defensivos pouco adaptativos, como a negação, a racionalização e a projeção.

Por outro lado, a mãe tem procurado insistentemente por atendimento para a criança, e interpretado como incompreensão ou rejeição todos os insucessos nessa procura. Assim, o simples encaminhamento do caso para psicoterapia a longo prazo para a criança, modalidade teoricamente mais indicada nesta situação, a nosso ver, tenderia a ser interpretado como mais uma experiência de não ser compreendida e atendida em suas necessidades. Nossa indicação, então, seria para o que Proskauer (1971) denomina “*trial of therapy*”, uma intervenção breve com o objetivo de sensibilizar para a necessidade de um atendimento a longo prazo, no sentido de melhorar as possibilidades dele ser aceito e realizado. Deveria, a nosso ver, permanecer como um objetivo adicional o encaminhamento da mãe para uma psicoterapia pessoal.

Em relação ao planejamento do processo breve, temos:

**FOCO:** as características do caso não permitem delimitar uma área conflitiva específica para a criança. Consta-se um prejuízo mais amplo no processo de desenvolvimento, que atinge múltiplas áreas do funcionamento. Para a mãe, poderiam ser considerados como foco seus sentimentos de insuficiência para desempenhar o papel de mãe, e os conseqüentes sentimentos de culpa, exacerbados pela constatação das dificuldades da criança.

**OBJETIVOS:** favorecer a aceitação da existência de dificuldades importantes, tanto da criança quanto dos pais, e sensibilizá-los para a necessidade de que a criança receba atendimento psicoterápico a longo prazo. Como apontado acima, considerar também como objetivo a possibilidade da mãe aceitar uma psicoterapia pessoal. Como se vê, trata-se de objetivos bastante limitados, especialmente se considerarmos as necessidades do caso. No entanto, é o que se mostra possível em um período breve de tempo.

**ESTRATÉGIA:** considera-se prioritário, nesse processo inicial, o atendimento aos pais, especialmente à mãe. Em relação às intervenções, é importante que incluam atitudes de aceitação e acolhimento, e visem a diminuição dos sentimentos de culpa e o reconhecimento das graves dificuldades pelas quais passou em sua história de vida. Ainda, é necessário tentar enfraquecer a relação entre a aceitação da existência de dificuldades e a confirmação dos sentimentos de incapacidade e insuficiência. Quanto à criança, podem ser planejadas algumas sessões, com o intuito tanto de acolher a demanda da mãe, quanto de propiciar a Carolina uma experiência de contato que não confirme suas expectativas negativas.

**DIFICULDADES PREVISTAS:** prevê-se muitas dificuldades, em especial com a mãe, para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e para a consecução dos objetivos acima, em virtude de suas características, de seu intenso esquema defensivo e da intensidade das angústias subjacentes.

**PROGNÓSTICO:** consideramos que há muitas reservas quanto ao prognóstico, uma vez que, por um lado, os prejuízos no processo de desenvolvimento são importantes, e, por outro,

há restrita disponibilidade para mudança e dificuldades para se estabelecer uma aliança terapêutica.

#### 6.4 CASO CLÍNICO 4 - DENISE

Idade: 8 anos e 3 meses.

Escolaridade: 3ª. série do ensino fundamental.

Mãe: Deise, 29 anos, comerciária, ensino médio completo.

Pai: Danilo, 27 anos, operário especializado, ensino fundamental II incompleto.

**Queixa:** Nas palavras da mãe: “Não tem bom aproveitamento na escola, briga muito com os irmãos e os primos e faz cocô e xixi na calça, o que é o pior”. Escreve e lê com dificuldade, tem sempre que fazer aulas de reforço, e se mostra desinteressada. Não faz amigos com facilidade, briga com outras crianças, na família e na escola, e enfrenta a mãe e a avó, desde pequena. A enurese e a encoprese diurnas tiveram início após os três anos, depois do controle já estabelecido, e a mãe não sabe a que atribuí-las. Os episódios de descontrole ocorrem várias vezes ao dia, quando solta pequenas quantidades de fezes e urina. Fica cheirando mal, e a mãe tem que mandá-la tomar banho. Atualmente está se preocupando um pouco mais com isso, e vai sozinha tomar banho, três ou quatro vezes por dia, principalmente porque os amigos e familiares debocham dela e a criticam.

**Constelação familiar:** A criança mora com a mãe e dois irmãos, de 12 e 11 anos, e com a avó materna. As tias maternas e primos moram ao lado. Os pais são separados, e tem um meio irmão, por parte de pai, de 3 anos.

#### **Histórico**

**Pai:** O pai não compareceu a nenhuma entrevista, e os dados sobre ele foram fornecidos pela mãe. Ela relata que pensou em convidá-lo a vir, mas concluiu que, uma vez que ele não demonstra interesse pelos filhos, não adiantaria fazê-lo. Na opinião da mãe, Danilo foi



muito mimado em sua família de origem, especialmente por sua mãe, que lhe dava tudo o que ele queria. Ele foi filho único por muito tempo, e tem apenas um irmão, 18 anos mais novo. A mãe de Danilo dizia que queria ter um marido igual a ele, e que seu marido era “um saco de batatas”. Enquanto Danilo e Deise viveram juntos, ele teve vários relacionamentos extra-conjugais, e o casal se separou algumas vezes, até que, há três anos, ele saiu de casa definitivamente. Já está com a quarta companheira, após a separação. Vê pouco os filhos, quando vai à casa de sua mãe e eles estão lá, e não dá a eles nenhuma ajuda financeira.

**Mãe:** Acha que sua infância foi muito ruim. Seu pai foi embora antes de seu nascimento, e nunca ajudou em nada, e a família de sua mãe reclamava e os humilhava, por ter que ajudá-los. A mãe de Deise criou sozinha suas três filhas, trabalhando muito, apesar de ter problemas de saúde, e conseguiu que todas concluíssem o ensino médio. Deise a considera uma pessoa “muito seca e fechada”, que nunca foi carinhosa, e sempre interferiu muito em sua vida e a criticou muito. Sempre sentiu muita falta de carinho da mãe, mas agora acha que está parecida com ela, pois também está mais fechada com seus filhos. Durante sua infância viu o pai algumas vezes, mas ele nunca participou ou se interessou pela família, nem se interessou em fazer nada pelos filhos. Deise nunca trabalhou, quando solteira, e continuou estudando depois que os dois primeiros filhos nasceram. Começou a trabalhar há pouco tempo, depois que as crianças cresceram, e teve alguns empregos informais, por pouco tempo. Prefere trabalhar à noite, para poder ficar com os filhos durante o dia. Gostaria de reconstruir sua vida e encontrar um novo companheiro, mas nem sua mãe nem seus filhos aceitam a idéia, e agridem verbalmente qualquer homem com quem ela esteja conversando.

**Pais:** Os pais de Denise viveram juntos por 10 anos e tiveram três filhos e uma convivência sempre muito difícil. Namoravam há alguns meses quando a mãe engravidou pela primeira vez. Moraram alternadamente na casa dos pais dele e da mãe dela, e tiveram os dois primeiros filhos. O pai sempre mantinha relacionamentos extra-conjugais, o que gerava muitas brigas, com agressões físicas mútuas, e alguns períodos de separação. Só foram morar sozinhos quando a mãe engravidou pela terceira vez, de Denise. Segundo a mãe, esse foi um período muito difícil, porque o pai logo se envolveu com outra mulher, e a deixava muito tempo sozinha, o que gerou muitas brigas e agressões. Aos sete meses de gravidez Denise voltou para a casa de sua mãe. O pai se uniu a outra mulher, com quem teve um filho, e logo se separou dela. Quando Denise tinha cerca de 6 meses, seus pais voltaram a viver juntos, e se separaram quando ela tinha 5 anos. Durante esse período, a convivência continuou marcada por brigas e agressões mútuas, presenciadas pelos filhos. Após a separação mantiveram um relacionamento amigável por certo tempo, mas atualmente quase não se falam, a não ser para brigar.

**Irmãos:** O irmão mais velho é muito fechado, já recebeu o diagnóstico de depressivo, porque se mordida, batia a cabeça na parede e era sonâmbulo. Foi medicado, mas a mãe parou de dar o remédio, porque fazia muito mal a ele. Não apresenta mais esses sintomas, mas ainda é muito nervoso. O irmão mais novo tem uma deficiência em uma das mãos, de origem genética. Este dado surgiu por acaso, no último momento da última entrevista, e a mãe não pareceu lhe dar importância, porque acha que a criança “se vira perfeitamente”. Só fica aborrecido quando o chamam de “aleijado”. Ele nunca recebeu nenhuma assistência especializada para o problema. Ambos os irmãos fazem acompanhamento endocrinológico para obesidade.

**Denise:** A gravidez não foi desejada, segundo a mãe, porque o relacionamento do casal era muito conflituoso e estavam separados. Pensou então em abortar, mas o pai resolveu alugar uma casa para que, pela primeira vez, a família morasse sozinha. Quando a criança nasceu, no entanto, a mãe já voltara para a casa da avó materna, como exposto acima. O parto foi cesariano, aos 8 meses de gestação, e a criança nasceu bem, mas a mãe se considerava em uma situação muito difícil. O pai só viu o bebê em casa, e só o registrou por insistência da mãe. Com poucos meses de vida Denise teve uma convulsão, ficou cianótica e demorou para retomar a consciência, o que só ocorreu no pronto-socorro. O médico disse que era por causa de febre, mas, segundo a mãe, ela não estava com febre. Mamou até os 4 meses, andou com 10 meses e adquiriu controle esfinteriano com pouco mais de um ano. Tem enurese noturna até hoje, embora atualmente com menor frequência, e, como já foi relatado, enurese e encoprese diurnas. Segundo a mãe, seu desenvolvimento foi normal, sem nada que lhe despertasse preocupação. Entrou na escola com 4 anos e no início ia bem, mas no pré começou a apresentar dificuldades. Na primeira série teve uma professora muito brava, que gritava e ameaçava as crianças, e não aprendeu nada. Na opinião da mãe mostra-se preguiçosa e desinteressada, e só faz as tarefas por sua insistência. Vai à escola pela manhã, período em que a mãe está dormindo. Quando volta, geralmente não quer almoçar, e come um lanche. Desde pequena é teimosa e enfrenta a mãe e a avó. Briga muito com outras crianças, tanto na escola quanto na família e vizinhança, dizendo que mexem com ela e pegam suas coisas. Não obedece, mexe em tudo, tira as coisas do lugar e quebra objetos. A mãe, frente a isso, não faz nada, porque acha que não adianta. Quando faz coisas que a mãe considera mais graves, como bater nos outros, a mãe bate nela e a põe de castigo. Sentiu muito quando o pai saiu de casa. Atualmente não admite que falem mal dele e, quando o vê, é muito carinhosa. No entanto, se lhe pedir algo e ele não der, fica brava e não fala mais com ele.

**Contato com a criança:** A primeira impressão que tive de Denise foi um tanto vaga, e demorei um pouco a começar a definir sua expressão, que não parecia nem tímida, nem assustada, nem interessada ou disponível. Ela tinha um certo ar de enfado, levemente arrogante e um tanto questionador, mas nada muito explícito. Quando começamos a conversar ela trouxe imediatamente o assunto da encoprese e chorou, reclamando que, por causa disso, brigam e riem dela, e a rejeitam. Duas coisas me chamaram a atenção: a rapidez com que, por iniciativa própria, abordou assunto tão delicado, e o fato de seu choro não transmitir uma impressão de tristeza legítima. Tinha muitas reclamações a fazer: da avó, dos irmãos, das tias, dos primos, e considerava que seu comportamento era sempre uma reação às atitudes deles. De início demonstrou desinteresse pelo material e demorou a iniciar alguma atividade. Da mesma forma, não demonstrou boa vontade para atender às solicitações, mas nunca dizia um “não” explícito; adotava novamente aquele ar de enfado inicial, ou dava desculpas. Sua atividade não se mostrou espontânea, sempre pensava antes de falar ou fazer algo, e tinha muita dificuldade de criar e fantasiar. Não se empenhava nas atividades, mostrava-se um tanto dispersa e lenta, e constantemente tinha algum pedido a fazer.

#### **6.4.1 Análise do caso**

##### **Pais**

Não foi possível analisar as características do pai, devido à sua ausência. Temos apenas as informações trazidas pela mãe, que, como se sabe, refletem a forma como ela o vê. De acordo com essas informações, o pai não assume responsabilidades, não se interessa pelos filhos e não colabora em nada na criação deles. Sempre teve muitos relacionamentos amorosos, mesmo enquanto vivia com a mãe, e, segundo ela, em virtude dela não aceitar esse

comportamento, viveram uma relação muito conflituosa, com constantes e mútuas agressões físicas.

A mãe relata sua própria infância como marcada pelo distanciamento afetivo, falta de carinho e atenção: seu pai a abandonou antes de seu nascimento, “para ir atrás de mulher”, e sua mãe se ocupou em oferecer as condições materiais e os estudos, mas era “fria e distante”. É muito provável que isso tenha contribuído para o sentimento de insuficiência e de fragilidade que Deise demonstra, que fazem com que não se sinta capaz de dar conta de tantos problemas e de organizar sua vida de forma que lhe seja mais satisfatória. Conseguiu estudar além do que imaginava, mas sua vida profissional é quase inexistente: empregos instáveis ou informais, por pequenos períodos de tempo, que a deixam submetida à necessidade de receber ajuda dos familiares. Encontrou um companheiro que, como seu pai, “a abandonava para ir atrás de mulheres”, e se sentia submetida a ele, dizendo que fazia qualquer coisa para permanecerem juntos. Sente-se ainda submetida à sua mãe, que a ajuda a se sustentar e a cuidar dos filhos, mas interfere muito em sua vida e “tira sua autoridade”. Vários outros membros da família moram muito perto (irmãs, cunhados, sobrinhos, sogra), e relata um relacionamento muito hostil, cheio de críticas mútuas, em que se sente muitas vezes ridicularizada por ter necessidades e dificuldades, o mesmo ocorrendo com seus filhos. Como mãe, denota também sentimentos de insuficiência e de fragilidade, que a impedem de estabelecer regras e limites e definir claramente os papéis de cada um. Além disso, acha-se prejudicada pelas intromissões de sua mãe e pelo descompromisso do pai das crianças.

Sente-se insegura e submetida às circunstâncias externas e às atitudes do outro. Sente que realiza um grande esforço e que está sobrecarregada de tarefas e responsabilidades. No entanto, observa-se que tem dificuldades em assumir obrigações e em ter certa disciplina, e em se encarregar de fato das situações de seu dia a dia. O mesmo ocorreu em relação ao atendimento: embora o valorizasse e reconhecesse sua necessidade e a dificuldade que teve em conseguir atendimento gratuito em outros locais, e fizesse um grande esforço para vir, em

função da distância de sua casa, faltou à primeira entrevista, sem avisar, e chegou muito atrasada à segunda, porque estava com sono, devido a seu horário de trabalho. Também não parece se colocar frente aos outros de maneira tão submissa quanto imagina: mesmo com o ex-marido, reconhece que várias vezes era ela quem iniciava as agressões físicas.

### **Relação mãe-criança**

Mãe e filha se mostram muito parecidas: ambas têm a mesma expressão aborrecida e queixosa, um ar de cansaço e de desinteresse. Ambas sentem que os outros não as compreendem e não as ajudam o suficiente, mas não manifestam claramente insatisfação e não lutam pelo que querem. Tentam mobilizar o outro para satisfazê-las, ora através de atitudes sedutoras, ora assumindo uma postura de muita fragilidade. Ambas tiveram histórias de vida parecidas: foram abandonadas pelos pais, não sentem a mãe como uma figura provedora e afetuosa. Também, ambas produzem pouco, não se empenham e não persistem em objetivos; na verdade, parecem nem ter clareza de seus objetivos.

Entre si, estabelecem uma relação de certa igualdade: a mãe não se coloca no papel de autoridade, tem dificuldade para estabelecer limites, faz poucas exigências e não se sente com forças para reagir quando não é atendida. A filha não a confronta diretamente, dá a impressão de aceitar as ordens, mas, por trás, faz o que quer, e utiliza sua condição de caçula e de única filha do sexo feminino para conseguir algumas vantagens.

A mãe descreve a própria infância com um termo utilizado popularmente para designar as fezes. No entanto, para a filha, acabou repetindo as condições que teve: um pai que abandona para “ir atrás de mulheres”, uma mãe um tanto distante, familiares que criticam e ridicularizam. Significativamente, é também através das fezes que a criança consegue uma atenção extra, mesmo que negativa.

## **Criança**

Denise não demonstra ter uma expectativa favorável em relação ao outro e às situações e, durante todo o tempo, tenta manter sob controle o outro e a si mesma, como se nunca pudesse se expor verdadeiramente. Assim, não se mostra espontânea e é um tanto sedutora e teatral, preocupada em fazer elogios e em dar ou prometer presentes, o que sugere um esforço para conseguir o que quer por vias indiretas. Aproxima-se aos poucos das situações, demonstrando um desinteresse inicial, que não se mantém.

Como não imagina a possibilidade de continência para aspectos que supõe inaceitáveis, projeta nos outros a agressividade, a desobediência e o descontrole. Além da projeção, utiliza-se da negação, demonstrando uma estrutura defensiva frágil e pouco adaptativa.

Tem grande dificuldade de utilizar a imaginação, de criar e fantasiar, estando muito presa aos dados concretos de seu dia a dia. Sua produção é pouco organizada e muito pouco elaborada, revelando-se por vezes confusa.

Para evitar se aproximar de seus sentimentos, realiza grande esforço e gasta muita energia. Assim, a agressividade é negada, projetada ou dissimulada em uma atitude veladamente crítica, a desconfiança é transformada em elogios e tentativas de agradar, a dificuldade de relacionamento em seu oposto, vangloriando-se por ser muito procurada pelas amigas, e as dificuldades cognitivas e a insegurança aparecem como desinteresse e cansaço.

Realiza as tarefas com pouco empenho e interesse, tanto porque não parece disposta a muito esforço, quanto para evitar se arriscar, já que tem muitas dúvidas sobre as próprias capacidades, mas evita demonstrá-las.

Denota voracidade e desejo de atenção exclusiva, dificuldade de esperar, de aceitar limites e de dividir, mas evita competir e confrontar a autoridade diretamente, tentando conseguir o que quer de maneira indireta ou disfarçada. Tenta colocar-se em igualdade de condições com a figura materna, negando as diferenças e a própria frustração. Não percebe as

figuras parentais como provedoras, nem que possam fornecer segurança, e sente as relações afetivas como superficiais e instáveis. Imagina que precisa sempre tentar agradar o outro para ser aceita, mas, então, não se sente verdadeiramente aceita, uma vez que não demonstra seus sentimentos verdadeiros.

Tem sentimentos muito ambivalentes em relação à figura paterna: por um lado a idealiza, por outro a vê como muito agressiva e ameaçadora, e precisa se esforçar para evitar a agressão e conquistar alguma atenção.

O controle exacerbado e ineficiente que tenta exercer sobre seus sentimentos, e a agressividade que tenta disfarçar, acabam se revelando através de um sintoma – a encoprese - que, por um lado, lhe traz uma atenção negativa, e, por outro, reforça o sentimento de rejeição e inadequação.

Tomando o referencial da teoria de Erikson, vemos que Denise apresenta dificuldades ligadas às várias fases do desenvolvimento. Essas dificuldades, no entanto, não ocorreram com gravidade que impedisse a organização de uma estrutura com características neuróticas. O contato com a realidade está mantido, assim como a capacidade de relacionamento, embora com prejuízos. Em relação aos aspectos ligados à primeira fase do desenvolvimento, apesar da presença de certa desconfiança em relação ao outro, sua intensidade não impede que estabeleça contato, e parece mais a expressão da desconfiança protetora necessária à adaptação, aumentada pelas exigências de um ambiente pouco acolhedor. Parece, no entanto, ter recebido as condições básicas necessárias para não ter distúrbios graves na relação dependência-independência. Mas a dependência não é vivida com tranquilidade, e a receptividade da família em relação a ela é limitada, e acompanhada de muitas críticas e depreciação.

As dificuldades relacionadas à fase retentivo-eliminatória se mostram mais importantes, ligando-se, inclusive, ao principal sintoma. Pouco tolerante à frustração e aos limites, para o que colaborou uma mãe que se sente frágil e insuficiente, e ao mesmo tempo



não encontrando continência para manifestar e elaborar a própria agressividade, desenvolveu sentimentos de inferioridade e uma tendência a tentar levar vantagem às escondidas. Tenta controlar o outro e a si mesma para conseguir o que quer, o que inibe sua espontaneidade e criatividade. Como consequência, não desenvolveu adequadamente a capacidade para o brincar criativo e para o uso da imaginação e da fantasia, mantendo-se presa à realidade concreta e sofrendo uma limitação em sua produção intelectual. Estas últimas características se referem já a aspectos ligados à terceira etapa do desenvolvimento.

Assim, não pode enfrentar de forma mais adaptativa os sentimentos de ciúme e rivalidade, uma vez que se sente inferiorizada, e o leque de relacionamentos significativos não pôde ser ampliado. Não parece ter desenvolvido condições adequadas para enfrentar a idade escolar – quarta etapa do desenvolvimento -, uma vez que não desenvolveu disciplina, capacidade de assumir obrigações, de planejar e de trabalhar em grupo, que a preparariam para os desafios da escolarização formal. A forma como assume as tarefas e os resultados que obtém em suas realizações confirmam essas características.

#### **6.4.2 Conclusão**

Observa-se neste caso dificuldades moderadas relacionadas à primeira fase do desenvolvimento, que fazem com que, tanto para a mãe quanto para a criança, a dependência seja vivida com uma conotação de incapacidade que gera insegurança e críticas do ambiente. De acordo com Erikson (1987), a importância de se desenvolver uma sólida confiança nesta fase inicial está também no fato de que essa confiança terá que, de certa forma, ser traída na fase seguinte, para que a criança possa tentar agir de acordo com a própria vontade, possa querer fazer tudo sozinha, tentando expandir-se agressivamente. Nossa hipótese é que estejam aqui, principalmente, as origens das dificuldades, tanto de Deise quanto de Denise. Os sentimentos de rejeição advindos da experiência de ter um pai que abandona e uma mãe

afetivamente distante foram transformados, em parte, em sentimentos de inadequação e insuficiência, reforçados por um ambiente crítico e pouco acolhedor. Portanto, a dependência envolve riscos importantes, e, a partir daí, torna-se muito arriscada qualquer tentativa de expandir-se com o uso da agressividade, de tentar afirmar a própria vontade e lutar por ela, comprometendo a elaboração dos conflitos característicos da fase retentivo-eliminatória. A aparente passividade, a precária utilização dos próprios recursos, as tentativas de evitar situações de frustração reforçam a sensação de incapacidade e a necessidade de dependência, estabelecendo um círculo vicioso que limita o crescimento e a possibilidade de satisfação. A partir daí, os prejuízos nas fases subseqüentes se mostram mais significativos, como apontado acima, e atingem de forma muito semelhante a mãe e a criança.

A psicoterapia breve deve incluir necessariamente o atendimento à mãe e à criança, e consideramos que pode ser planejada como se segue:

**Com a mãe:**

**FOCO:** sentimentos de insuficiência e fragilidade, que a impedem de utilizar de forma mais ampla os próprios recursos e de assumir de forma mais plena o papel de mãe.

**OBJETIVOS:** ajudá-la a rever a interpretação auto-centrada, típica do funcionamento infantil, de que as situações de rejeição pelas quais passou se relacionam à sua própria insuficiência e incapacidade, visando melhorar a auto-imagem e a possibilidade de utilização mais ampla de seus recursos pessoais, e promover maior autonomia. Ajudá-la a estabelecer melhor discriminação entre ela mesma e a filha, e a assumir de forma mais ampla seu papel de mãe, inclusive com o estabelecimento de limites, regras e exigências.

**ESTRATÉGIAS:** incluem rever com a mãe sua história, favorecendo a compreensão da origem de suas dificuldades, e, portanto, a discriminação entre ela e a filha. Oferecer, na própria relação terapêutica, um modelo de relacionamento interpessoal mais amadurecido

e menos crítico, no qual possa ver suas capacidades reconhecidas, assim como a possibilidade de utilizar construtivamente a própria agressividade.

**Com a criança:**

**FOCO:** dificuldades para entrar em contato com os próprios sentimentos, para se expressar espontaneamente e para estabelecer relacionamentos significativos.

**OBJETIVOS:** favorecer a brincadeira espontânea e o uso da fantasia, em um enquadre que ofereça continência e limites claros; favorecer a expressão de sentimentos legítimos, em especial os relacionados à agressividade. Trabalhar a tolerância à frustração e a auto-imagem negativa.

**ESTRATÉGIAS:** intervenções de esclarecimento e que favoreçam a auto-observação e a expressão espontânea; acolhimento acompanhado de contenção da agressividade, através do estabelecimento e da manutenção de limites claros.

**DIFICULDADES PREVISTAS:** uma das principais dificuldades que se pode prever diz respeito à própria continuidade do trabalho, em vista do pouco empenho da mãe na busca de seus objetivos, e na falta de disciplina que caracteriza seu comportamento. Muitas vezes ela não tem conseguido se encarregar do cuidado com problemas importantes, como ocorreu com seus dois outros filhos. Além disso, na relação terapêutica, prevê-se que ela tenda a alimentar expectativas mágicas, de que as soluções lhe sejam oferecidas prontas.

**PROGNÓSTICO:** a mãe se mostrou disposta e interessada na proposta de trabalho, mas, em vista dos fatores apontados acima, consideramos com reservas essa aparente disponibilidade. Ela reagiu bem e foi especialmente sensível ao fato de se sentir valorizada na relação com o psicólogo, e este pode representar um fator favorável, mas é difícil prever seu peso no contexto geral.

## 6.5 CASO CLÍNICO 5 - EWERTON

Idade: 9 anos e 2 meses.

Escolaridade: 2ª. série do ensino fundamental.

Mãe: Edna, falecida há 3 anos, aos 27 anos, dona de casa, ensino fundamental I completo.

Pai: Edson, 34 anos, ajudante de serviços gerais, ensino fundamental I completo.

Obs. Foram realizadas duas entrevistas com o pai e uma observação lúdica com a criança, na presença do pai. Estavam planejados outros atendimentos, mas eles deixaram de comparecer. Depois disso não foi possível conseguir nenhum contato, uma vez que o pai não retornou nossos recados. Mesmo tendo sido um atendimento interrompido, optamos por apresentar aqui o caso, porque o material permite uma análise parcial, que consideramos relevante para o presente estudo.

**Queixa:** Nas palavras do pai: “Ele é uma criança meio perturbada, parece que ficou revoltado depois da morte trágica da mãe e da irmã, acho que abalou muito a mente dele; tem dificuldade na escola, ainda não sabe ler e age como se fosse uma pessoa que tivesse algum distúrbio mental; às vezes fala que a mãe vem dormir com ele, que de manhã lhe dá um beijo, que vai embora e depois volta. Ele é meio revoltado, xinga, grita, e tem mania de andar com coisas amarradas na cintura, pedaços de pau, qualquer coisa, e diz que são armas, e que quer ser policial.”

**Constelação familiar:** Tem uma meia-irmã por parte de mãe, de 11 anos, três irmãos de 10, 7 e 4 anos, além de uma irmã que faleceu aos 4 anos, há um ano e meio. Mora com o pai e o irmão de 10 anos. A avó paterna fica cerca de 15 dias por mês na casa.

## Histórico

**Pais:** Quando os pais se conheceram e começaram a namorar, a mãe estava grávida de outro homem. Quando essa criança estava com 5 meses Edson as levou para a casa de seus pais, até que a família da mãe aceitasse o relacionamento deles, e se casaram alguns meses depois. Na época eram evangélicos, e a religião não permitia evitar filhos, então tiveram cinco. O pai diz que seu sonho sempre foi ter uma família, e, mesmo com as seis crianças e só ele trabalhando, não passavam necessidades e tudo corria bem. Ele amava muito a esposa e tinham bom relacionamento. Um dia, ao voltar do trabalho, ele não a encontrou. Procurou por ela até de madrugada e, no dia seguinte, ela foi encontrada morta com um tiro, em uma construção abandonada perto de sua casa. Inicialmente ele foi considerado suspeito, porque, segundo a polícia lhe informou, é comum que o marido seja o primeiro suspeito em assassinatos de mulheres, mas já no depoimento inicial essa hipótese foi descartada e as investigações não levaram a nenhuma conclusão. Ele ficou muito perturbado e não teve condições de contar às crianças o que tinha acontecido. Disse a elas que a mãe estava viajando, esperando que, com o tempo, elas se esquecessem um pouco da mãe, ou se acostumassem com sua falta. Só depois de três ou quatro semanas contou que ela tinha morrido e ido para o céu. Ficou em uma situação muito difícil e só pensava em criar os filhos, que eram o que lhe tinha sobrado de bom. O mais novo tinha um ano e dois meses e ainda mamava, então ele pediu ajuda à sua mãe, que morava ao lado, e continuou trabalhando e cuidando das crianças.

Um ano e meio após a morte da esposa sua única filha, então com 4 anos, desapareceu do quintal da casa. Moravam em um sítio, tinha muito mato e lagos. A polícia e os bombeiros procuraram a criança por quatro dias, até que resolveram encerrar as buscas. Quinze dias depois seu cunhado, marido de sua irmã, foi preso e confessou o assassinato de sua filha e

também o de sua esposa. Ele morava na casa ao lado, e Edson precisou ver todas as provas para acreditar que isso fosse verdade.

Cerca de um mês depois, muito assustado, mandou os filhos para a casa dos avós maternos, em outro estado, com medo de que algo lhes acontecesse. Ficou apenas com Ewerton, porque não agüentaria ficar sozinho. Não sabe explicar por que escolheu Ewerton para ficar com ele. Um ano depois, por sugestão de um parente, que observou que o menino estava muito sozinho e muito triste, trouxe o filho mais velho para morar com eles. Mudou de casa, para evitar ter muitas lembranças e para morar perto de outros familiares, que o ajudam, mas continua trabalhando no mesmo lugar.

Trabalha muito, só tem um dia de folga por semana e acha que isso prejudica seu contato com os filhos, porque tem muito pouco tempo para ficar com eles. Mas esse emprego é seguro, está lá há muitos anos e, apesar de várias tentativas, não conseguiu arrumar outro que lhe exija menos tempo. Atualmente ainda se sente muito abalado por tudo que aconteceu. Tem muita dor de estômago e às vezes fica muito irritado, mesmo no trabalho. Visita os filhos que não moram com ele a cada cinco ou seis meses, porque não tem condições financeiras de ir com mais frequência. Diz que, se pudesse, iria todos os dias. É muito difícil quando vai lá porque, na hora de voltar, todos choram e ele não quer vir embora, mas sabe que lá eles estão seguros e são bem cuidados.

Só dois anos após a morte da esposa conseguiu contar às crianças o que realmente tinha ocorrido e, até hoje, quase não fala nela. Acha que é melhor não despertar muitas lembranças nos filhos, porque isso os faria sofrer ainda mais. Também não consegue pensar em ter outro relacionamento amoroso, acha que ainda está muito ligado à esposa e muito preocupado com os filhos.

**Criança:** Segundo as informações do pai, o nascimento de Ewerton foi cercado de dificuldades. Quando a mãe foi para a maternidade, com contrações, lhe deram uma

medicação que interrompeu o trabalho de parto e a mandaram para casa. Voltou uma semana depois e o bebê nasceu cianótico e quase morto. Ficou na UTI por três dias e mais doze dias no hospital, em observação. O pai relata que seu desenvolvimento foi normal, como o dos irmãos, e que só percebeu dificuldades após a morte da mãe. Ewerton foi para a escola com seis anos. No início chorou, mas logo foi se acostumando. No mês seguinte a mãe faleceu, então não houve tempo de ver como seria seu desempenho sem a influência desse fato. As professoras dizem ao pai para ter paciência com ele e ajudá-lo, porque ele tem muitas dificuldades para aprender. Não sabe ler e mal escreve seu nome. O pai, no entanto, tem pouco tempo, e só pode ajudá-lo em seu dia de folga. Na escola tem bom comportamento, se relaciona bem, a não ser que alguém fale algo que envolva a mãe, aí ele agride. Ele era muito ligado à mãe, muito carinhoso com ela. Quando o pai lhe contou que ela tinha morrido e ido para o céu, ele perguntou se ainda iria vê-la, e o pai disse que sim. Acha que ele não entendeu o que aconteceu. Há cerca de dois anos o pai lhe contou a forma como a mãe morreu, e que o tio a matou. Ewerton disse que ainda bem que esse tio também já morreu, porque senão, quando crescesse, ia ter que matá-lo. Às vezes conta para o pai que sonhou com a mãe, ou diz que ela veio dormir com ele, mas o pai evita dar seqüência à conversa, para que ele não fique triste. Acha que ele é um bom menino, mas muito carente e revoltado.

**Contato com a criança:** A melhor forma que encontro para descrever Ewerton é dizer que ele é uma criança apavorada. Quando me aproximei dele na sala de espera e o convidei para subir, se encolheu todo e ficou com os olhos cheios de lágrimas, como se fosse ser atacado. Mesmo quando chegou à porta da sala, junto com o pai, e quando eu tentei tranquilizá-lo, explicando o que tinha ali e o que iríamos fazer, não conseguiu entrar sozinho. Precisou da presença do pai durante toda a sessão. Durante o atendimento não conseguia tomar iniciativas, mas não recusou o contato: respondia às minhas perguntas,

embora dificilmente me olhasse. Interessou-se pelo material, mas a princípio parecia não saber bem o que fazer com ele e precisou de ajuda para realizar alguma atividade. Sua produção explicitou o medo refletido em seu olhar e em sua postura: histórias de perseguição policial, de roubos, de acidentes, super-heróis com poderes mágicos, para atacar, se defender e controlar os outros: arranhá-los, espetá-los e fazê-los desmaiar. Essas histórias têm uma elaboração muito pobre, nem sempre mantêm uma seqüência lógica e parecem mais idéias esparsas, com precária organização. Os desenhos de Ewerton são minúsculos, quase sem cor, e refletem grande fragilidade, solidão e auto-depreciação. Usou o espaço de forma extremamente limitada, tanto concretamente, na sala de atendimento, quanto na representação simbólica da folha de papel. Permaneceu alerta o tempo todo, mas, no decorrer da sessão, muito lentamente, foi se mostrando um pouco menos assustado.

### **6.5.1 Análise do caso**

Este é um caso que não pode ser analisado da mesma forma que os outros. Os trágicos acontecimentos que atingiram esta família deixaram marcas tão fortes e determinaram de tal maneira a dinâmica que se pode observar atualmente, que não é possível, no momento, avaliar o que existia antes e o que há por trás deles. É muito difícil, por um lado, ter uma idéia mais clara sobre como era a mãe, uma vez que o que se encontra é uma figura idealizada, da qual não se pode falar muito, para evitar mais sofrimento. O desenvolvimento da criança também é relatado de maneira vaga, como tendo sido “normal”. Nossa hipótese a respeito disso é que, por um lado, o pai não acompanhou detalhadamente esse desenvolvimento. Ele trabalhava muito, e a mãe dedicava todo seu tempo a cuidar da família. Por outro lado, parece que qualquer dificuldade que tenha ocorrido antes da morte da mãe perdeu sua importância e se tornou irrelevante, na visão do pai.



Em relação à criança, existem vários aspectos cujo significado precisaria ser avaliado para uma compreensão diagnóstica: além dos evidentes problemas emocionais, Ewerton apresenta sérias dificuldades de aprendizagem, e teve um episódio de anóxia neonatal importante, cujas conseqüências não foram investigadas. Mas não é o caso de se iniciar esse atendimento por uma avaliação diagnóstica detalhada. A nosso ver, o que encontramos é uma situação de emergência psicológica, que exige intervenção imediata. Uma compreensão diagnóstica mais ampla provavelmente só poderia ser atingida no decorrer do tempo.

O primeiro contato com o pai mostrou claramente o nível quase insuportável de sofrimento e angústia em que ele tem vivido. Ele utilizou a escuta clínica oferecida para falar demorada e detalhadamente sobre as tragédias familiares, de uma forma que não tinha falado até então, durante os três anos decorridos desde a morte da esposa. Contou, com todas as minúcias, as situações que viveu, desde a madrugada que passou sozinho procurando por ela, no dia de sua morte, as lembranças da última vez que a viu, o desespero de não saber o que estava ocorrendo quando a filha também desapareceu, um ano e meio depois, o medo do que poderia ocorrer com seus outros filhos, os detalhes do rosto da filha em estado de decomposição, quando foi reconhecer o cadáver no Instituto Médico Legal, todo o processo que viveu como a destruição de uma vida familiar que considerava feliz e na qual estava conseguindo realizar todas as suas aspirações. Além disso, falou sobre as dificuldades para continuar: a impossibilidade de manter todos os filhos junto dele, a saudade dos que estão longe, os quais pode visitar raramente, a obrigação de trabalhar muito para suprir as necessidades financeiras, o que não lhe permite dar mais atenção aos filhos que estão com ele, a vida num local muito distante e sem recursos. Ao sair dessa entrevista, comentou que a clínica é um lugar muito bonito, tranquilo, no qual se sentiu muito bem. Mesmo se utilizarmos referenciais modestos, a clínica não é um lugar muito bonito, e sim um local extremamente simples. Entendemos que o que o fez se sentir bem foi a possibilidade de, finalmente, falar sobre todos esses acontecimentos e ser ouvido.

O impacto contra-transferencial dessa entrevista foi muito forte, não exatamente pelos fatos, já em si chocantes, mas especialmente pela forma como esse pai viveu e vive essas situações, por sua luta para tentar enfrentar dificuldades muito maiores do que acha possível enfrentar e pela ausência de qualquer apoio social a ele e às crianças. Levando-se em conta nossas três décadas de intensa atividade clínica, em diferentes contextos, com diferentes parcelas da população, incluindo muitas situações de extrema gravidade de diferentes tipos, a intensidade da vivência contra-transferencial nos deu uma medida do quanto podem ter sido patogênicas as vivências pelas quais a criança passou nos últimos três anos. Submetido a situações sobre as quais não podia ter o menor controle, Ewerton teve sua vida totalmente alterada: perdeu a mãe, a quem, segundo o pai, era muito ligado, perdeu todos os irmãos, a mais nova assassinada e os outros porque foram morar com os avós em outro estado. Ficou sozinho, morando apenas com o pai, a quem via muito pouco e que se encontrava extremamente abalado emocionalmente, a ponto de precisar ser alertado por um familiar em relação à solidão e à tristeza que o menino estava vivendo.

Além disso, não pôde falar sobre os acontecimentos, nem ser ajudado a compreendê-los, nem expressar seus sentimentos e suas angústias.

### **6.5.2 Conclusão**

Consideramos que este caso demanda um tipo específico de intervenção breve, uma vez que se configura uma situação em que a intervenção é urgente, portanto deve ser iniciada de imediato. Não há possibilidade de uma avaliação diagnóstica mais abrangente, nem necessidade dela para estabelecer o foco, que se apresenta evidente. É preciso oferecer espaço para se trabalhar as perdas, as angústias e os sentimentos decorrentes: o ódio, o medo, a culpa, a profunda tristeza, tanto do pai quanto da criança. É preciso tentar abrir um espaço de comunicação entre eles, no sentido de ajudá-los a compartilhar esses sentimentos, não só com

o terapeuta, mas entre si. Depois, ajudá-los a procurar caminhos possíveis para reorganizar suas vidas. Se isto fosse possível, no decorrer desse processo se tentaria ir construindo uma compreensão diagnóstica mais clara, que permitisse decidir sobre a necessidade de outras formas de intervenção (outras modalidades de psicoterapia, avaliação neurológica, acompanhamento psico-pedagógico, etc.).

Neste caso, isto não foi possível. A intervenção foi iniciada de imediato, já na primeira entrevista. No entanto, depois de dois encontros com o pai, e um com a criança, eles deixaram de comparecer, e não conseguimos mais contato. Não pudemos ter clareza sobre os motivos que levaram o pai a interromper o atendimento. Por um lado, razões objetivas podem ter contribuído: a enorme distância, que fazia com que ele precisasse utilizar metade de seu único dia de folga semanal para vir à clínica, deixando em casa o filho mais velho, e o ônus financeiro do transporte. Por outro lado, consideramos muito provável que, ao lado do alívio imediato, o sofrimento provocado pelo jorro intenso de todas as lembranças tenha sido intolerável, e tenha mobilizado, novamente, a necessidade de se calar.

Em relação à proposta de análise que orienta esse trabalho, podemos observar, em Ewerton, prejuízos importantes no desenvolvimento que atingem diferentes áreas e se referem a diferentes fases: no relacionamento interpessoal, no desenvolvimento da autonomia, na expressão dos sentimentos, na produção intelectual. Não se pode, no entanto, de início, rever o processo de desenvolvimento, e discriminar o quanto as dificuldades atuais são conseqüência das situações traumáticas que interromperam seu curso. Apenas como exemplo: mesmo que, na fase inicial, a criança tivesse podido estabelecer um nível adequado de confiança básica no outro e na vida, é difícil imaginar que essa confiança pudesse sobreviver às situações às quais se viu submetida. Assim, temos um caso com características especiais, em que seria preciso atender primeiro à urgência que se apresenta, para posteriormente buscar uma compreensão diagnóstica mais ampla que orientasse ações futuras. Apesar disso, optamos por apresentar o caso, no sentido de ilustrar um tipo específico de situação que surge

muitas vezes na prática clínica, em que a indicação da psicoterapia breve é feita por critérios baseados na necessidade e na urgência, e o foco está localizado na própria situação traumática e nas suas conseqüências. Este é, portanto, um caso que ilustra os limites da utilização do referencial que estamos propondo, pelo menos na fase inicial do atendimento.

## 6.6 CASO CLÍNICO 6 – FERNANDA

Idade: 9 anos e 11 meses.

Escolaridade: 4ª. série do ensino fundamental.

Mãe: Felícia, 43 anos, comerciária, ensino fundamental II incompleto.

Pai: Francisco, 49 anos, comerciante, ensino fundamental I completo.

**Queixa:** Fernanda fala muito pouco em casa e não fala com ninguém fora de casa. Não conversa e não responde perguntas. Se estiver sozinha com alguém que conheça bem, fala um pouco, mas não se houver outras pessoas perto. Na escola, às vezes, conversa um pouco com as colegas. Em outros locais não se aproxima de outras crianças, não brinca, fica sozinha, perto dos pais. Isso ocorre desde os 3 ou 4 anos e os pais não sabem a que atribuir esse comportamento. Além disso, segundo o pai: “tem outro problemzinho, de chegar na escola e pegar coisinhas das crianças, brinquedozinho, e levar pra casa”. A mãe diz que é “um probleminha, que ela gosta de pegar coisinhas simples que ela vê, e isso é chato”. Uma vez pegou um anel, na casa de parentes, e já se apossou de pequenas quantias em dinheiro, do pai, com as quais comprou doces. Ele lhe deu umas palmadas e acha que ela já está parando de fazer isso. No entanto, durante o atendimento, relatou que ela pegou uma carteira e um telefone celular, na casa de parentes.

**Constelação familiar:** Fernanda mora com os pais, um irmão de 1 ano e 2 meses e um meio-irmão, por parte de mãe, de 16 anos. Tem ainda 4 irmãs, por parte de pai, 3 delas já casadas. Este é o segundo casamento tanto do pai quanto da mãe.

## **Histórico**

**Pai:** Nasceu na zona rural da região nordeste do país e teve uma infância de muito trabalho na agricultura, com os pais e os 9 irmãos. Diz que todos se davam muito bem. Aos 14 anos foi morar com um primo e com 19 anos veio para São Paulo, morar com outros primos. Envolveu-se com uma moça, que engravidou, e foi morar com ela. Viveram juntos por vinte anos, e tiveram 4 filhas.

**Mãe:** Assim como o pai, nasceu na zona rural da região nordeste, teve 9 irmãos e uma infância com muito trabalho e muitas carências materiais. Diz que sua mãe era uma pessoa boa, mas batia muito nos filhos, por qualquer motivo, como faziam as pessoas daquela época. Além disso, nunca foi carinhosa, tinha um filho atrás do outro e muito trabalho, não havia tempo para isso. Acha que, nesse aspecto, é como ela: também trabalha muito e não é carinhosa. Tenta dar um pouco mais de atenção para o filho mais novo, que ainda é muito pequeno, mas já chega do trabalho cansada e tem muitos afazeres em casa.

Aos 16 anos saiu de casa e foi para a cidade, trabalhar como empregada doméstica. Estranhou no início, mas depois se acostumou. Alguns empregos não deram certo, porque se sentia explorada ou assediada pelos patrões, então veio para São Paulo. De início morou com parentes e depois com um namorado. Tiveram um filho e, quando a criança estava com 6 meses, seu companheiro começou a se alcoolizar e a ficar muito violento. Batia muito nela, “ficava parecendo um louco”. Quando seu filho estava com 4 anos ela saiu de casa.

Sempre trabalhou muito e, atualmente, tem apenas um dia de folga por semana, quando tem muito trabalho em casa. Gostaria de trabalhar menos, mas não consegue, porque a renda do marido não é suficiente, já que ele tem que ajudar a primeira mulher e uma filha doente. Quando vê, o dia de folga já acabou e não houve tempo para dar atenção aos filhos.

**Pais:** Os pais se conheceram no nordeste e namoraram no início da adolescência. Quando o pai veio para São Paulo e se envolveu com outra pessoa, romperam o relacionamento. Encontraram-se novamente quase vinte anos depois, quando a mãe já estava separada de seu primeiro companheiro e o pai ainda estava casado. Recomeçaram o namoro e a mãe engravidou de Fernanda. Quando o bebê tinha alguns meses, o pai se separou de sua primeira esposa e veio morar com elas. Ele também bebia muito, mas, ao contrário do primeiro companheiro da mãe, quando alcoolizado, ficava quieto. Ela é que brigava muito com ele, porque não gostava que bebesse. Ele parou há cerca de 4 anos, por causa da religião. Acham que se dão bem; a mãe diz que ela é que implica com ele, briga, porque chega em casa nervosa, por problemas no trabalho.

Freqüentam a igreja pelo menos duas vezes por semana e as únicas atividades sociais da família estão ligadas à religião. A mãe não visita nem parentes próximos, que moram muito perto. O pai, às vezes, leva Fernanda para brincar com as primas.

**Fernanda:** A gravidez não foi planejada. O pai, a princípio, ficou constrangido, porque ainda morava com sua primeira esposa e já tinha outras filhas para cuidar. A gestação e o parto correram bem, assim como o desenvolvimento de Fernanda, na primeira infância. Sempre foi saudável, era uma criança alegre, depois dos 4 anos é que foi se fechando.

Quando pequena não conseguia evacuar e tinha, constantemente, perda de pequenas quantidades de fezes. Os pais têm muita dificuldade para explicar o que ocorreu. Dizem que ela fez um tratamento para “desentupir as tripas” e melhorou. Segundo o pai, “aplicaram remédio na tripa” quando ela tinha cerca de 3 anos. A mãe diz que esse tratamento ocorreu por volta dos 6 anos e não entendeu como foi. Durante algum tempo ela não teve mais perda de fezes, mais depois disso voltou a ocorrer, e ocorre até hoje.

Foi para a creche com um ano e meio e logo depois para a escola de educação infantil, mas a mãe acha que lá não aprendeu nada. Tem dificuldades na escola desde o início da

alfabetização. No início não falava nada na sala de aula, e não fazia nada. Até o ano passado não tinha aprendido a escrever. A mãe acha que é falta de interesse e de atenção, porque ela só ficava rasgando papel ou se distraíndo com alguma colega. Este ano está melhorando e aprendeu a ler e escrever.

É muito apegada ao pai, quer ir aonde ele vai. Ele a leva passear na casa de parentes, compra pequenos presentes ou doces, ficam mais tempo juntos. Não é tão apegada à mãe, que passa muitas horas no trabalho e fica pouco tempo com ela.

Os pais acham que ela já tem idade para ajudar em casa e que ela não ajuda. Se a mandam fazer alguma coisa, ou se não permitem que faça o que quer, ela chora, muitas vezes fechada no banheiro. Atualmente está começando a responder para a mãe, negando-se a fazer o que ela lhe pede. A mãe, então, lhe explica que precisa respeitá-la e sempre tenta conversar antes de bater. Acha que o pai a mimou demais, é muito apegado a ela desde que ela nasceu. Se ele manda fazer alguma coisa, ela obedece. No período da manhã Fernanda, junto com o irmão mais velho, cuida do irmão menor, enquanto a mãe está no trabalho e o pai está dormindo, porque trabalha à noite. Ela e o irmão mais velho brigam muito. Ela passa a maior parte do tempo em casa, vendo televisão, porque a mãe acha que as crianças da vizinhança não são boas companhias. Algumas vezes brinca com as primas, quando o pai a leva à casa delas.

Os furtos começaram quando tinha cerca de 7 anos. Os pais perceberam que ela trazia pequenos objetos da escola, que pegou dinheiro em casa e comprou doces. Explicaram que não pode fazer isso, fizeram-na devolver os objetos, e, como o comportamento continuou ocorrendo, o pai bateu nela algumas vezes, mas não adiantou. Ele acha que quando ela crescer vai melhorar, inclusive em relação à timidez, mas a mãe não concorda, e já há algum tempo queria levá-la a um psicólogo. Não gosta de sair com ela, para evitar passar por algum constrangimento, se ela pegar alguma coisa, e, quando saem, fica o tempo todo prestando atenção no que ela faz. Mesmo assim, às vezes ela pega algo sem



que a mãe veja. Conversa com ela, explica que não pode fazer isso e algumas vezes até chora, quando está falando com ela sobre esse assunto.

**Contato com a criança:** Fernanda parece um pouco temerosa na chegada, relutante para me acompanhar. Não toma iniciativas e, como os pais haviam relatado, não fala. Escuta o que digo, responde sim ou não com acenos de cabeça, mas não emite nenhum som, a boca trancada. Se pergunto algo que não permite apenas uma resposta sim ou não, simplesmente não responde. No decorrer da sessão, aos poucos começa a demonstrar interesse pelo material, mas sempre com grande cautela: primeiro observa demoradamente, depois dá a entender o que quer, e só age quando tem certeza da minha autorização. Quando resolve desenhar, no entanto, o faz de forma decidida e segura. Por vezes escreve palavras ou frases curtas para responder às minhas perguntas e, só depois de mais de trinta minutos de sessão emite a primeira palavra, em volume quase inaudível. Durante os cinquenta minutos de nosso primeiro encontro disse, no total, cinco palavras isoladas e uma frase: “eu não sei”. Sua aproximação é lenta e cuidadosa, mas claramente observável: na segunda sessão disse três palavras isoladas e seis frases, quatro delas por iniciativa própria.

### **6.6.1 Análise do caso**

#### **Pais**

O pai tenta se mostrar sempre simpático e risonho, mesmo quando está falando de assuntos difíceis. Tenta sempre minimizar os problemas, utilizando diminutivos com muita frequência (“problemazinho”, “pega coisinhas”). Só veio à clínica por insistência da mãe, considerando que, quando a criança crescer, as dificuldades se resolverão por si mesmas.

Coloca-se de forma passiva e evita entrar em contato com a ansiedade, tentando negar ou eliminar o que o incomoda.

A mãe, por outro lado, parece muito insatisfeita com sua vida, mostra-se sempre cansada, acha que trabalha demais, mas também se coloca de forma passiva. Habituada desde sempre a uma vida de muitas dificuldades, parece não ver outra possibilidade.

Ambos têm histórias familiares que sugerem relacionamentos afetivamente superficiais, vêm de famílias com muitos filhos e muitas carências, saíram de casa ainda na adolescência, o pai sem um motivo claro e a mãe para trabalhar e morar com outras famílias, com as quais também não estabeleceu relacionamentos significativos. Pelo contrário, sentiu-se explorada e desrespeitada. O relacionamento que construíram entre si também se revela distante e superficial: pouco se encontram no dia a dia, uma vez que têm horários de trabalho alternados e quase não conversam. A vida social é muito restrita, praticamente só saem para ir à igreja.

No atendimento essa distância também se evidenciou: a mãe parecia não ter intenção de comparecer e só veio quando foi chamada, mas veio sozinha. A presença dos dois juntos só ocorreu na devolutiva porque foi expressamente solicitada e, mesmo assim, após alguma demora e alguma insistência. Nas entrevistas a mãe falou pouco e demonstrou pouca disponibilidade para comparecer, deixando claro que a vinda à clínica representava para ela mais uma sobrecarga.

### **Relação pais-criança**

O padrão familiar de relacionamentos distantes e superficiais se repete na relação dos pais com a criança. A própria mãe diz que é parecida com sua mãe: muito pouco carinhosa e muito voltada para o trabalho e os cuidados com os afazeres domésticos. Tem pouco tempo para ficar em casa, e, quando percebe, esse tempo já passou, porque está sempre atarefada. Além disso, acha que precisa dedicar sua atenção ao filho mais novo, que ainda é um bebê.

Demonstra preocupar-se com os problemas de Fernanda, tanto que insistiu com o pai para que ela fosse inscrita na clínica, mas não se vê diretamente envolvida na existência deles, nem na possibilidade de melhora.

O pai é mais presente na vida da criança: passa mais tempo com ela, leva-a para visitar as primas da mesma idade, mas a trata de forma bastante infantilizada e fica preso a gratificações mais concretas, como pequenos objetos ou doces.

Frente aos sintomas da criança, os pais se sentem extremamente constrangidos, envergonhados e paralisados, a não ser para atitudes de punição. Como não conseguem analisar as situações de forma mais aprofundada e abstrata, não conseguem entender como Fernanda, com os furtos, faz o oposto do que lhe foi ensinado, inclusive dentro de estritos preceitos religiosos. Esse sintoma é tão perturbador para eles, que tentam minimizá-lo ou negá-lo, mas isso não lhes é possível, uma vez que ele vem se agravando. Também os envergonha o fato de Fernanda se isolar no ambiente da igreja que freqüentam, não responder às pessoas que falam com ela e não participar das atividades. Não conseguem perceber a relação disso com o fato de que eles mesmos falam muito pouco com a criança, e, quando o fazem, é para lhe dar ordens ou conselhos. Não há conversas, não lhe contam coisas, não demonstram interesse em saber o que se passa com ela, não permitem que ela se relacione com crianças da vizinhança. Além disso, esperam que ela assuma parte das funções da mãe, enquanto esta trabalha: que cuide do irmão mais novo e que faça os trabalhos domésticos. Estas expectativas estão diretamente relacionadas às experiências de vida que eles tiveram.

### **Criança**

Fernanda demonstra nítida relutância para iniciar o contato, e excessiva cautela, mas é capaz, aos poucos, de se aproximar, e, com muito cuidado, até de pedir o que quer. Essa relutância não é difícil de compreender, uma vez que ela teve até hoje muito poucas

possibilidades de se expressar de maneira espontânea. Passa a maior parte de seu tempo cuidando do irmão mais novo, fazendo serviços domésticos ou assistindo televisão.

Os sintomas de Fernanda são, a princípio, difíceis de compreender, especialmente seu quase mutismo, porque ele dificulta o acesso a um maior número de dados. Com um tempo um pouco maior de observação cuidadosa, pudemos levantar a hipótese de que ele aglutina diferentes significados. Por um lado, revela o fato de que ela teve muito poucas oportunidades de desenvolver a capacidade de se expressar e de acreditar no interesse do outro. Revela também um auto-controle exagerado, para atender às expectativas de um ambiente muito restritivo. Sendo uma criança que recebe tão pouca atenção, os furtos também sugerem uma maneira de obter para si o que não é dado espontaneamente.

Não se pode deixar de considerar o quanto esses dois sintomas são especialmente incômodos para os pais, a ponto de os terem mobilizado a dar maior atenção ao que se passa com Fernanda. Nesse sentido, eles são o protesto mudo da criança, a forma indireta de atacar os pais e de pedir ajuda, única forma que, ao que tudo indica, conseguiu ser ouvida. Mesmo com o distanciamento da mãe, e com as tentativas do pai de minimizar a importância dos sintomas, eles não puderam deixar de se preocupar com a situação.

No material de Fernanda observa-se referências praticamente exclusivas aos contextos familiar e escolar, aos quais suas experiências estão limitadas. Traz indícios de sentir a casa como afetivamente árida, sentimentos de ser excluída e maior ligação com a figura paterna. Mostra desejos de identificação com a figura da professora, valorizando seu conhecimento e sua posição de autoridade. Apesar da restrição que se impõe para se expressar, quando vai se sentindo mais confiante, na situação de atendimento, faz desenhos interessantes, coloridos, com boa elaboração e originalidade, e é capaz de brincar, revelando recursos que são pouco perceptíveis à primeira vista. Assim, as dificuldades parecem se concentrar mais na expressão verbal, em especial na sua forma oral.

### 6.6.2 Conclusão

Observa-se em Fernanda, inicialmente, grande desconfiança, mas não tão grande que a tenha levado a desistir de tentar uma aproximação, ou perdido a possibilidade de ter esperança nos relacionamentos. Aproxima-se com muita cautela, precisa de tempo e de demonstrações explícitas de que não há risco, e age de forma a levar o outro a lhe dar essa garantia. Se puder contar com isso sente-se aos poucos mais confiante e faz uma lenta aproximação, mantendo sempre alguma cautela.

Aceita com reservas o que lhe é dado, pede com cuidado e indiretamente o que necessita, não toma de maneira mais ativa e independente, e coloca-se de forma extremamente retraída. Não há, portanto, uma relação de equilíbrio entre confiança e desconfiança, revelando-se uma exacerbação da desconfiança protetora, que permite suportar falhas moderadas na regulação precoce mãe-bebê, de acordo com o referencial de Erikson.

Isto está de acordo com os dados do histórico familiar, em que há pouco espaço para a dependência e para as necessidades infantis, e se espera que a criança cresça rapidamente, para poder dividir os encargos e não ser, ela mesma, mais um encargo. Essa é a história dos pais e é também o que eles esperam de Fernanda: que assuma, com o irmão mais novo, a maior parte das funções maternas, e que auxilie nos serviços domésticos.

Essa expectativa de um crescimento rápido, no entanto, é restrita à possibilidade de não precisar depender, mas não se refere a ter espaço para desenvolver a autonomia. Quanto aos aspectos ligados à fase retentivo-eliminatória, o ambiente familiar não permite o desenvolvimento da vontade própria, da iniciativa e a expressão da agressividade, mas espera uma aquiescência às regras e obrigações e um auto-controle exacerbado, não favorecendo o equilíbrio entre reter e soltar. Observa-se que, para os pais, seria muito difícil oferecer autonomia e independência porque também eles, em suas vidas, não se sentem autônomos: estão insatisfeitos, sentem-se sobrecarregados e sem saída, a não ser a de manter uma rotina

de vida limitada e empobrecida, da qual precisam que Fernanda participe, para que não se sintam ameaçados.

Esta organização não favorece a espontaneidade e a capacidade de fantasiar e de brincar, como vias de expressão e de elaboração. O nível de frustração é elevado, o espaço é restrito, há muitas proibições e poucas permissões.

Parecem se concentrar aqui, principalmente, as dificuldades de Fernanda, e as características de seus sintomas. Ela se submete, aparentemente, às expectativas parentais de um auto-controle rigoroso e uma grande tolerância à frustração, não manifestando abertamente suas reações (chora fechada no banheiro). Mesmo porque, a fragilidade dos pais não lhe permite um confronto direto (a mãe, quando fala com ela sobre os furtos, também chora). No entanto, utiliza esse auto-controle para provocar neles insatisfação e constrangimento, através de seu mutismo, e age de forma a conseguir gratificações às escondidas, através dos furtos.

Estes sintomas, por um lado desadaptativos e geradores de conseqüências negativas secundárias, por outro representam aspectos de Fernanda que se insurgem contra a submissão exagerada, e lutam por suas necessidades, conseguindo mobilizar a atenção do ambiente.

O que se observa aqui, portanto, são prejuízos no desenvolvimento que não parecem representar graves comprometimentos ou detenções importantes, mas principalmente reações pouco adaptativas a um ambiente desfavorável, que não oferece continência e permissão para um crescimento saudável.

Os prejuízos que se evidenciam em aspectos relacionados às fases subseqüentes, a idade do brincar e a idade escolar, dizem mais respeito a dificuldades na utilização e na expressão mais aberta das potencialidades do que à sua ausência. Todos os recursos são utilizados cautelosamente e ficam um tanto escondidos à observação: a capacidade de ampliar as relações interpessoais, de utilizar a imaginação e a fantasia, a identificação com modelos positivos, a capacidade de iniciativa e a produtividade. As possibilidades de Fernanda estão

lá, e aparecem em seus desenhos de colorido agradável e composição criativa, mas só quando ela se sente suficientemente confiante e, mesmo assim, de maneira cautelosa.

As características do caso exigem certos cuidados no planejamento de uma psicoterapia breve. Quando se trabalha com crianças mais velhas, já nas fases finais da infância, é possível esperar, na ausência de patologias graves, certo grau de independência, que permite centrar o trabalho principalmente na criança. Dito em outras palavras: no decorrer do desenvolvimento razoavelmente bem sucedido, a criança vai caminhando no sentido de maior independência, e o planejamento do trabalho acompanha esse processo, deslocando a atenção principal, cada vez mais, dos pais para a criança. Há situações, no entanto, em que questões específicas modificam esse panorama, e esse nos parece o caso. A psicoterapia de Fernanda certamente buscaria ajudá-la a se expressar mais livremente, a se utilizar de um auto-controle menos intenso, a buscar formas de satisfação menos indiretas e camufladas. Considerando-se as condições e as expectativas dos pais, pode-se prever que este tipo de mudança os assustaria e acirraria os conflitos e os desentendimentos, levando-os a aumentar a pressão e as medidas punitivas e coercitivas sobre a criança. Para evitar que isso ocorra é necessário que os pais sejam ajudados a, pelo menos, tolerar as mudanças.

Portanto, o processo terapêutico deve buscar uma sintonia fina entre o processo da criança e o dos pais. Algum conflito nesse sentido, a nosso ver, será inevitável, mas é preciso realizar todos os esforços possíveis para que ele não resulte na interrupção do trabalho, ou não amplifique as desavenças familiares. Assim, o planejamento da psicoterapia deve incluir:

**Com os pais :**

FOCO: dificuldades em relação à autonomia e à possibilidade de buscar satisfação, inclusive nos relacionamentos interpessoais e, portanto, dificuldades de oferecer à criança essas possibilidades.

**OBJETIVOS:** favorecer aos pais a compreensão de suas próprias necessidades e das necessidades da criança, abrindo espaço para maior expressão e para ampliação dos relacionamentos.

**ESTRATÉGIAS:** através da revisão histórica, buscar a compreensão empática das necessidades da criança, aumentando a tolerância a seus desafios; intervenções de clarificação, numa relação de continência e de aceitação.

**Com a criança:**

**FOCO:** dificuldade de se expressar de forma mais espontânea e de estabelecer relacionamentos interpessoais.

**OBJETIVOS:** favorecer os relacionamentos, a busca de satisfação e a expressão através da atividade lúdica e da verbalização, numa relação de aceitação, que forneça, inclusive, novo modelo de identificação.

**ESTRATÉGIA:** favorecer a formação de uma relação positiva, que permita a expressão mais livre e espontânea, inclusive da agressividade.

**DIFICULDADES PREVISTAS:** Entre as dificuldades previstas, temos a pouca disponibilidade da mãe para participar. Embora ela considere importante o trabalho com a criança, se exclui do problema e se mostra pouco disponível. Além disso, os pais demonstram ter padrões rígidos, pouco permeáveis à mudança. O risco de descompasso entre as mudanças da criança e a possibilidade dos pais de assimilá-las deve ser considerado e ser motivo de atenção especial, uma vez que pode acirrar os conflitos ou impedir a continuidade do trabalho.

**PROGNÓSTICO:** Fernanda demonstra que, de forma cautelosa, é permeável a mudanças. O prognóstico do caso depende, em grande parte, da possibilidade dos pais de desenvolver tolerância às mudanças da criança.



## 7 DISCUSSÃO

Nesta seção discutiremos os principais aspectos que compõem este trabalho: o referencial teórico adotado, o procedimento utilizado e os dados clínicos obtidos. Em seguida vamos apresentar uma síntese da proposta para análise desses dados, pautada na teoria do desenvolvimento de Erikson, visando a indicação e o planejamento da psicoterapia breve.

### 7.1 EM RELAÇÃO À PSICOTERAPIA BREVE INFANTIL

A partir do que foi exposto até aqui, tanto nos capítulos iniciais quanto na proposta de planejamento psicoterapêutico apresentada para cada um dos casos clínicos, depende-se as concepções que temos a respeito da psicoterapia breve infantil e nossa forma de trabalho nesta modalidade de atendimento clínico. Vamos, no entanto, tentar explicitá-la mais claramente. Entendemos a psicoterapia breve de crianças e pais como uma modalidade de psicoterapia com objetivos limitados e circunscritos, que é levada a cabo em um período de tempo também circunscrito, mas que visa oferecer a melhor ajuda possível, dentro das condições reais em que o trabalho se dá. Estas condições incluem as características dos pacientes, do terapeuta e da situação.

Quando falamos em oferecer a melhor ajuda possível nos referimos aos pais e à criança, uma vez que esta última é considerada necessariamente dentro de seu contexto familiar. A atenção profissional se dirige às relações que se constroem nesse contexto e que são constitutivas do processo de subjetivação e de desenvolvimento da criança. Não nos referimos, neste trabalho, a crianças que não contam com algum tipo de relação familiar estável como, por exemplo, as que estão institucionalizadas. Elas não foram incluídas em

nossos objetivos, uma vez que demandariam estudo específico, que levasse em conta suas condições e necessidades especiais.

Oferecer a melhor ajuda possível, em nossa visão, exige ter do caso a melhor compreensão que se possa ter. Daí a importância que atribuímos à fase diagnóstica e ao planejamento do processo. Sabemos que nossa compreensão sobre o mundo psíquico de um indivíduo, ou de um grupo de indivíduos, será sempre muito limitada, parcial e temporária mas, dentro destes limites, procuramos os alicerces para nossa ação terapêutica.

Uma intervenção focalizada, com objetivos circunscritos, pode incluir diferentes níveis e amplitudes de abrangência, uma vez que há uma variedade quase infinita de focos e de objetivos possíveis. A abrangência da proposta, para um caso específico, dependerá da combinação particular das características dos envolvidos e da situação em que estão inseridos. É muito difícil falar em níveis de aprofundamento do processo porque os efeitos de uma intervenção podem ir muito além do que se esperava, em virtude da dinâmica do funcionamento psíquico. De qualquer forma, mesmo quando se trabalha com sintomas, ou quando se utilizam intervenções consideradas mais “superficiais”, como orientação, informação ou esclarecimento, é necessário que se tenha uma compreensão sobre o significado e a função desse sintoma, ou que se tenha clareza sobre o significado que essas intervenções irão adquirir para quem as ouve e sobre o uso que farão delas. Um exemplo que pode ser encontrado com frequência: se uma mãe tem uma idéia depreciada sobre suas capacidades de exercer seu papel, sente-se insegura e teme não conseguir criar bem seus filhos, tenderá a solicitar ao terapeuta orientações e conselhos sobre como agir. Atender a essa solicitação resultaria em uma confirmação da incapacidade da mãe, acentuando seus sentimentos de culpa e de insuficiência. Portanto, uma compreensão diagnóstica da situação é elemento essencial para a escolha da forma e do conteúdo das intervenções, diminuindo o risco de que elas sejam baseadas nos desejos do paciente, mas não em suas necessidades, ou em necessidades ou desejos do terapeuta.

Como já afirmamos anteriormente, o planejamento da psicoterapia não é um programa rígido a ser cumprido. Ele é um plano prévio que será constantemente atualizado durante o processo, à medida que a própria compreensão da situação vai sendo atualizada, ampliada ou corrigida. Na verdade, ele se constitui mais em um guia para o terapeuta e pode ser especialmente útil para terapeutas inexperientes ou em formação.

## 7.2 PSICODIAGNÓSTICO, PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO E PSICOTERAPIA BREVE

Psicodiagnóstico e psicoterapia não são duas formas de trabalho com limites estanques e claramente definidos. Durante um processo psicoterápico o raciocínio diagnóstico, no sentido da busca da compreensão, está constantemente presente, como um guia para as intervenções. Por outro lado, não existe situação de atendimento psicológico, de qualquer tipo, sem intervenção. A própria relação interpessoal que se estabelece, a escuta clínica, a possibilidade de rever situações enquanto são relatadas, têm caráter interventivo, se tomarmos o termo no sentido amplo. Portanto, nesse sentido amplo, todo diagnóstico é interventivo. Observa-se, no entanto, já de algum tempo, e de forma mais acentuada em tempos recentes, uma tendência a se utilizar o termo “diagnóstico interventivo” e até, algumas vezes, a utilizá-lo com significado semelhante ao de “psicoterapia breve” ou “intervenção breve”. Não é nosso objetivo principal nesse trabalho discutir esta questão, mas, na medida em que nos utilizamos de alguns destes termos, consideramos pertinente esclarecer com que sentido os utilizamos, e explicitar nossa visão.

Se todo diagnóstico psicológico é, em algum nível, interventivo, utilizar a expressão “diagnóstico interventivo” não seria redundância? Parece que não, da forma como ele tem sido utilizado. Este adjetivo tem marcado uma preocupação com o que consideramos uma questão ética na clínica, isto é, com o objetivo de tornar todo contato com o paciente

significativo e útil para ele. Assim, não se está aqui considerando apenas a intervenção que ocorre naturalmente a partir do contato com o psicólogo e da disponibilização da escuta clínica, mas inserindo uma **intenção** do psicólogo de utilizar as possibilidades de intervenção que a situação clínica oferece. A nosso ver, esta é a base comum das colocações de Ancona-Lopes (1995), Santiago (1995; 2001), Tardivo (2004), Paulo (2004) e Gil (2005).

Em relação à diferença entre “diagnóstico interventivo”, “intervenção breve” e “psicoterapia breve”, consideramos que, mesmo que os limites entre eles não sejam fáceis de estabelecer, é útil fazer uma tentativa de discriminação. A adoção de diferentes termos, a nosso ver, se justifica se tivermos para eles um uso específico. Assim, entendemos que, no diagnóstico interventivo, há a intenção explícita citada acima, de ativamente buscar intervir, mas permanece, como objetivo principal, buscar a compreensão diagnóstica. Quando este deixa de ser o objetivo principal, não se está mais realizando um psicodiagnóstico, mas uma intervenção, embora a busca da compreensão diagnóstica permaneça subjacente a todo processo de intervenção.

O termo “intervenção breve” é geralmente utilizado quando o objetivo principal é o de realizar intervenção terapêutica, sem, no entanto, que ela se constitua em um **processo** psicoterapêutico, uma vez que é limitada a uma ou a algumas poucas sessões (geralmente até duas ou três). É o caso, por exemplo, das consultas terapêuticas, ou das intervenções em situações de crise dirigidas à situação emergente. Um exemplo, aqui, é o já citado trabalho de Trinca, A.M.T. (2003), que propõe a realização de intervenções terapêuticas breves com crianças em situação pré-cirúrgica.

Na psicoterapia breve, o objetivo principal é a intervenção, e ela se constitui em um **processo**, com começo, meio e fim. Nossa proposta é que ele se constitua em um processo planejado, de maneira flexível, a partir de uma compreensão diagnóstica do caso.

Na prática, algumas vezes, a passagem de uma dessas formas de trabalho a outra se dá de maneira gradativa e sutil, e é difícil reconhecer claramente o momento da mudança. Em

nosso trabalho, quando realizamos o diagnóstico seguido da psicoterapia, marcamos o momento da passagem com uma entrevista devolutiva, para discutir a síntese da compreensão obtida e a proposta terapêutica, incluindo foco e objetivos. Isto é feito explicitamente com os pais e, com a criança, de acordo com suas possibilidades de compreensão e comunicação.

Utilizamos neste estudo (e em nossa prática habitual) do referencial do psicodiagnóstico compreensivo, conforme proposto por Trinca (1983), com a intenção de que, sempre que possível, ele fosse interventivo. No entanto, tínhamos também a intenção de que ele fosse o mais breve possível, sem prejuízo de sua qualidade, em vista do objetivo de que ele servisse de base para o planejamento de uma psicoterapia breve, sempre que ela fosse necessária e possível.

### 7.3 EM RELAÇÃO AO MODELO DE ATENDIMENTO UTILIZADO PARA O PSICODIAGNÓSTICO

O modelo de atendimento que utilizamos não se constitui em contribuição original, na medida em que não guarda diferenças importantes em relação aos procedimentos habituais, dentro do referencial do diagnóstico compreensivo. No entanto, compõe uma combinação particular desses procedimentos, com ênfases próprias, que consideramos relevante ressaltar e detalhar.

Já relatamos, na seção do Método, que realizamos, no mínimo, duas entrevistas com os pais e um encontro com a criança, além de uma entrevista devolutiva com os pais. A devolução para a criança foi feita no último encontro com ela.

Para a realização das primeiras entrevistas solicitamos a presença dos pais (se ambos vivem juntos) ou do genitor ou outro adulto que é responsável pela criança, sem a presença desta. No entanto, aceitamos a situação como ela se apresenta e atendemos, a princípio, quem comparecer, para em seguida definir como se dará a seqüência do trabalho. No caso do casal

estar junto, o melhor é que venham os dois, o que nos dará uma visão mais próxima da situação real em que a criança vive, de como é cada um deles e da relação entre eles. No caso dos pais viverem separados, não tentamos forçar uma união, solicitando o comparecimento conjunto, também porque essa situação costuma se tornar pouco produtiva. Na maioria das vezes, ou tentam exercer um controle mútuo, que compromete a espontaneidade, ou surgem desavenças que ocupam boa parte do tempo disponível. Portanto, se estão separados, mas ambos têm contato com a criança, propomos ouvi-los separadamente.

A opção por realizar, de início, entrevistas apenas com os pais, sem a presença da criança, atende a algumas razões: em primeiro lugar, pretendemos conhecer a criança que os pais nos apresentam, para depois poder compará-la com a criança real, quando ela comparecer; além disso, pretendemos não só ouvir a história da criança, mas a história dos próprios pais, e é importante que eles estejam à vontade para relatá-la, inclusive em relação a fatos, situações ou sentimentos que não exporiam na frente da criança. Se considerarmos relevante um atendimento conjunto entre pais e filho, poderemos fazê-lo posteriormente. Como já dissemos, no entanto, aceitamos a situação como ela se apresenta, e consideramos o significado dos pais não atenderem à nossa solicitação, quando isso ocorre. Foi o que aconteceu no caso de Carolina (caso clínico 3). A mãe nunca pôde comparecer sozinha e nem só com seu marido. Trouxe sempre o filho mais novo, além de tentar introduzir a sogra nas entrevistas. Como se viu na análise do caso, esse foi um dado relevante e coerente com sua dinâmica psíquica.

Na realização das entrevistas com os pais, temos o objetivo de conhecer a história da criança, a dos próprios pais e as características da relação entre eles, inserida em seu contexto histórico e transgeracional. Na sua condução, a experiência clínica do psicólogo tem grande importância, uma vez que é necessário estabelecer um equilíbrio entre momentos mais abertos e períodos mais dirigidos. Além disso, é necessário saber rapidamente avaliar em que aspectos é importante se deter mais e aprofundar a pesquisa, e quais são menos relevantes, para que se

consiga uma compreensão do caso sem prolongar demais o processo. Tudo isso estando muito atento à relação, assumindo uma postura não culpabilizante e facilitando o estabelecimento de um clima de aceitação, atenção e confiança.

De maneira geral, consideramos que duas entrevistas é um número adequado, se elas puderem ser bem utilizadas pelo profissional. A realização de duas entrevistas, com um intervalo de alguns dias entre elas nos parece preferível à realização de uma única entrevista de duas horas. Queremos ver os pais em duas situações diferentes, pelo menos, e o intervalo entre os encontros lhes dá a possibilidade de pensar sobre o que foi conversado, reunir novas lembranças, novas dúvidas e experimentar, na segunda entrevista, uma situação menos desconhecida do que na primeira.

Observamos que a revisão que se faz, da história da criança e da dos pais, muitas vezes já produz outros efeitos: de provocar reflexão, trazer à consciência situações que se mantinham em nível pré-consciente, efeitos catárticos, possibilidades de estabelecer novas relações entre diferentes informações e até de atingir novas formas de compreensão. O pai de Ewerton (caso clínico 5) viveu claramente uma situação de catarse nas entrevistas, que provocou grande alívio imediato, embora sua posterior desistência nos tenha deixado dúvidas sobre os benefícios reais da situação.

Após as primeiras entrevistas com os pais, solicitamos a vinda da criança. Queremos conhecê-la, ouvi-la, saber como é sua percepção da situação, dar a ela a oportunidade de se expressar e de estabelecer conosco um contato significativo. Iniciamos sempre tendo na sala material lúdico, que inclui material gráfico, e procuramos respeitar e facilitar as formas de expressão mais acessíveis a cada criança, estando atentos aos vários níveis de comunicação (verbal, corporal, lúdico, gráfico, etc.).

O convite inicial é para que a criança entre na sala apenas com o psicólogo, mas respeitamos seus limites, permitindo a presença de um dos pais, quando necessário. Em dois dos casos avaliados neste trabalho (caso 1 e caso 5), as crianças necessitaram da presença dos

pais durante todo o tempo da única sessão à qual compareceram. Ambas estavam muito assustadas, e a desconfiança demonstrada foi um elemento central na compreensão dos dois casos. Queremos com isso ressaltar que, quaisquer que sejam as intercorrências que modifiquem nossa proposta sobre o curso do processo, elas não devem ser encaradas como empecilhos, mas como informações, em geral extremamente relevantes para a compreensão diagnóstica.

A seqüência do trabalho com a criança é definida de acordo com cada uma delas, utilizando-se os instrumentos que forem considerados mais úteis e mais de acordo com a forma de expressão de cada criança. Nos casos relatados neste trabalho nos utilizamos, além da observação lúdica e da interação verbal, do desenho livre e do Procedimento de Desenhos-Estórias, que consideramos especialmente importante pela facilidade de utilização e pela riqueza de informações que permite obter. Adotamos sempre uma postura bastante flexível e atenta ao que o contato com a criança nos revela, buscando formas de comunicação significativas.

Nos seis casos que participaram deste estudo foram utilizadas técnicas expressivas e projetivas, e não foram incluídos outros tipos de instrumentos, para avaliação da inteligência ou do desenvolvimento psico-motor. Embora entre as crianças houvesse queixas de dificuldades de aprendizagem, elas se mostraram, em nossa avaliação, secundárias em relação às dificuldades de ordem emocional, ou até resultantes destas, as quais demandavam maior atenção. Permanece, porém, a possibilidade de que esses aspectos, que consideramos a princípio secundários nestes casos, recebam atenção posterior, se houver necessidade.

Optamos por devolver à criança algumas de nossas percepções, ou realizar algumas intervenções já no decorrer do(s) contato(s) com ela, considerando que, assim, poderíamos utilizar o material mais vivo, no momento em que ele se fazia presente. Além disso, assim não haveria necessidade de uma sessão a mais, exclusivamente com o objetivo de realizar a devolutiva. Esta opção, no entanto, exige experiência do psicólogo e possibilidade de



apreender rapidamente o significado do que a criança está expressando, além de capacidade para avaliar que tipo de intervenção pode ser utilizada, em que momento e de que maneira pode ser feita. Se não houver segurança quanto a isto, é melhor aguardar condições mais favoráveis.

No contato com a criança é preciso, ainda, que haja uma atenção ao tipo de relação que se estabelece com ela e às expectativas que se cria, em função das perspectivas futuras. Se há grandes possibilidades da psicoterapia se seguir à avaliação diagnóstica, com o mesmo psicólogo, configura-se uma situação diferente do que nos casos em que o trabalho se limitará à avaliação diagnóstica. Neste último caso, é preciso tentar encontrar o limite entre estabelecer com a criança uma relação significativa, em que ela possa se sentir ouvida e compreendida, sem, no entanto, incentivar expectativas de continuidade, que serão frustradas e poderão confirmar fantasias de abandono e rejeição.

Durante todo o processo de avaliação, consideramos como eixos centrais norteadores a observação clínica e o raciocínio clínico que se faz sobre tudo o que é observado. São eles que indicam as direções a seguir, a escolha da forma de agir do profissional, a dos instrumentos a serem utilizados e as relações que se pode estabelecer entre as informações, na busca de seu significado. Seguimos as diretrizes propostas por Trinca, W. (1983) quando ele afirma que, para se lidar com tantos elementos, que têm aparência caótica e desordenada, é preciso realizar uma escolha seletiva e focalizada daqueles que são nodais e essenciais. Estamos de pleno acordo com Trinca, A.M.T. (2003) em relação ao fato de que o pensamento clínico é fundamental como elemento organizador da grande complexidade de variáveis que se apresentam. Isto inclui uma observação cuidadosa da transferência (e muitas vezes da pré-transferência), que revela padrões de relacionamento interpessoal. Estes padrões guardam fortes relações com os padrões de relação pais-filhos presentes na família. Inclui ainda atenção a dados contra-transferenciais, em especial quando se está com os pais, uma vez que eles são especialmente úteis para uma compreensão empática da criança.

Quando nos referimos ao fato de que a observação e o raciocínio clínico orientam também a forma de agir do profissional, incluímos aqui a questão das intervenções e das devoluções, que fazemos de acordo com as condições de cada caso. Decidir se é adequado realizar intervenções no decorrer das primeiras entrevistas, quando realizá-las, de que tipo devem ser e que forma devem assumir depende de como são compreendidas as necessidades e as possibilidades da pessoa que estamos atendendo. Com a mãe de Bruno (caso clínico 2) adotamos, praticamente desde o início, uma postura interventiva, por um lado porque ela mostrou capacidade de observação e reflexão, por outro porque consideramos que as intervenções durante o diagnóstico já seriam suficientes no que concerne ao trato com a criança. Com o pai de Ewerton (caso 5), por outro lado, adotamos uma postura de escuta, realizando principalmente intervenções de compreensão empática e reassuramento, uma vez que ele demonstrava grande necessidade de falar e ser ouvido.

Essas intervenções, quase sempre não interpretativas, realizadas durante as entrevistas, representam também mais um dado importante na avaliação da disponibilidade para mudança. No caso clínico 3, as tentativas de intervenção reafirmaram a restrita possibilidade de escuta e de mudança da mãe de Carolina, enquanto, no caso 4, a mãe de Denise mostrou-se sensível à possibilidade de se sentir valorizada. Já no caso 6, a mãe de Fernanda confirmou seu distanciamento e sua pouca participação na vida da filha através de uma quase indiferença ao que lhe era dito.

Ao final do processo de avaliação, realizamos com os pais uma entrevista devolutiva. Apesar das críticas que muitas vezes têm sido dirigidas a essa denominação, resolvemos mantê-la. Mesmo quando são feitas devoluções e intervenções no decorrer do diagnóstico, consideramos importante um momento final, de síntese do trabalho e da compreensão atingida. Desde o surgimento entre nós do livro de Ocampo et. al. (1981) e a partir da grande influência que ele teve em nosso meio, temos clareza da importância desse momento e do trabalho que nele pode ser realizado.

#### 7.4 EM RELAÇÃO À TEORIA DO DESENVOLVIMENTO UTILIZADA

Após a análise do material clínico, na qual procuramos articular os conhecimentos que embasam a psicoterapia psicodinâmica breve infantil com a teoria do desenvolvimento de Erik Erikson, concluímos que a escolha desta teoria se revelou adequada, coerente com nossos objetivos e nossa forma de trabalho, e muito útil como referencial para a organização, compreensão e interpretação dos dados. O trabalho de Erikson parte de uma visão da criança contextualizada em seu ambiente familiar e social, integra a análise dos aspectos intrapsíquicos com a das demandas de adaptação às exigências do meio, considera os pais como parte integrante do processo de desenvolvimento da criança e traz a perspectiva do desenvolvimento como um todo. Estas características se revelaram especialmente importantes na compreensão dos casos clínicos.

Além disso, pudemos verificar, através dos casos, a presença e a relevância de alguns dos eixos centrais dessa teoria, que passaremos, em seguida, a analisar.

De acordo com Erikson, em cada fase há uma crise central a ser enfrentada, e temos aqui, portanto, a noção de crise de desenvolvimento, necessária ao crescimento e ao nascimento de novas possibilidades, desde que o indivíduo conte com recursos necessários para solucioná-la de maneira saudável. O que procuramos nos casos clínicos, portanto, não foram só as crises ou os conflitos presentes, mas a compatibilidade ou não entre as características dos conflitos e a fase de desenvolvimento da criança, seus recursos para lidar com eles e os recursos do ambiente para auxiliá-la nessa tarefa. Ou seja, a distância que existia entre as características dos conflitos vividos pela criança e aqueles esperados para sua faixa etária, além da gravidade dos prejuízos desencadeados por resoluções insatisfatórias dos conflitos atinentes a fases anteriores. A saúde não significa ausência de conflitos, mas sim a existência de conflitos compatíveis com o momento do desenvolvimento e a existência ou a possibilidade de desenvolver recursos para lidar com eles.

Um claro exemplo disso é o caso de Bruno (caso clínico 2), uma criança que vivia a tristeza da ausência do pai e se encontrava às voltas com conflitos relacionados a competição e rivalidade e com desejos onipotentes de ser grande e poderoso, mas conseguia levar em conta os dados da realidade e se utilizar de mecanismos de defesa adaptativos. As dificuldades de Bruno se mostraram compatíveis com sua fase de desenvolvimento, além dele demonstrar que tinha resolvido satisfatoriamente as crises relativas às fases anteriores e de contar com provisão ambiental adequada. Foi considerada uma criança que vem se desenvolvendo de maneira satisfatória, sem necessidade, no momento, de ajuda psicoterápica.

É fundamental para essa análise o fato de que a teoria de Erikson é epigenética, ou seja, pressupõe que o desenvolvimento de uma fase depende do desenvolvimento das fases anteriores, que uma “surge sobre” a outra, no espaço e no tempo, de forma hierárquica. Todos os casos clínicos analisados mostraram claramente como prejuízos importantes em uma determinada fase determinam conseqüências negativas em todas as fases posteriores e como não é possível o desenvolvimento adequado em uma determinada etapa se as tarefas anteriores não puderam ser enfrentadas satisfatoriamente. Isso não significa uma visão fatalista, de que os prejuízos sejam irreversíveis. O próprio Erikson (1976) afirma que, em cada fase, se pode encontrar novas soluções para os problemas prévios. Mas não se pode pular etapas, nem dar conta adequadamente de novos desafios, se há crises nucleares anteriores mal resolvidas.

Outra afirmação de Erikson (1976) que se evidencia nos casos que fizeram parte deste estudo é a de que a maior dificuldade na regulação mútua pais-criança ocorre no estágio retentivo-eliminatório. É uma fase que exige que os pais possam estabelecer um controle externo sobre a criança que não seja nem muito frágil nem muito rígido, nem prematuro. Exige que eles sejam firmes, mas ao mesmo tempo tenham capacidade de conceder independência gradualmente e permitir o desenvolvimento e a afirmação da autonomia da criança. Apenas no caso de Bruno (caso clínico 2) pudemos observar uma elaboração

claramente bem sucedida desta fase. Não por acaso, ele também foi a única criança que pôde demonstrar autonomia e espontaneidade, e brincar de forma livre e criativa. A utilização do jogo como meio de expressão e de organização do mundo interior é uma possibilidade que se desenvolve de forma mais ampla na fase infantil-genital, ou idade do brincar, necessariamente tendo como base a resolução satisfatória dos conflitos nucleares das fases precedentes (a oral e a retentivo-eliminatória).

Em todas as outras crianças, mas em especial nos casos 4 (Denise) e 6 (Fernanda), observam-se dificuldades relacionadas à etapa retentivo-eliminatória, com conseqüências nas fases seguintes. Essas duas meninas se colocaram de maneira muito pouco espontânea, demonstraram prejuízos importantes no desenvolvimento da autonomia e da auto-imagem, e as conseqüências atingiram sua produtividade e capacidade de aquisição de conhecimento e de relacionamento.

Alguns dos críticos de Erikson afirmam que sua teoria é reducionista (WELCHMAN, 2000), na medida em que tenta limitar o desenvolvimento humano a um número restrito de etapas, e as dificuldades humanas a um número limitado de conflitos. Após termos nos debruçado sobre suas idéias e após utilizá-las na análise de casos clínicos, temos opinião exatamente oposta. A visão de Erikson, longe de ser reducionista, amplia nossa capacidade de compreensão e, ao mesmo tempo, a organiza. Conhecer as regras que regem o desenvolvimento e as características centrais de cada etapa permite localizar as especificidades de cada caso individual em um contexto mais amplo, contando com referenciais organizadores do raciocínio clínico.

## 7.5 EM RELAÇÃO AOS CASOS CLÍNICOS

O primeiro aspecto que queremos ressaltar se refere à variedade e riqueza que encontramos na prática clínica. Como foi relatado na descrição do método, atendemos as seis

primeiras crianças que encontramos inscritas na clínica, considerando apenas as faixas etárias como critério de seleção. A variedade de situações com que nos deparamos é uma pequena amostra das infinitas possibilidades com as quais o psicólogo clínico convive em sua prática diária. Este é um dos fatores que tornam esta prática tão complexa, o que nos levou a tentar estabelecer alguns parâmetros que possam auxiliar o profissional na indicação e no planejamento de suas intervenções. É também em virtude disso que, além da utilização dos conhecimentos teóricos que são a base da psicoterapia breve infantil e da teoria do desenvolvimento de Erikson, nos utilizamos, na análise dos casos, de nossa experiência clínica.

Encontramos, no caso 2 (Bruno), um exemplo de situações em que a criança está se desenvolvendo de forma saudável e não há, no momento, necessidade de uma psicoterapia. A avaliação diagnóstica pode, então, ser uma oportunidade para reafirmar os aspectos positivos e realizar intervenções pontuais. Encontramos também exemplos de casos em que a psicoterapia breve foi considerada a indicação principal (caso 1 – Abel), e em que ela é apenas uma indicação paliativa (caso 3 – Carolina), ou uma tentativa intermediária de se melhorar as possibilidades de aceitação de uma outra indicação (no caso, para psicoterapia a longo prazo). E ainda casos em que, embora tenhamos considerado que a psicoterapia breve estava indicada, nos restaram dúvidas sobre a real disponibilidade dos pais para levá-la a cabo (caso 4 – Denise, e caso 6 – Fernanda). No caso 5 (Ewerton), como já relatado, consideramos que a psicoterapia breve estava não só indicada, mas tinha caráter de urgência. No entanto, ela não pôde ser realizada, em virtude da interrupção do comparecimento do pai e da criança.

Não temos a pretensão de considerar que nossa análise dos casos seja a correta, nem que seja a mais adequada, muito menos a única possível. Sabemos que a riqueza do psiquismo humano permite sempre muitos olhares. Também em relação ao planejamento proposto para a psicoterapia, quando a consideramos indicada, sabemos que essa é apenas uma possibilidade. A escolha do foco e dos objetivos do trabalho depende de uma série de fatores, entre os quais

têm grande relevância a experiência do terapeuta, sua visão particular sobre esse tipo de intervenção e as condições com que ele pode contar para realizá-la. Além disso, o planejamento do processo é sempre provisório, e, como já afirmamos, deve ir sendo confirmado ou corrigido durante seu curso, não só porque a compreensão diagnóstica vai se ampliando, mas também porque há sempre a possibilidade da interferência de intercorrências imprevistas.

## 7.6 EM RELAÇÃO AOS PARÂMETROS PROPOSTOS

Os parâmetros que estamos propondo para a análise do material clínico dizem respeito especialmente a formas de organizar o raciocínio para a construção do foco, ou seja, para a delimitação da área ou das áreas conflitivas que serão objeto principal da psicoterapia. A partir daí, poderão ser estabelecidos os objetivos do trabalho e as estratégias a serem utilizadas para atingi-los.

A importância de se levar em conta os conhecimentos sobre o processo de desenvolvimento reside especialmente no fato de que eles permitem saber se o ritmo e a intensidade das mudanças progressivas do funcionamento adaptativo, em determinada criança, se dão dentro do esperado. Ainda, permitem identificar as variações que representam peculiaridades dentro da ampla gama de possibilidades individuais, e discriminá-las das variações que fogem ao campo do desenvolvimento normal e que demandam cuidados especiais.

A integração dos conhecimentos que sustentam a psicoterapia breve infantil psicodinâmica com a teoria do desenvolvimento de Erikson e a análise dos casos clínicos sob esta ótica nos permitiu identificar a possibilidade de reunir a infinidade de dificuldades e conflitos possíveis em três grandes grupos, que vamos denominar de *dificuldades relacionais*, *dificuldades expressivas* e *dificuldades específicas*.

Falamos em *dificuldades relacionais* quando consideramos que os principais empecilhos para o desenvolvimento saudável da criança ou seus principais conflitos se referem a questões ligadas ao relacionamento interpessoal. Levando-se em conta a teoria de Erikson, podemos dividir este grupo em dois sub-grupos, de acordo com as características dos conflitos vividos pela criança:

- *dificuldades relacionais do primeiro tipo*: referem-se à construção do sentimento de confiança básica no outro e do sentimento de esperança, ligados à fase inicial ou primeiro período do desenvolvimento, e remetem às características da experiência vivida na relação dual mãe-bebê. Têm ligação com a disposição receptiva e com a capacidade de obter e aceitar o que é dado.

- *dificuldades relacionais do segundo tipo*: referem-se principalmente à terceira fase do desenvolvimento, a infantil-genital ou idade do brincar, dominada pelos modos de funcionamento intrusivo e inclusivo; abrangem relações interpessoais triangulares, expandidas à família básica, sentimentos de ciúme e rivalidade, os processos de identificação e a delimitação de papéis.

O segundo grande grupo, que denominamos *dificuldades expressivas*, refere-se a conflitos ligados à expressão e manifestação dos próprios sentimentos e capacidades, e também pode ser dividido em dois sub-grupos:

- *dificuldades expressivas do primeiro tipo*: engloba conflitos relacionados à infância inicial, ou estágio retentivo-eliminatório e, portanto, a reter e soltar, à expressão e afirmação da própria vontade e autonomia e, especialmente, à manifestação da agressividade.

- *dificuldades expressivas do segundo tipo*: são os conflitos relacionados à latência ou idade escolar, portanto à capacidade de desenvolver competência através da aprendizagem formal, de utilizar os próprios recursos para produzir, de forma socialmente aprovada.

O terceiro grupo, o das *dificuldades específicas*, engloba situações pontuais, em que os conflitos foram gerados principalmente por determinadas intercorrências, como situações



traumáticas, doenças, separações, e ainda se configuram como situações de crise, ou sintomas específicos, quando se os considera como foco do trabalho.

Essa divisão não supõe que existam conflitos puramente relacionais, ou puramente expressivos. Toda situação humana é, em princípio, relacional, e envolve, de alguma forma, a expressão da individualidade dos participantes. O que estamos propondo com essa divisão é uma atenção e uma focalização da característica principal das situações conflitivas, porque isso permite não só localizá-las em momentos específicos do desenvolvimento, mas reconhecer os aspectos principais do papel do terapeuta frente à situação. Este papel tem relação direta com as funções parentais que são facilitadoras do desenvolvimento, em cada uma das suas fases, e é nessa direção que deve ser construído o planejamento das estratégias terapêuticas.

Assim, no caso clínico 1, de Abel, temos como conflito central a desconfiança nas relações interpessoais, que limita a disposição receptiva, portanto um *conflito relacional do primeiro tipo*, ligado ao estabelecimento do sentimento de confiança básica. A intervenção terapêutica terá que priorizar o estabelecimento do vínculo, tentando favorecer o desenvolvimento da confiança. O papel do terapeuta, como afirmamos acima, terá relação com a função materna no início da vida: oferecer regularidade e estabilidade para demonstrar que o mundo e as pessoas são confiáveis.

No caso 2, de Bruno, os conflitos centrais são *relacionais do segundo tipo*, ligados aos processos de identificação e da discriminação de papéis na família, a rivalidade e competição com figuras parentais. São conflitos compatíveis com a idade e com a fase do desenvolvimento da criança. Além disso, esta demonstra condições pessoais e conta com provisão ambiental adequada para lidar com eles. Portanto, conclui-se que a criança está se desenvolvendo de forma saudável.

No caso 3, de Carolina, não se pode identificar conflitos centrais ou circunscritos, mas observa-se dificuldades importantes ligadas a todas as etapas do desenvolvimento infantil.

Além disso, o ambiente familiar é pouco permeável a mudanças. Não é, portanto, um caso para intervenção focalizada, e a proposta de trabalho visa apenas a sensibilização para um encaminhamento posterior a uma psicoterapia a longo prazo.

As dificuldades centrais de Denise, caso 4, são *expressivas do primeiro tipo*, ligadas à etapa retentivo-eliminatória, e não permitem que ela se mostre de forma espontânea, entre em contato com seus sentimentos, em especial os agressivos, desenvolva uma auto-imagem positiva e se adapte a limites e regras. O papel do terapeuta deve incluir o estabelecimento de um controle adequado, que permita maior expressão e desenvolvimento de autonomia, dentro de limites firmes e estáveis, o que, novamente, tem relação direta com as principais funções dos pais na etapa anal-uretral.

Em Ewerton, caso 5, identificamos a existência do que denominamos um *conflito específico*, gerado pelas situações traumáticas das mortes da mãe e da irmã e por todas as conseqüências na vida da criança que se seguiram a elas. Não se trata exatamente de uma situação de crise, mas das conseqüências patológicas de uma crise intensa, que não pôde ser bem solucionada. Essas conseqüências se impõem como foco do trabalho e demandariam atenção imediata, se isso tivesse sido possível.

No caso 6, Fernanda, observa-se dificuldades relativas ligadas à primeira etapa do desenvolvimento, que se acentuam na segunda etapa e, portanto, identificamos principalmente conflitos *expressivos do primeiro tipo*. Eles se relacionam a um controle ambiental precoce e rigoroso, ao qual a criança reagiu utilizando-se de vias indiretas de expressão e de busca de gratificação. Isto gerou prejuízos na adaptação e no desenvolvimento de habilidades relacionadas às etapas subseqüentes do desenvolvimento. O terapeuta, ao oferecer oportunidades de expressão mais espontânea, deve estar atento à possibilidade dos pais de tolerar as mudanças da criança.

O reconhecimento de quais são os conflitos centrais de uma criança e com qual fase do desenvolvimento eles se relacionam não implica em que estes conflitos centrais sejam

escolhidos como foco da psicoterapia breve, como fizemos no planejamento dos casos que apresentamos. A construção do foco deve levar em conta vários aspectos, entre os quais, especialmente, o prognóstico do trabalho dentro das condições reais em que será realizado. A inexperiência do terapeuta, circunstâncias externas limitadoras do número e da frequência das sessões, as condições dos pais, entre outros fatores, podem indicar a necessidade da escolha de objetivos mais modestos. Porém, qualquer que seja o plano de trabalho, o foco e os objetivos escolhidos, consideramos que a cuidadosa compreensão diagnóstica do caso, das capacidades e recursos da criança e dos pais, de suas principais dificuldades e conflitos e de seu processo de desenvolvimento darão ao terapeuta condições mais favoráveis para a realização de seu complexo trabalho.

## 8 CONCLUSÃO

Este trabalho teve seu ponto de partida na experiência da autora com a prática e o ensino da psicoterapia breve infantil, que evidenciou a grande necessidade de ampliar e aprofundar os estudos sobre o tema. Esta necessidade advém da importância que atribuímos a essa forma de intervenção, como uma das respostas à demanda social sempre crescente por assistência psicológica, e por seu potencial preventivo, em vista da população a que se destina.

Visando esse objetivo tecemos inicialmente um panorama das principais propostas desenvolvidas sobre psicoterapia breve infantil, desde o marco inicial, em 1942, até os dias de hoje, procurando não só descrevê-las, mas realizar uma análise crítica sobre sua evolução histórica. A partir desse panorama propusemos, seguindo o referencial que Messer e Warren (1995) utilizaram para a psicoterapia breve de adultos, o delineamento de modelos de trabalho em PBI, buscando uma melhor compreensão e organização do conhecimento da área.

Realizamos também uma análise da evolução histórica dos critérios de indicação utilizados por diferentes autores para essa modalidade terapêutica. Verificamos que, no decorrer do tempo, eles foram se tornando mais flexíveis, desenhando-se uma tendência a não se procurar pacientes que se adaptem ao tipo de trabalho proposto, mas, ao contrário, a adaptar o trabalho às necessidades e possibilidades de cada paciente. Isto não significa generalizar indiscriminadamente o uso da PBI e abrir mão de critérios, mas torná-los mais flexíveis e focalizar a atenção na pessoa que demanda atendimento.

Buscando contribuir com essa tendência procuramos integrar os conhecimentos teóricos que servem de base à psicoterapia psicodinâmica breve de crianças com os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, para o delineamento de parâmetros organizadores do raciocínio clínico, que auxiliem o profissional na compreensão diagnóstica

dos casos, na decisão sobre a indicação da psicoterapia breve e no planejamento do processo, em especial no que diz respeito à construção do foco e das estratégias de intervenção.

Realizamos um estudo sobre a teoria do desenvolvimento de Erik Erikson, com especial atenção aos quatro primeiros estágios, que compõem o período da infância, e buscamos articular um diálogo entre essa teoria e os conhecimentos que sustentam a prática da PBI, norteado pela busca de parâmetros para a construção do foco terapêutico. Esse diálogo fluiu com facilidade, devido à compatibilidade de concepções, especialmente no que diz respeito a uma visão epigenética, relacional e sócio-culturalmente contextualizada do desenvolvimento infantil e, em consequência, de suas perturbações. Na teoria de Erikson, a cada estágio psico-social do desenvolvimento corresponde um modo de processar e integrar a experiência e um modo do ego se relacionar com o mundo; em cada estágio, a criança aprende determinadas modalidades básicas da existência humana e tem que se defrontar com um conflito nuclear, que pode ser entendido como uma crise do desenvolvimento. Esses aspectos se constituem em parâmetros gerais, com os quais podem ser confrontadas as especificidades do processo individual de desenvolvimento de cada criança, identificando-se as características dos principais conflitos e dos modos de funcionamento.

Com o intuito de verificar as possibilidades de utilização desses parâmetros realizamos a avaliação diagnóstica de seis crianças inscritas para atendimento psicológico em clínica-escola, tendo como único critério de seleção a faixa etária, conforme descrito na seção sobre o método. A análise do material clínico, feita a partir do referencial psicodinâmico da PBI e da teoria do desenvolvimento de Erikson, pautou-se também em nossa experiência, da qual não se pode prescindir nesse tipo de trabalho. Visou ao mesmo tempo experimentar a possibilidade da utilização conjunta desses conhecimentos e demonstrar como desenvolvemos o raciocínio clínico e como ele norteia o planejamento terapêutico.

Podemos concluir que a integração desses conhecimentos se mostrou possível e útil, na medida em que permitiu a identificação dos conflitos centrais da criança, o reconhecimento

da relação entre eles e os conflitos parentais correspondentes, e a identificação de padrões de relacionamento através dos quais esses conflitos se constituem e se manifestam, inclusive através das gerações. Permitiu também identificar modos de funcionamento saudáveis e adaptativos, e a influência positiva de padrões de relacionamento que oferecem à criança a provisão ambiental necessária a seu desenvolvimento.

Na execução desse trabalho surgiu uma nova possibilidade, que não prevíamos a princípio: a de identificar grupos específicos de dificuldades apresentadas pelas crianças, definidos a partir dos modos de funcionamento correspondentes a cada uma das fases do desenvolvimento, e das crises nodais correspondentes. Levando em conta suas características centrais, denominamos esses grupos como *dificuldades relacionais do primeiro e do segundo tipo*, *dificuldades expressivas do primeiro e do segundo tipo*, e *dificuldades específicas*, e os caracterizamos na seção de discussão deste trabalho. Esta classificação não pretende ser uma visão reducionista das inúmeras situações individuais e particulares com as quais nos defrontamos na clínica, mas pode ser útil para identificar as características de conflitos centrais, a que fase do desenvolvimento se relacionam e, portanto, a que modos de integrar a experiência se vinculam. Uma vez identificados, esses conflitos centrais podem ser escolhidos como foco da psicoterapia, se isso for considerado possível dentro das condições em que se realizará o trabalho. Mesmo que sejam outras as dificuldades escolhidas como foco, em função de circunstâncias específicas, conhecer os modos principais de funcionamento aos quais os conflitos nodais se vinculam e a que fase do desenvolvimento correspondem pode ser especialmente útil para planejar os tipos de intervenção e as funções do terapeuta. Estas devem guardar relação com as mais importantes funções parentais na fase do desenvolvimento em questão.

As idéias propostas neste trabalho demandam maior desenvolvimento e, em especial no que se refere aos parâmetros sugeridos para a análise do material clínico, precisam ser testadas e aperfeiçoadas em um número muito maior de casos. Sabemos que o conhecimento

sobre assunto tão complexo se constrói a partir de pequenas contribuições, e esperamos ter podido oferecer a nossa, visando aperfeiçoar a capacidade de dar assistência ao sofrimento psíquico das crianças e de seus pais.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY DE PICHON-RIVIÈRE, A. Transtornos emocionales en el niño vinculados con la dentición. *Revista Argentina de Odontología*, v. 39, n. 8, p. 357-359, 1951.

ABERASTURY, A. (Org.). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Paidós, 1972.

ALEXANDER, F.; FRENCH, T. M. *Terapêutica psicanalítica: Princípio y aplicación*. Tradução de L. Fabricant. Buenos Aires: Paidós, 1956.

ALLEN, F. H. *Psychotherapy with children*. New York: Norton, 1942.

ANCONA-LOPES, M. (Org.) *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995.

ARTHUR, H. A comparison of the technics employed in psychotherapy and psychoanalysis of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 22, p. 484-498, 1952.

CRAMER, B. Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. *Psyquiatrie de l'Enfant*, v. 17, n. 1, p. 53-117, 1974.

CRAMER, B. *Segredos femininos: de mãe para filha*. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F. *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Tradução de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DULCAN, M. K.; PIERCY, P. A. A model for teaching and evaluating brief psychotherapy with children and their families. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 16, n. 5, p. 689-700, 1985.

ERIKSON, H. E. (1950) *Infância e sociedade*. 2ª. ed. Tradução de Gildásio Amado. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

ERIKSON, H. E. *Identidade, juventude e crise*. 2ª. ed. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

ERIKSON, H. E. *Un modo de ver las cosas: Escritos selectos de 1930 a 1980*. Compilación de Stephen Schlein. Traducción de Juan José Utrilla. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

ERIKSON, H. E. *O ciclo de vida completo*. Edição ampliada por Joan M. Erikson. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.



EVANS, R. I. *Diálogo con Erik Erikson*. Traducción de Carlos Valdés Vasquez. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

FERENCZI, S. (1926) *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. Tradução de J. I. Suttie. New York: Brunner/Mazel, 1980.

FREUD, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Traducción de Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.(Obras Completas de Sigmund Freud, 3.ed., v. II).

FREUD, S. (1918-1919). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Traducción de Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.(Obras Completas de Sigmund Freud, 3.ed., v. III).

GALLATIN, J. *Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da psicologia da adolescência*. Tradução de Antonio Carlos Amador Pereira e Rosane Amador Pereira. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1978.

GIL, C. A. *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

GREENBERG, J. R.; MITCHELL, S. A. *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Tradução de E. de O. Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KNOBEL, M. Psicoterapia breve en la infancia. *Revista de Psiquiatria y Psicología Medica Europa y América Latina*. Barcelona, v. IX, n. 2, p. 74-81, 1969.

KNOBEL, M. *Psiquiatria infantil psicodinâmica*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

KNOBEL, M. *Psicoterapia breve*. São Paulo: E. P. U., 1986.

KNOBEL, M. Psicoterapia breve em crianças e adolescentes. In: FICHTNER, N. (Org.) *Transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 208-219.

LESTER, E. P. La psychothérapie brève chez l'enfant en période de latence. *Psychiatrie de l'Enfant*, v.10, n.1, p. 199-235, 1967.

LESTER, E. P. Brief psychotherapies in child psychiatry. *Canadian Psychiatric Association Journal*, v.13, n.4, p. 301-309, 1968.

MACIAS, M. Psychothérapies brèves: leur place en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, v.35, n.6, p. 221-226, 1987.

MACKAY, J. The use of brief psychotherapy with children. *Canadian Journal of Psychiatry*, v.12, p. 269-279, 1967.

MACLEAN, G., et al. A clinical approach to brief dynamic psychotherapies in child psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 27, n 2, p. 113-118, 1982.

MAHLER, M. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MAIER, H. *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Traducción de Aníbal C. Leal. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

MANN, J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

MANZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F. Introducción: Las psicoterapias breves con padres, niños y adolescentes: Los fundamentos teóricos y técnicos. In: MANZANO, J.; PALACIO-ESPASA, F. (org.) *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Traducción de Fernando Pardo Gello. Barcelona: Paidós Ibérica, 1993, p.57-79.

MARMOR, J. Short-term dynamic psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, v.136, n. 2, p. 149-155, 1979.

MESSER, S. B.; WARREN, C. S. *Models of brief psychodynamic therapy- a comparative approach*. New York: The Guilford Press, 1995.

MITO, T. I. H. *Psicoterapia breve infantil: contribuições para o delineamento do processo*. 1996. 203 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MITO, T. I. H. Reflexões sobre os limites e alcances das abordagens breves nas clínicas-escola. In: ENCONTRO ESTADUAL DE CLÍNICAS-ESCOLA, 6., 1998, Itatiba. *Anais do VI Encontro Estadual de Clínicas-Escola*. Itatiba: Universidade São Francisco, 1998. 1 Disquete.

MITO, T. I. H. Psicoterapia breve infantil: eixos norteadores do processo. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA CLÍNICA, 1., 2001, São Paulo. *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica*, vol. 1. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001. p. 157-162.

MITO, T. I. H.; YOSHIDA, E. M. P. Psicoterapia breve infantil: a prática com pais e crianças. In: YOSHIDA, E. M. P.; ENÉAS, M.L.E. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea, 2004, p. 259-292.

MURATORI, F.; MAESTRO, S. La psicoterapia breve secondo la scuola di Ginevra: riflessioni attorno ad una casistica di bambini sotto i 6 anni. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva*, v. 15, n. 3, p. 181-189, 1995.

MURATORI, F., et al. Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v.71, n.1, p. 28-38, 2002.

OCAMPO, M. L. S. et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. Tradução de Miriam Felzenszwalb. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

OLIVEIRA, I. T. *Atendimento psicológico em clínica-escola: uma avaliação comparativa dos serviços oferecidos*. 1999a. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, I. T. Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 9-19, 1999b.

OLIVEIRA, I. T. Alcances e limites de um programa de follow-up aplicado à população infantil. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA CLÍNICA, 1., 2001, São Paulo. *Anais do I*

*Congresso de Psicologia Clínica*, vol. 1. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001. p. 184-188.

OLIVEIRA, I. T. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 39-48, 2002a.

OLIVEIRA, I. T. O papel dos pais na psicoterapia breve de crianças. *Psikhê Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 22-28, 2002b.

OLIVEIRA, I. T.; MITO, T. I. H. Reações vivenciais familiares em psicoterapia breve. In: SEGRE, C. D. (Org.) *Psicoterapia breve*. São Paulo: Lemos, 1997, p. 137-154.

PALACIO-ESPASA, F. Possibilités d'interventions thérapeutiques brèves parents-enfants. *Psychiatrie de l'Enfant*, v. XXIV, n. 2, p. 419-444, 1981.

PALACIO-ESPASA, F. Indications et contra-indications des approches psychothérapeutiques brèves des enfants d'âge préscolaire et de leurs parents. *Neuropsychiatrie de l'Enfant*, v. 32, n. 12, p. 591-600, 1984.

PALACIO-ESPASA, F. Les indications thérapeutiques en psychiatrie infantile et l'implication de la famille. *Archives Suisses de Neurologie, Neurocirurgie et de Psychiatrie*, v. 136, n. 6, p. 165-173, 1985.

PALACIO-ESPASA, F.; CRAMER, B. Psychothérapies de la relation mère-enfant. *Rev. De Méd. Psychosomatique*, v. 19, p. 59-70, 1989.

PALACIO-ESPASA, F.; MANZANO, J. La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mères. *Psychiatrie de l'Enfant*, v. 1, p. 5-25, 1982.

PALACIO-ESPASA, F.; MANZANO, J. Intra-psyche conflicts and parent-child interactions in brief therapeutic interventions. *Infant Mental Health Journal*, v. 8, n. 4, p. 374-381, 1987.

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

PROSKAUER, S. Some technical issues in time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.8, p. 154-169, 1969.

PROSKAUER, S. Focused time-limited psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, v. 10, n. 4, p. 619-639, 1971.

ROSENTHAL, A. J.; LEVINE, S. V. Brief psychotherapy with children: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, v. 127, n. 5, p. 106-111, 1970.

SANTIAGO, M. D. E. Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise? In: ANCONA-LOPES, M. (Org.) *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 9-25.

SANTIAGO, M. D. E. Fundamentos e questões implicados na devolução psicodiagnóstica às crianças. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA CLÍNICA, 1., 2001, São Paulo. *Anais do I Congresso de Psicologia Clínica*, vol. 1. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001. p. 32-34.

SELIGMAN, M. E. P. The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, v. 50, p. 965-974, 1995.

SILVEIRA, S. M. F.; OUTEIRAL, J. O. Preparação psicoterápica de crianças para cirurgia: a propósito de dois casos clínicos. In: OUTEIRAL, J. O. (Org.) *Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes: desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. São Paulo: Revinter, 1998. p. 421-432.

TARDIVO, L. S. P. C. *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas. Encontros e viagens*. 2004. 213 p. Tese (Livre Docência) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica, São Paulo.

TARGET, M.; FONAGY, P. Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 33, p. 361-371, 1994.

TRINCA, A. M. T. *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil*. São Paulo: Vetor, 2003.

TRINCA, W. *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes, 1983.

TRINCA, W. (Org.) *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor, 1997.

TURATO, E. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

WARREN, C. W.; MESSER, S. B. Brief psychodynamic therapy with anxious children. In: RUSS, S. W.; OLLENDICK, T. H. (Ed.) *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Kluwer Academic/Plenum, 1999, p. 219- 237.

WELCHMAN, K. *Erik Erikson: his life, work and significance*. Buckingham: Open University Press, 2000.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: WINNICOTT, D. W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978, p. 389- 408.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

YOSHIDA, E. M. P. Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 2, n. 2, p. 115-127, 1998.

YOSHIDA, E. M. P. *Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos*. São Paulo: E.P.U., 1990.

YOSHIDA, E. M. P. Evolução das psicoterapias breves psicodinâmicas. In: YOSHIDA, E. M. P.; ENÉAS, M. L. E. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea, 2004. p. 13-36.

YOSHIDA, E. M. P.; ENÉAS, M. L. E. *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas: Alínea, 2004.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Modelo da carta de informação ao sujeito de pesquisa****CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA**

Esta pesquisa tem por objetivo estudar diretrizes para o planejamento do processo de psicoterapia breve de crianças e pais, levando em conta o nível de desenvolvimento da criança e sua relação com os pais, visando um maior conhecimento e um aperfeiçoamento desse tipo de trabalho. Os dados serão colhidos no decorrer do atendimento clínico, através da gravação em áudio das sessões. As fitas serão destruídas após sua transcrição e fica garantido o sigilo sobre qualquer dado de identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico, respeitando-se a privacidade dos sujeitos. O atendimento será totalmente gratuito. A participação na pesquisa é voluntária e a retirada de seu consentimento pode ser feita a qualquer momento, sem prejuízo para seu atendimento. No caso de dúvidas, em qualquer fase da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, profa. Iraní Tomiatto de Oliveira, pelo telefone 3236-8451.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a)

sr.(a) \_\_\_\_\_, portador  
do R.G. \_\_\_\_\_, responsável pelo  
menor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

**ANEXO B – Modelo da carta de informação à instituição****CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO**

Esta pesquisa tem por objetivo estudar diretrizes para o planejamento do processo de psicoterapia breve de crianças e pais, levando em conta o referencial do desenvolvimento infantil e as características da relação pais-criança, visando um maior conhecimento e um aperfeiçoamento desse tipo de trabalho. Para tal solicitamos a autorização desta instituição para o atendimento de casos clínicos de crianças e pais, a serem realizados pela pesquisadora responsável. Os atendimentos se darão nos moldes habitualmente utilizados pela clínica, iniciando-se por um breve diagnóstico e dando prosseguimento ao processo psicoterápico breve, ou encaminhando os casos, interna ou externamente, de acordo com os critérios e procedimentos determinados pela clínica. Serão atendidos pacientes que se encontrem em fila de espera e que não tenham mais possibilidades de ser chamados pelos estagiários no semestre em curso, em horários nos quais haja disponibilidade de salas. Os dados serão colhidos no decorrer do atendimento clínico, através da gravação em áudio das sessões. As fitas serão destruídas após sua transcrição e fica garantido o sigilo sobre qualquer dado de identificação. A pesquisadora se compromete a entregar os relatórios dos atendimentos, para arquivo, nos moldes estabelecidos. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico, respeitando-se a privacidade dos sujeitos. O atendimento será totalmente gratuito. A participação na pesquisa é voluntária e os sujeitos podem retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para seu atendimento. Colocamo-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida, em qualquer fase da pesquisa.

---

Pesquisadora responsável  
Profa. Irani Tomiatto de Oliveira  
C.R.P. 06/2336  
Tel.:3236-8451

**TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO, ciente dos procedimentos que serão realizados, autorizo a realização da pesquisa nos termos acima propostos.

---

Representante da Instituição

Nome:

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.