

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANA ANGÉLICA RONCOLATO

PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO DE CRIANÇAS COM
DISTÚRBIOS DE CONDUTA: ASPECTOS PSICODINÂMICOS

SÃO PAULO/SP

2011

ANA ANGÉLICA RONCOLATO

**PSICODIAGNÓSTICO COMPREENSIVO DE CRIANÇAS COM
DISTÚRBIOS DE CONDUTA: ASPECTOS PSICODINÂMICOS**

(Versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Leila S. De La Plata Cury Tardivo

SÃO PAULO/SP

2011

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
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Roncolato, Ana Angélica.

Psicodiagnóstico compreensivo de crianças com distúrbios de conduta: aspectos psicodinâmicos / Ana Angélica Roncolato; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2011. 112 f.

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

1. Psicodiagnóstico 2. Teste das Fabulas de Düss 3. Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais 4. Técnicas projetivas 5. Distúrbio de conduta I. Título.

RC469

Nome: RONCOLATO, Ana Angélica

Título: Psicodiagnóstico Compreensivo de Crianças com Distúrbios de Conduta: aspectos psicodinâmicos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo, por ter me recebido e acolhido no APOIAR e como sua orientanda quando tão pouco me conhecia, pelo conhecimento proporcionado nesse trajeto, pela disponibilidade, por sua atenção, pela generosidade e pelo carinho. Minha mais sincera gratidão!

À Drª. Maria Eliza Pupo Finazzi, pela grande contribuição ao trabalho, por todas as discussões e trocas, pela seriedade, ética e por todo ensinamento proporcionado. Toda minha admiração e agradecimento!

À Profª. Drª. Jônia Lacerda Felício, por ter aberto portas, por toda ajuda no trabalho, pela valiosa contribuição no exame de qualificação, pela disponibilidade constante e pelos ensinamentos.

Ao Dr. Paulo Germano, à Christiane D'Angelo Fernandes e a toda equipe do Ambulatório de Socialização do IPq, pelo trabalho ético e dedicado que realizam, por terem me recebido, por todo auxílio no trabalho, pelas discussões e trocas. Muito obrigada.

À Profª. Drª. Marília Vizotto, por ter aceitado participar da banca de qualificação e por suas contribuições no exame.

À Drª Cláudia Gil, pela contribuição nas avaliações e por sua disponibilidade em ajudar sempre gratuitamente.

À Márcia Isaco, amiga querida, pelo incentivo diante de tantos momentos difíceis e por todos os momentos compartilhados.

À Valdeli Vieira, pelo carinho com que me recebeu, pelo incentivo constante, pelos ensinamentos. Minha admiração e gratidão.

À Rebeca De Cassia Daneluci, por todas as dificuldades e alegrias repartidas nessa caminhada.

À Laura Granado, grande amiga, companheira nessa caminhada, por todos os momentos compartilhados, pelas angústias, pelos desejos, pelas alegrias. Meu amor, minha gratidão e admiração!

A todos os professores, colegas e profissionais, por todas as contribuições ao trabalho, pelas discussões e trocas. Muito obrigada!

A todas as crianças que colaboraram na pesquisa e aos pais que autorizaram a participação.

À CAPES, pelo período em que o trabalho foi subsidiado.

Às queridas amigas, que por mais distantes que estejam, estão sempre na torcida e são fontes constantes de alegrias, de estímulo e afeto.

Ao Henrique Vitali Marangoni, por estar sempre ao meu lado, torcendo, apoiando, incentivando e acreditando. Compartilhar com você torna tudo mais fácil e doce! Meu amor e admiração!

Aos meus irmãos Heloísa Helena Roncolato e Eduardo Crosara Roncolato, por serem modelos para mim, pela grande amizade, pelos puxões de orelha, pelo incentivo, por sempre acreditarem em mim. Meu mais profundo amor, gratidão e admiração!

Aos meus pais João Roncolato e Lúcia Helena Crosara Roncolato, pelo apoio constante, por todo o incentivo, pelas lágrimas, pela imensa saudade, pelos sacrifícios, pelo cuidado, pela preocupação, e, principalmente, por jamais desacreditarem de que eu seria capaz. Ter vocês é a alegria de viver! A vocês todo meu amor, minha gratidão e admiração!

*Era uma vez um menino maluquinho
Ele tinha o olho maior que a barriga
Tinha fogo no rabo
Tinha vento nos pés
Umhas pernas enormes (que davam para abraçar o mundo)
E macaquinhos no sótão (embora nem soubesse o que significava
macaquinhos no sótão).
Ele era um menino impossível!
A melhor coisa do mundo na casa do menino maluquinho era
quando ele voltava da escola
A pasta e os livros chegavam sempre primeiro voando na frente.
Um dia no fim de ano o menino maluquinho
chegou em casa com uma bomba:
"Mamãe, tou aí com uma bomba!"
"Meu neto é um subversivo!" gritou o avô.
"Ele vai matar o gato!" gritou a avó.
"Tira esse negócio daí!" falou - de novo - a babá.
Mas aí o menino explicou:
"A bomba já explodiu, gente. Lá no colégio."
"Esse menino é maluquinho!" falou o pai, aliviado.
E foi conferir o boletim.
Esse susto não era nada
tinha outros que ele pregava.
Às vezes sem qualquer ordem
do papai e da mamãe se trancava lá no quarto
e estudava e estudava e voltava do colégio
com as provas terminadas
tinha dez no boletim que não acabava mais.
Ele dizia aos pais cheio de
contentamento
"Só tem um zerinho aí.
Num tal de comportamento!"*

(O Menino Maluquinho – Ziraldo)

RESUMO

RONCOLATO, Ana Angélica. *Psicodiagnóstico Compreensivo de Crianças com Distúrbios de Conduta: aspectos psicodinâmicos*. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2011.

Essa pesquisa aborda o quadro psiquiátrico mais frequente na infância. O distúrbio de conduta é caracterizado por comportamento antissocial persistente com violação de normas sociais e direitos individuais. Os comportamentos antissociais podem surgir precocemente na infância ou na adolescência, e configuram quadro psiquiátrico de difícil tratamento. Fatores individuais, familiares e sociais influenciam no desenvolvimento e na persistência do comportamento antissocial, interagindo de forma complexa e ainda pouco esclarecida. O presente trabalho tem como objetivo compreender os aspectos emocionais desta população clínica. Foram avaliadas 6 crianças na faixa etária entre seis e doze anos, sendo um grupo de 3 portadores do diagnóstico de Distúrbio de Conduta - segundo os critérios da CID-10, atendidas em um serviço de psiquiatria e tendo o diagnóstico confirmado pela K-SADS. O grupo controle, pareado por sexo, idade e condição sócioeconômica, é composto de 3 crianças provenientes de escolas públicas do município de São Paulo/SP, que não apresentaram diagnóstico psiquiátrico a partir do instrumento K-SADS. Para avaliação psicológica foram aplicados o Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais - CAT-A - e o Teste das Fábulas de Düss, considerando os seguintes aspectos: atitude básica da criança, relação com as figuras significativas, sentimentos expressos, tendências e desejos, impulsos, ansiedades e mecanismos de defesa. Os resultados encontrados mostraram no grupo clínico presença de conteúdo agressivo, hostil, de impulsividade. A incapacidade de controlar seus impulsos faz com que expressem suas angústias diretamente no ambiente de forma agressiva. Observou-se ainda que essas crianças não contam com figuras significativas capazes de conter suas angústias, não sentem que as figuras parentais são capazes de lhes dar sustentação e contorno, diferentemente das crianças do grupo controle. Evidencia-se a necessidade de medidas preventivas e intervenções em saúde mental no âmbito familiar, na escola, além das intervenções com a criança.

Palavras-chave: Distúrbios de Conduta, psicodiagnóstico, técnicas projetivas, Teste das Fábulas, Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais.

ABSTRACT

RONCOLATO, Ana Angélica. *Comprehensive Psychodiagnosis in Children with Conduct Disorder: psychodynamic aspects*. 2011. 112 f. Dissertation (Master's Degree). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo/SP, 2011.

This research addresses the context in childhood psychiatric frequent more. The conduct disorder is characterized by antisocial behavior and persistent violation of social norms and personal rights. The antisocial behaviors may emerge early in childhood or adolescence, and configure psychiatric condition difficult to treat. Individual, family and social factors influence in the development and persistence of antisocial behavior, interacting in a complex and still poorly understood. This study aims to understand the emotional aspects of this clinical population. We evaluated six children aged between six and twelve years, being a group of three patients with the diagnosis of Conduct Disorder - according to the CID-10, treated by a psychiatric service and having the diagnosis confirmed by the K-SADS. The control group, matched for sex, age and socioeconomic status, was composed of three children from public schools in São Paulo / SP, which had no psychiatric diagnosis from the K-SADS instrument. For psychological assessment were administered the Childrens Apperception Test with Animal Figures - CAT-A - and the Düss Fables Test, considering the following aspects: the basic attitude of the child, relationship with significant figures, express feelings, tendencies and desires, impulses, anxieties and defense mechanisms. The results showed the presence of aggressive, hostile, and impulsivity on the clinical group. The inability to control impulses causes them to express their distress directly into the environment aggressively. We also observed that these children do not have significant figures able to contain their anxieties, they do not feel that the parental figures are able to give support and shape, unlike the control children group. This study highlights the need for preventive and mental health interventions within the family, in school, and interventions with the child.

Keywords: Conduct Disorder; Psychodiagnosis; Projective Techniques; Childrens Apperception Test with Animal Figures; Düss Fables Test.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Referencial de Análise	37
Tabela 2 – Principais Indicadores encontrados nas Fábulas.....	57
Tabela 3 – Principais Indicadores encontrados nas pranchas do CAT-A.....	60

SUMÁRIO

Agradecimentos	i
Epígrafe	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Lista de Tabelas	vi
Apresentação do Trabalho	01
Capítulo I – Introdução.....	05
I.1 - Os Distúrbios de Conduta	05
I.2 - Diagnóstico Psiquiátrico na Infância e Adolescência.....	08
I.3 - O Psicodiagnóstico	12
I.4 - Teorias psicológicas sobre a agressividade.....	17
Capítulo II - Justificativa e objetivos.....	24
Capítulo III - Método.....	25
III.1 - Tipo de método.....	25
III.2 - Participantes	26
III.3 - Instrumentos e procedimentos.....	27
Capítulo IV - Discussão dos resultados.....	41
Capítulo V - Síntese e considerações finais	64
Referências	68
Anexo 1 – Termo de Consentimento Grupo Clínico.....	75
Anexo 2 – Termo de Consentimento Grupo Controle.....	77
Anexo 3 – Dados dos Testes Sujeito 1 Grupo Clínico Rodrigo	79
Anexo 4 – Dados dos Testes Sujeito 2 Grupo Clínico Gabriel	85
Anexo 5 – Dados dos Testes Sujeito 3 Grupo Clínico Marcelo.....	89
Anexo 6 – Dados dos Testes Sujeito 1 Grupo Controle Pedro.....	97
Anexo 7 – Dados dos Testes Sujeito 2 Grupo Controle João.....	105
Anexo 8 – Dados dos Testes Sujeito 3 Grupo Controle Vitor	109

APRESENTAÇÃO

O interesse pela pesquisa científica teve início no período da graduação quando a tive a oportunidade de desenvolver o trabalho de iniciação científica. Vendo o trabalho dos professores que admirava, o interesse foi crescendo. Ao concluir a graduação, percebi que gostaria de dar continuidade à pesquisa. Tomei a decisão de sair do interior de Minas Gerais, onde me criei e formei, e vim para São Paulo. Tive contato com a professora Leila Tardivo, que prontamente me recebeu e me acolheu no laboratório que coordena – o APOIAR. Desde então comecei a desenvolver trabalhos de pesquisa seguindo sempre a proposta do Laboratório de aliar pesquisa científica com a intervenção clínica psicanaliticamente orientada.

Este trabalho teve sua origem na parceria estabelecida entre o Instituto de Psiquiatria – IPq - do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e o Instituto de Psicologia, mais especificamente pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR – do Departamento de Psicologia Clínica, coordenado pela Professora livre docente Leila L. S. De La Plata Cury Tardivo.

O APOIAR é um serviço criado em 2002 que objetiva a constituição de um espaço interinstitucional propiciador de estudos e pesquisas voltadas para a formação do psicólogo clínico como trabalhador de saúde mental em equipamentos de saúde, além de propor atendimentos clínicos diferenciados, sob uma perspectiva psicanaliticamente orientada. A proposta do laboratório é aliar estudo e pesquisa sempre à prática clínica. Docentes do departamento de psicologia clínica, alunos da graduação, da pós-graduação e colaboradores desenvolvem projetos de pesquisa voltados para parcelas da população que não tem acesso à atendimentos psicoterápicos tradicionais.

Por ser um espaço interinstitucional, o APOIAR trabalha em parceria com diversas instituições que em suas práticas lidam com o sofrimento psíquico a todo o momento. A contribuição do APOIAR para esses espaços se dá ao possibilitar o acesso ao atendimento psicológico às populações atendidas, em suas mais diversas formas de intervenção seja pelo diagnóstico psicológico, pelas oficinas terapêuticas, seja pelos atendimentos clínicos individuais ou grupais, dentre outros. Assim, o laboratório tem parcerias com instituições que tratam pacientes com enfermidades orgânicas, com hospitais psiquiátricos, com outros serviços de saúde mental, com abrigos e outras, onde se encontram populações em sofrimento, em situação de risco e vulnerabilidade social.

Seguindo essa vertente, à convite do Ambulatório de Socialização, do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência – SEPIA – do IPq, na pessoa do médico psiquiatra Paulo Germano - coordenador do serviço, foi estabelecida uma parceria com o APOIAR. Dessa forma, se deu a minha entrada neste ambulatório e é onde essa pesquisa se insere.

O Ambulatório de Socialização trata crianças e adolescentes diagnosticados com Distúrbios de Conduta e Transtorno Opositivo Desafiador. Essas crianças não possuem problemas com a justiça, e geralmente são encaminhadas ao atendimento por suas escolas quando estão apresentando graves problemas de comportamento e/ou aprendizagem ou mesmo pelos próprios pais por não conseguirem mais lidar com a agressividade, com as atitudes desafiantes e com a falta de limites dos filhos. Por se tratar de diagnósticos difíceis de serem fechados por sua complexidade, no ambulatório estes são realizados por psiquiatras experientes, tendo-se que acompanhar a criança, a família e a escola, por um período mais longo, para se chegar a um diagnóstico mais preciso.

O convite para meu ingresso partiu de uma necessidade da própria equipe do ambulatório. Objetivava-se compreender mais profundamente os aspectos emocionais e psicológicos dessas crianças e adolescentes e verificar especificidades em suas personalidades. Dessa forma, a pesquisa contribuiria para um diagnóstico mais preciso e, conseqüentemente, para uma melhor intervenção da equipe nessa população.

Os estudos com a temática da violência e da agressividade têm sido amplamente considerados pelo APOIAR. Assim, a pesquisa no Ambulatório de Socialização vai ao encontro da linha de pesquisa do laboratório.

Várias discussões foram realizadas entre nós e os profissionais do ambulatório com intuito de se chegar aos objetivos da pesquisa. Pensamos em realizar o psicodiagnóstico nas crianças do ambulatório a partir do Teste de Apercepção Temático Animal - CAT-A – e do Teste das Fábulas de Düss. Dessa forma, a avaliação psicológica poderia contribuir para uma compreensão mais profunda dos quadros, orientando a intervenção. Pensamos ainda em comparar as crianças do ambulatório com crianças sem nenhum diagnóstico psiquiátrico, a fim de se verificar se as crianças com o diagnóstico de distúrbios de conduta teriam alguma especificidade em suas personalidades se comparadas às crianças sem o diagnóstico.

A seguir, descrevemos, de forma sucinta, como esse texto foi organizado em capítulos.

O capítulo I - a Introdução - refere-se à fundamentação teórica da presente pesquisa. Na primeira parte deste capítulo, discute-se a questão do diagnóstico dos distúrbios de conduta em psiquiatria, sendo este um diagnóstico de difícil conclusão em função da

complexidade que o envolve. No quadro clínico do distúrbio estão presentes comportamentos que incomodam e perturbam, sendo comportamentos persistentes e de difícil intervenção. As crianças e adolescentes com este diagnóstico podem não ter empatia e não demonstram preocupação com sentimentos alheios, podem ter graves problemas sociais na escola e na família, chegando até mesmo a terem problemas com a lei. Fatores individuais, familiares e sociais influenciam no desenvolvimento e na persistência do comportamento antissocial, interagindo de forma complexa e ainda pouco esclarecida.

Na segunda parte do capítulo, trata-se da questão do diagnóstico psiquiátrico na infância e adolescência. Sendo um período de inúmeras mudanças na vida do indivíduo, aponta-se as dificuldades em se fechar um diagnóstico preciso. Até o dado momento os diagnósticos são realizados a partir de sistemas de classificação descritivos e categoriais dos transtornos mentais, o que acaba não valorizando a fenomenologia do paciente. Há uma busca de sintomas para que se possa enquadrá-los em uma determinada categoria.

Aponta-se na terceira parte do capítulo I, a contribuição do psicodiagnóstico para compreender-se mais profundamente estes quadros. A avaliação psicológica objetiva uma análise globalizada do paciente com ênfase no julgamento clínico obtido por meio dos instrumentos disponíveis como entrevistas e testes. Esse processo compreende o esclarecimento do significado do desajustamento, com ênfase na dinâmica emocional inconsciente. Assim, a avaliação psicodiagnóstica pode contribuir para o diagnóstico diferencial nos quadros psicopatológicos a partir do entendimento dinâmico do indivíduo.

Finalizando este capítulo, trataremos da questão da agressividade. Esta é uma das características principais presentes nos distúrbios de conduta. Considera-se relevante mencionar as Teorias Psicológicas, em especial as Psicodinâmicas, desenvolvidas com o fim de lançar luz sobre esse conceito e esse fenômeno. Pensamos que essas teorias podem contribuir para uma maior compreensão dos quadros de distúrbios de conduta.

No segundo capítulo estão explicitados os objetivos do trabalho que são estudar os aspectos da dinâmica emocional de crianças diagnosticadas com Distúrbios de Conduta, comparativamente aos dados obtidos por crianças sem qualquer transtorno psiquiátrico, levantando indicadores e contribuindo para a compreensão dos aspectos psicológicos do grupo clínico estudado. O trabalho se justifica, pois a partir levantamento na literatura, evidenciou-se que foram poucos os que se detiveram no estudo dos aspectos emocionais das crianças com Distúrbios de Conduta, além dos sintomas e sinais que essas crianças

apresentam. Ponderamos que a visão psicodinâmica permite a apreensão mais aprofundada destes quadros.

No capítulo III abordamos a questão do método utilizado na pesquisa, que se constitui em um estudo clínico qualitativo, no qual se comparou dados psicodiagnósticos de três crianças, com faixa etária de 6 a 12 anos de idade, diagnosticadas com Distúrbios de Conduta com dados de três crianças, com a mesma faixa etária, sem nenhum diagnóstico psiquiátrico.

No capítulo IV são apresentados os resultados e discutidos à luz do referencial bibliográfico.

E finalizando, trazemos as considerações finais no capítulo V, discutindo as contribuições da pesquisa para os estudos psicodiagnósticos, além de orientar possíveis trabalhos futuros.

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

I.1 - OS DISTÚRBIOS DE CONDUTA

Como o estudo enfoca crianças atendidas em um serviço de psiquiatria e com esse diagnóstico, começaremos a introdução discutindo esse quadro clínico.

Os Distúrbios de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta antissocial, agressiva ou desafiante. Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993), tais comportamentos devem comportar grandes violações das expectativas sociais próprias a idade da criança, deve haver mais que travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais).

A CID-10 (OMS, 1993) considera os seguintes comportamentos para a realização do diagnóstico: manifestações excessivas de agressividade e tirania, crueldade com outras pessoas ou animais, destruição grave de propriedades, comportamento incendiário, roubos, mentiras repetidas, cabular aulas ou fugir de casa, ataques de birras de forma inusitada e grave, comportamento provocativo desafiador e desobediência grave e persistente. Qualquer um destes comportamentos, se marcantes, é suficiente para o diagnóstico, entretanto atos antissociais isolados não são. Os julgamentos da presença do transtorno de conduta devem levar em consideração a etapa de desenvolvimento que a criança se encontra (OMS, 1993).

Nesta classificação, dentro da categoria de Distúrbios de conduta (F91), existem seis possibilidades diagnósticas: Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar (F91.0); Distúrbio de conduta não socializado (F91.1); Distúrbio de conduta socializado (F91.2); Distúrbio desafiador de oposição (F91.3); Outros transtornos de conduta (F91.8); Transtorno de conduta não especificado (F91.9) (OMS, 1993).

O Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar é caracterizado pela presença de um comportamento antissocial e agressivo (não meramente um comportamento de oposição, provocador ou perturbador), manifestando-se exclusiva ou quase exclusivamente em casa e as relações com os membros da família nuclear ou as pessoas que habitam sob o mesmo teto. O Distúrbio de conduta não socializado caracteriza-se por comportamento antissocial ou agressivo persistente, associado a uma alteração significativa e global das relações com as outras crianças. A característica principal do Distúrbio de conduta socializado é a presença de um comportamento antissocial ou agressivo manifestando-se em indivíduos habitualmente bem integrados com seus companheiros. O Distúrbio desafiador de oposição manifesta-se

habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou antissociais graves (OMS, 1993).

Com base nos critérios diagnósticos americanos do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002) observa-se que os comportamentos antissociais persistentes fazem parte dos diagnósticos psiquiátricos do transtorno desafiador de oposição (313.81) e do transtorno de conduta (312.8) e. A característica principal do transtorno desafiador de oposição seria um padrão de comportamento negativista, hostil, desafiador e desobediente com figuras de autoridade. Em geral, a manifestação desse transtorno ocorre antes dos oito anos de idade e, em uma proporção significativa dos casos, o transtorno desafiador opositivo é um antecedente evolutivo do transtorno de conduta. O transtorno de conduta se caracteriza principalmente por um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos individuais dos outros ou normas ou regras sociais importantes próprias da idade (CURATOLO, 2003).

Os autores da CID-10 e do DSM-IV trabalharam em estreita colaboração para coordenarem esforços, resultando em auxílio mútuo. Os códigos e os termos fornecidos no DSM-IV são completamente compatíveis com a CID-10. As consultorias entre os autores do DSM-IV e da CID-10 foram muito úteis para aumentar a congruência e reduzir diferenças de redação entre os dois sistemas (APA, 2002).

O distúrbio de conduta é o quadro psiquiátrico mais frequente na infância e de maior causa de encaminhamento para o psiquiatra infantil devido aos comportamentos antissociais e agressivos presentes (BORDIN E OFFORD, 2000; CURATOLO, 2003). O comportamento antissocial é frequentemente um precursor do comportamento antissocial do adulto, sendo de grande preocupação clínica (CURATOLO, 2003). O transtorno de conduta é mais frequente no sexo masculino (9% nos meninos e 2% nas meninas com menos de 18 anos), independente da idade, e mais frequente em crianças maiores (12 a 16 anos) comparadas às menores (04 a 11 anos), independentemente do sexo (BORDIN E OFFORD, 2000; CURATOLO, 2003).

O quadro clínico dos distúrbios de conduta é caracterizado por comportamento antissocial persistente com violação de normas sociais e direitos individuais. Em sua base estão os comportamentos que incomodam e perturbam, além do envolvimento em atividades perigosas e até mesmo ilegais. Quando existe o envolvimento legal, a criança ou o adolescente é tratado com o termo “delinquente” ou “menor infrator”. Os atos antissociais relacionados aos transtornos psiquiátricos são abrangentes e se referem a comportamentos

condenados pela sociedade, com ou sem transgressão das leis. Estes jovens não apresentam sofrimento psíquico ou constrangimento com as próprias atitudes e não se importam em ferir os sentimentos das pessoas ou desrespeitar seus direitos. Seu comportamento apresenta maior impacto nos outros do que em si mesmos. Os comportamentos antissociais tendem a persistir parecendo faltar capacidade de aprender com as consequências negativas dos próprios atos (BORDIN E OFFORD, 2000).

Os sintomas dos distúrbios de conduta surgem no período compreendido entre o início da infância e a puberdade, podendo persistir até a idade adulta. O início após os dezesseis anos é raro. O transtorno desafiador de oposição é um precursor comum ao transtorno de conduta e se manifesta antes dos 8 anos de idade. Está frequentemente associado a transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (43% dos casos) e a transtorno de emoções (33% dos casos: ansiedade, depressão, obsessão compulsão). A comorbidade com TDHA é mais comum na infância, envolvendo principalmente os meninos, enquanto a comorbidade com ansiedade e depressão é mais comum na adolescência, envolvendo principalmente as meninas após a puberdade (BORDIN E OFFORD, 2000).

Na maioria dos indivíduos, os distúrbios de conduta apresentam uma remissão na idade adulta, entretanto, uma parcela substancial dos indivíduos continua apresentando comportamentos que satisfazem os critérios para diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial. O início precoce prediz um pior prognóstico e um risco aumentado de transtornos de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias na vida adulta (APA 2002).

Os distúrbios de conduta estão frequentemente associados a baixo rendimento escolar e a problemas de relacionamento com colegas, trazendo limitações acadêmicas e sociais. Encontra-se frequentemente, comportamentos de risco envolvendo atividades sexuais, uso de drogas e até mesmo tentativas de suicídio. Na fase adulta são encontradas sérias consequências do comportamento antissocial, como discórdia conjugal, prejuízo na vida profissional, criminalidade, prisão e morte prematura violenta (BORDIN E OFFORD, 2000).

Os indivíduos com distúrbios de conduta podem ter pouca empatia ou preocupações com sentimentos, desejos e bem-estar alheios. Em situações ambíguas, tendem a interpretar mal as intenções dos outros, tomando-as como mais hostis e ameaçadores do que de fato o são e respondem de forma agressiva. Podem ser grosseiros e destituídos de sentimentos apropriados de culpa ou remorso. A auto-estima em geral é baixa, têm baixa tolerância à frustração, são irritáveis e têm acessos de raiva com frequência. Segundo o DSM-IV-TR

(APA, 2002), o transtorno de conduta está frequentemente associado com uma precocidade do comportamento sexual, consumo de álcool, uso de substâncias ilícitas e atos imprudentes e arriscados.

Os comportamentos antissociais podem surgir precocemente na infância ou na adolescência, e configuram quadro psiquiátrico de difícil tratamento. Fatores individuais, familiares e sociais influenciam no desenvolvimento e na persistência do comportamento antissocial, interagindo de forma complexa e ainda pouco esclarecida. Considerando-se que este comportamento torna-se mais estável e menos modificável ao longo do tempo, faz-se necessária a identificação, o mais cedo possível, para aumentar as possibilidades de o indivíduo beneficiar-se de intervenções terapêuticas e ações preventivas adequadas (BORDIN E OFFORD, 2000).

I.2 - DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Tratamos no capítulo anterior, do quadro clínico dos distúrbios de conduta. Vimos que se trata de um quadro de alta complexidade, e por isso, chegar-se a um diagnóstico preciso apresenta inúmeras dificuldades. Discutiremos agora sobre o diagnóstico psiquiátrico na infância e adolescência.

A doença psiquiátrica pode resultar da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, por isso, assume uma complexidade vertiginosa, acentuada enormemente na infância, por se tratar de um organismo dinâmico sujeito a mudanças contínuas. Qualquer tentativa simplificadora na definição diagnóstica neste quadro pode ser desastrosa (CAIXETA E COL, 2003).

O processo diagnóstico, por suas características intrínsecas à sua própria natureza, refere-se a determinado corte transversal que se faz na biografia do sujeito em questão, num período específico do tempo e do espaço. Uma das funções mais salientes e pragmáticas do diagnóstico recai na programação de um tratamento. O tratamento é, portanto, uma derivação pragmática do processo diagnóstico e quanto mais preciso, rápido e certo for este último, mais benefícios terá o paciente no seu tratamento. Por outro lado, os autores apontam que se o diagnóstico deve ser, por motivos práticos, um corte transversal na biografia do sujeito, o mesmo deveria ser “horizontalizado” ao máximo, para que, contemplasse a enormidade de dados que constam do quadro do paciente.

Atualmente os manuais diagnósticos utilizados para a classificação das doenças mentais (CID-10 e DSM-IV), mantêm o sistema de classificação descritivo e categorial dos transtornos mentais. Critérios descritivos bem formulados, bem definidos e operacionais têm como objetivos a confiabilidade e a validade do diagnóstico, estendendo seu uso, além da pesquisa, para a clínica e a academia.

A preocupação com a confiabilidade diagnóstica, ou seja, se o diagnóstico poderia ou não ser efetuado por outros médicos submetidos às mesmas condições de análise, exige que o exame aprimore-se suficientemente para colocar em relevância fatos observáveis e reproduzíveis por outros eventuais examinadores. Assim, o exame psiquiátrico deve-se aproximar mais do modelo médico. O exame psíquico deve ser o mais objetivo possível, buscando-se escalas, questionários, e instrumentos que possibilitem a apreensão dos dados de natureza subjetiva (CAIXETA E COL, 2003).

Brasil (2003) destaca que o observado com o uso destes sistemas na prática clínica, é uma perda de informações. O caráter restritivo desses critérios seria um preço a ser pago pelo modelo categorial baseado em critérios descritivos e operacionais. Um grande número de casos não se enquadra em nenhum desses critérios, e como resultado, ocorre alta prevalência de pacientes limítrofes. Ou seja, são usadas categorias limites e numa taxa artificialmente elevada de comorbidade devido ao desmembramento de síndromes complexas em partes menores. Esta pesquisadora destaca também que a aplicação estrita dos critérios operacionais conduz a não mais observar e estudar a fenomenologia apresentada pelo paciente, mas procurar pelos sintomas necessários para se fazer o diagnóstico, deixando de lado a psicopatologia e procurando saber como enquadrar um paciente em um ou outro diagnóstico e qual o grupo de pacientes caracteriza uma determinada categoria diagnóstica. Assim os pacientes seriam enquadrados nas categorias diagnósticas existentes, em vez de ocorrer o aprofundamento no estudo da psicopatologia. Sem desconsiderar os avanços no processo diagnóstico que resultou do uso destes sistemas, a autora destaca que estes só oferecerão parte das informações que o clínico necessita, sendo necessária a história do paciente e sua narrativa.

Brasil (2003) considera também que os sistemas diagnósticos precisam ser nutridos com novos dados empíricos sobre os fenômenos em estudo, para que se evite um padrão de conservadorismo, sem validade. Alerta para uma aplicação cautelosa do modelo categorial e dos critérios operacionais, e faz a indicação do uso destes tipos de sistemas para alguns transtornos mentais, que tenham padrões de seus sintomas, curso e desfecho, mais previsíveis,

e que se apresentam mais consistentes ao longo do tempo, local e contexto, tais como a esquizofrenia e o autismo.

Salientando as dificuldades da realização do diagnóstico na infância e na adolescência, Brasil (2003) destaca que a maioria dos sintomas como, por exemplo, a falta de atenção, a raiva, medos, impulsividade, irritabilidade, disforia e mau humor se apresentam num espectro de dimensões variadas. Estes sintomas podem apresentar-se em um amplo número de contextos que incluem o desenvolvimento normal, reações a eventos ambientais e um estado psicopatológico evidente. É necessário, então, considerar que o quadro clínico do paciente possa ser mais um processo do que uma entidade clínica devido à ampla possibilidade de respostas emocionais e de comportamentos. Estas respostas são resultado da interação entre temperamento, desenvolvimento e ambiente. Assim seria necessário considerar a dificuldade para diferenciar uma listagem de sintomas de um diagnóstico verdadeiro.

Caixeta e col (2003) apontam a necessidade de se atentar para além dos sinais externos do comportamento em psiquiatria infantil, dando-se a devida importância para os sentimentos e vivências internas do paciente. É através do diagnóstico biológico, psicodinâmico e social que se podem entender as complexas interações psicobiológicas existentes nas patologias psiquiátricas.

Considerar as diferenças individuais e de personalidade, bem como as experiências vividas possibilitaria evitar um diagnóstico puramente sindrômico, permitindo uma melhor adequação de projetos terapêuticos (ASSUMPÇÃO, 2003).

Acima foram destacadas as dificuldades e necessidades que podem ser encontradas na realização do diagnóstico psiquiátrico atual, principalmente no de jovens pacientes (restrição de informações, hipervalorização da sintomatologia em detrimento da fenomenologia, necessidades de maior compreensão dos casos limítrofes e dos quadros co-mórbidos, de maior entendimento da psicopatologia, de alimentar as informações dos sistemas diagnósticos e, finalmente, a necessidade de contemplar as individualidades e a personalidade).

Sabe-se que o estudo da personalidade tem como um de seus objetivos, compreender as diferenças individuais, descobrindo e considerando as diferenças estáveis que caracterizam os indivíduos ou tipos de indivíduos, distinguindo-os uns dos outros, possibilitando o entendimento de como tais diferenças interferem no comportamento humano em geral. Os transtornos emocionais e de comportamento com início na infância e na adolescência, especificamente o transtorno de conduta e desafiador de oposição, resultam de um complicado processo biopsicossocial, e podem ter outros transtornos co-ocorrentes. Assim recomenda-se,

durante a avaliação e planejamento do tratamento de uma criança ou um adolescente, o exame de cada componente de sua personalidade, e, sobretudo, das interações e do entrelaçamento destas variáveis que compõem este diagnóstico (KERNBERG ET. AL., 2003).

Dessa forma, Kernberg menciona a relevância do psicodiagnóstico, como definiremos a seguir.

I.3 - O PSICODIAGNÓSTICO

O psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos, em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados, na base dos quais são propostas soluções, se necessário for. Deve partir de um levantamento prévio de hipóteses que serão confirmadas ou infirmadas através de passos predeterminados e com objetivos precisos. A partir dos objetivos, é estabelecido o plano de avaliação com base nas perguntas ou hipóteses iniciais, definindo-se os instrumentos necessários para responder as hipóteses. O psicodiagnóstico tem propósitos clínicos e visa identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência ou não de uma psicopatologia (CUNHA, 2000).

Envolve um corpo organizado de princípios teóricos, métodos e técnicas de investigação tanto da personalidade como de outras funções cognitivas, tais como: entrevista e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica, como jogos, desenhos, o contar estórias, o brincar etc. De acordo com Ocampo et al. (2005), Arzeno (2003) e Trinca (1984), a escolha das estratégias e dos instrumentos empregados é feita sempre de acordo com o referencial teórico e com os objetivos (clínicos, pesquisas, educacionais, forenses, etc.) (ARAÚJO, 2007).

A Psicologia, assim como o desenvolvimento de suas práticas de avaliação psicológica, foi, ao longo da história, influenciada por duas principais tradições filosóficas: o *positivismo* e o *humanismo*. O positivismo defende o conhecimento objetivo, por meio da neutralidade científica e da experimentação. Na ótica positivista, o homem pode ser tomado como um objeto de estudo observável e mensurável, apoiando-se nessa tradição as práticas de avaliação psicológica, identificadas com os modelos médico e psicométrico, que caracterizam a primeira fase de atuação profissional do psicólogo – práticas que valorizam o uso dos testes psicológicos, a eficiência e a objetividade do diagnóstico como forma de garantir a cientificidade da psicologia. O humanismo apoia-se em correntes filosóficas que se contrapõem à visão positivista e questionam a aplicação do método das ciências naturais às ciências humanas. Defende que não é possível uma total separação entre o sujeito e o objeto de estudo, pois a subjetividade tem uma importância essencial: o sujeito está implicado com o seu objeto de estudo, ele constitui o objeto e é constituído por ele. Essa forma de pensar teve

um papel marcante no desenvolvimento de uma Psicologia Humanista, influenciada por vertentes teóricas ligadas principalmente à Fenomenologia e à Psicanálise que enfatizam a subjetividade, a intencionalidade, o sentido e o significado das experiências (e dos sintomas), o inconsciente e a relação entre sujeito e objeto de estudo. Outras práticas de diagnóstico, mais identificadas com a Psicanálise e a Fenomenologia, foram surgindo dentro do chamado modelo psicológico, que deu origem ao psicodiagnóstico e a outros procedimentos de avaliação, como as entrevistas diagnósticas, com ou sem o uso de testes ou técnicas (estruturadas ou não) de investigação da personalidade (ARAÚJO, 2007).

O psicodiagnóstico inaugurou uma nova visão da avaliação psicológica, diferente da realizada pelos profissionais da Psicometria, ao adotar uma perspectiva clínica. Passou-se a enfatizar a importância da subjetividade e dos aspectos transferenciais e contratransferenciais presentes na relação paciente/terapeuta. O uso dos testes passou a ser complementado com outros procedimentos clínicos, com o objetivo de integrar os dados levantados nos testes e na história clínica, para obter uma compreensão global da personalidade (ARAÚJO, 2007).

No Brasil, a prática dos profissionais da área de psicodiagnóstico tem sido norteadada pelos trabalhos de Ocampo et al. (2005), Arzeno (2003), Trinca (1984), Ancona-Lopez (1995), Cupertino (1995), Cunha (2000), Tardivo (1992,1998).

O modelo do tipo compreensivo (TRINCA, 1984), muito difundido entre os profissionais brasileiros que trabalham com avaliação psicológica na abordagem psicanalítica, objetiva uma análise psicológica globalizada do paciente com ênfase no julgamento clínico obtido por meio dos instrumentos disponíveis: entrevistas, observações, testes psicológicos em especial os projetivos. Nesse diagnóstico se consideram as conclusões sobre a dinâmica intrapsíquica, interpessoais e socioculturais, cuja interação resulta nos desajustamentos individuais e de personalidade.

Esse processo compreende o esclarecimento do significado do desajustamento, com ênfase na dinâmica emocional inconsciente. Para isso, torna-se necessário um levantamento de dados e informações, abrangendo os múltiplos aspectos da personalidade do paciente, ambiente familiar e social e a interação desses fatores. A busca da compreensão psicológica globalizada do paciente é efetuada pelo psicólogo por meio da análise e seleção dos dados para discernir quais os significativos e centrais.

Na avaliação psicodiagnóstica é prevista a utilização de uma bateria de testes. Essa é a expressão utilizada para designar um conjunto de testes ou de técnicas, que podem variar entre dois e cinco ou mais instrumentos, que são incluídos no processo psicodiagnóstico para

fornecer subsídios que permitam confirmar ou infirmar as hipóteses iniciais, atendendo o objetivo da avaliação. É utilizada, primeiramente, por considerar-se que nenhum teste, isoladamente, pode proporcionar uma avaliação abrangente da pessoa como um todo. Em segundo lugar, o emprego de uma série de testes envolve a tentativa de uma validação intertestes dos dados obtidos, a partir de cada instrumento em particular, diminuindo, dessa maneira, a margem de erro e fornecendo melhor fundamento para se chegar a inferências clínicas. Em relação às técnicas projetivas, como o número de pesquisas é pequeno e até mesmo escasso, no caso de crianças é aconselhável corroborar a significação clínica de indicadores de um determinado teste através de indícios sugestivos em outra técnica (CUNHA, 2000).

Por meio da interpretação do material projetivo empregado, o psicodiagnóstico visa também à diferenciação dos graus de patologia (delimitação das áreas adaptativas, neuróticas, psicóticas e psicopáticas), diferenciação do quadro psicopatológico (delimitação, por exemplo, das defesas dos pontos de fixação dominantes e quadros nosográficos) e explicação da dinâmica do caso individual (consideradas hipóteses inconscientes sobre a doença e fantasias de cura (GRASSANO, 1996).

Aiello-Vaisberg (2000) define o psicodiagnóstico como a realização de discriminações que visam, primordialmente, orientar intervenções psicoterapêuticas e psicoprofiláticas. Considera que o psicodiagnóstico só tem sentido no contexto de uma prática psicológica, pois existe um vínculo essencial entre o tipo de discriminação diagnóstica apreendida e o tipo de operação interventora que se pretenda aplicar à questão. Desenvolvendo suas ideias sobre a importância do diagnóstico da personalidade¹, a autora discorre sobre a necessidade de um elemento norteador, o método psicanalítico, em função do qual serão utilizadas técnicas e formas de tratamentos distintas², conforme a psicopatologia que se apresenta. Nesta linha de pensamento, fica claro que, embora diferentes técnicas possam ser colocadas em prática, o caráter de investigação e intervenção atribuído ao diagnóstico, não pode ser visto de forma dissociada.

A discriminação da estrutura da personalidade se faz a partir de critérios como a angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as defesas mais intensas e frequentemente utilizadas e o grau do desenvolvimento egoico e pulsional. Tais

¹ Neste artigo, Aiello-Vaisberg (1999) fala sobre o Diagnóstico Estrutural da Personalidade como prática clínica fundamental na Psicopatologia Psicanalítica (p. 29).

² A autora ressalta a importância de a unicidade do método não ser confundida com a unicidade da técnica, pois então não haverá sentido na realização do psicodiagnóstico (p. 34).

diferenciações resultarão em diferentes estratégias terapêuticas, no campo mesmo da aplicação do método psicanalítico de busca dos determinantes lógico-emocionais estruturantes das condutas (AIELLO-VAISBERG, 2000).

Tardivo (2000) discute que ao realizar o psicodiagnóstico, deve-se pensar nos aspectos intrapsíquicos, da estrutura e dinâmica da personalidade, sendo este o principal objetivo. A tarefa do psicólogo é integrar esses dados buscando-se construir uma visão global da criança e, a partir daí, propor indicações que lhe pareçam mais adequadas, como a psicoterapia e/ou tratamento paralelo como o medicamentoso. A partir de pesquisas anteriores com uso de técnicas projetivas, a autora pode verificar a validade de instrumentos na verificação de fatores determinantes da vida emocional das crianças, especialmente o teste de Apercepção Temática Infantil (CAT-A) e o Procedimento de Desenhos-Estórias (TARDIVO, 2000).

Tardivo (2002, 2003, 2004)³ vem, ao longo dos últimos anos, trazendo contribuições significativas ao campo do psicodiagnóstico realizando pesquisas que tratam do tema. Como relevante etapa de seu trabalho, cabe destacar a tese de livre-docência, que retrata o adolescente e o sofrimento emocional na atualidade. Neste estudo, os instrumentos projetivos foram apresentados a adolescentes em diferentes âmbitos, sendo utilizados em um contexto de consultas terapêuticas coletivas. Assim, segundo Tardivo (2004):

[...] Vale dizer que o papel do psicólogo clínico como investigador e profissional que intervém (papéis a meu ver indissociados) não é nunca o de julgar, mas o de se aproximar para compreender e, se possível, propor medidas que possam levar a mudanças.

Em pesquisa de Vagostello (2002), um estudo de caso com uma criança vítima de violência doméstica foi realizado a fim de compreender a dinâmica da personalidade dessa criança. Utilizou-se o procedimento de Desenhos-Estórias, o Teste de Apercepção Temática infantil com figuras de animais e o Teste de Rorschach para se compreender as condições psicológicas da criança que sobreviveu às severas agressões físicas e sexuais realizadas por terceiros em função da negligência da mãe. A partir do material analisado, percebeu-se que a passividade é um traço marcante de sua personalidade, bem como as necessidades de cuidado e proteção, levando-a a ter uma postura de dependência frente ao mundo. Por outro lado, não

³ Dentre outros trabalhos, destacam-se as pesquisas realizadas por Tardivo e Aiello-Vaisberg com Jovens indígenas aculturados (2002) e sobre a representação social da juventude pelo próprio jovem em cidades brasileiras (2003).

consegue encontrar nas pessoas a satisfação que busca, pois não consegue estabelecer uma relação de confiança com o mundo, sentido como ameaçador e pouco confiável. A autora aponta que a ambivalência frente ao mundo pode estar relacionada ao fato da criança sentir a mãe como empobrecida e passiva, conforme dados encontrados tanto em seu material projetivo quanto por sua história.

Maldonado e Williams (2005) estudaram o comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica, estudando-se dois grupos de crianças – um que apresentava comportamentos agressivos na escola e outro que não apresentava, em um total de 28 crianças. Foram utilizados três instrumentos: uma escala de percepção por professores dos comportamentos agressivos de crianças na escola, uma entrevista para levantamento de dados sobre as famílias e uma escala de táticas de conflito revisada para confirmar a existência ou não da violência conjugal nas famílias das crianças. Em conclusão, o estudo mostrou haver maior incidência de severidade de exposição à violência doméstica nas crianças do sexo masculino que apresentaram comportamento agressivo na escola, quando comparadas às crianças do mesmo sexo que não apresentam tal comportamento. Na amostra estudada o fenômeno da violência doméstica foi encontrado em ambos os grupos, mas os níveis da violência se expressaram de formas diferentes.

Graeff e Vaz (2006) realizaram pesquisa que investiga a personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach, mas os autores apontam que há poucos estudos que utilizam instrumentos para diagnóstico e os que existem apresentam dados estatísticos de pequena relevância. Diante disso, aponta-se para a necessidade da realização de pesquisas que utilizem instrumentos projetivos de avaliação, contribuindo para sua validação, podendo ser utilizados em escala mais ampla como forma de refinar o diagnóstico psiquiátrico na detecção precoce de transtornos mentais na infância, na orientação efetiva de tratamento de transtornos, bem como propostas de prevenção de agravamento e a promoção da saúde infanto-juvenil.

Cecatto (2008) realizou estudo com 21 crianças abrigadas cujo objetivo foi verificar se crianças afastadas do convívio familiar apresentavam comportamento agressivo, fazendo-se uso do Teste das Fábulas e o *Child Behavior Checklist* (CBCL). A avaliação psicológica permitiu verificar que relatos ao Teste das Fábulas da maioria das crianças da amostra estavam relacionados à conflitiva da própria situação de afastamento dos pais. Os resultados apontaram que a maioria das crianças manifesta um comportamento agressivo, sendo a privação emocional um fator fundamental no desenvolvimento do comportamento agressivo.

As crianças tiveram vivências de privação e frustração no período inicial de sua vida, antes de serem abrigados, no momento em que não tiveram atendidas as suas necessidades emocionais básicas, devido a dificuldades parentais, algumas delas chegando a vivenciar situações de violência doméstica, abandono e negligência.

Um estudo encontrado na literatura internacional de Clemence (1999), intitulado ‘Teste de mão AGG e variáveis AOS: relação com a classificação de professores de agressividade’ (tradução nossa), teve como objetivo estabelecer em que medida dados de avaliações psicodiagnósticas foram capazes de diferenciar crianças identificadas como agressivas das crianças sem a sintomatologia. Os resultados deste estudo forneceram suporte para a validade dos instrumentos utilizados e pontuação na avaliação do comportamento agressivo em crianças, demonstrando a utilidade do teste para identificar tendências agressivas em crianças.

Embora pesquisas mostrem a importância de se conhecer mais profundamente o funcionamento emocional das crianças e adolescentes com Transtornos de Conduta, observa-se que estes estudos precisam ser ampliados. A avaliação psicodiagnóstica pode contribuir para o diagnóstico diferencial nos quadros psicopatológicos a partir do entendimento dinâmico do indivíduo. Essa forma de avaliação que enfoca a personalidade de forma global, pressupõe um nível elevado de inferência clínica, procurando-se entender a problemática de forma mais profunda, identificando conflitos e chegando a uma compreensão do caso, contribuindo, assim para uma maior precisão no diagnóstico psiquiátrico da infância e adolescência.

Sendo a agressividade uma das características marcantes de crianças com o Distúrbio de conduta, consideramos relevante mencionar as Teorias Psicológicas, em especial as Psicodinâmicas, desenvolvidas com o fim de lançar luz sobre esse conceito e esse fenômeno.

I.4 - TEORIAS PSICOLÓGICAS SOBRE A AGRESSIVIDADE

A agressividade é definida segundo Laplanche e Pontalis (1992) como a tendência ou conjunto de tendências que se atualizam em comportamentos reais ou fantasísticos que visam prejudicar o outro, destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo. Segundo os autores, a agressão pode apresentar outras modalidades além da ação motora violenta e destruidora; não existe comportamento positivo ou negativo, simbólico ou efetivamente concretizado que não possa funcionar como agressão. Aponta-se ainda que a psicanálise atribuiu uma imensa importância

crecente à agressividade, mostrando-a em operação desde muito cedo no desenvolvimento do sujeito.

Desde seus primeiros trabalhos, Freud faz delineamentos quanto à agressividade. Ao tratar sobre a transferência negativa (FREUD, 1895/1987), fala acerca das tendências hostis que estariam por trás da resistência ao tratamento. Posteriormente trata sobre os sentimentos de amor e ódio na clínica das neuroses (FREUD, 1905/1987) e, em seguida, fala sobre a união dos desejos de amor e ódio que são a base da teoria acerca do Complexo de Édipo (FREUD, 1910/1987), sendo que essa conjunção de desejos está na base de uma série de suas teorizações. Na teoria das pulsões, Freud dará seu papel mais importante à agressividade. Trata do dualismo pulsional que divide o campo das pulsões em pulsões de vida – relacionadas à conservação, criação, manutenção - e pulsões de morte – relacionadas aos fenômenos de compulsão, destrutividade (FREUD, 1920/ 1987).

A partir de “Além do princípio do prazer”, Freud passa a considerar a pulsão de agressão, que designaria as pulsões de morte quando direcionadas ao exterior, com o objetivo de destruição do objeto (FREUD, 1920/1987). A partir das concepções de Freud, os demais teóricos da psicanálise passam a diferenciar a expressão de agressividade no que ela contém de construtivo e naquilo que ela tem de destrutivo.

Os trabalhos de Melanie Klein e de seus seguidores insistiram na presença de uma interação afetiva precoce, carregada de desconfiança e hostilidade, e que é fácil de reconhecer no registro clínico como muito ativa entre a criança e seu meio. Para Klein, as pulsões de morte têm um papel primordial desde a origem, estando orientadas para o objeto exterior e induzindo o sujeito às angústias de aniquilação e desintegração. Segunda a autora, a luta entre os instintos de vida e de morte já estariam sendo travados desde o nascimento e acentua a ansiedade persecutória provocada por essa experiência dolorosa. A experiência teria o efeito de dar ao mundo externo, no caso o seio materno, um aspecto hostil (KLEIN, 1932/1981).

Klein (idem) não deixa de dar, ainda assim, a devida importância ao objeto exterior no sentido de favorecer ou marcar o desenvolvimento da agressão, apontando que qualquer objeto externo pode intensificar a situação de perigo externo. Ela discute as relações entre a angústia e as manifestações agressivas, a partir da formulação da origem e formação de um superego precoce. A formação do superego começaria com a introjeção oral dos objetos, formando imagos dotadas de intenso sadismo visto que isto se dá no período do desenvolvimento em que os impulsos sádicos estão em seu auge. Estas imagos são projetadas no mundo exterior e a criança então passa a se sentir dominada pelo temor de sofrer ataques

cruéis, vindo tanto de fora quanto de seu próprio superego. A angústia decorrente desse temor aumenta seus impulsos sádicos, impelindo a criança a destruir os objetos hostis que imagina estarem lhe atacando, fomentando-se assim um círculo vicioso angústia-agressividade. A angústia da criança impele a destruição do objeto, o que aumenta a angústia pelo temor de retaliação, de correndo um aumento da manifestação agressiva.

Donald Winnicott foi um psicanalista que deu uma grande contribuição à compreensão acerca da agressividade e da tendência antissocial, tendo desenvolvido seus pensamentos a partir de sua experiência clínica no período da Segunda Guerra Mundial, em que atendeu crianças que não tinham mais seus lares em função das circunstâncias da guerra.

Winnicott (1984/2005) descreve que o amor e ódio constituem os principais elementos a partir dos quais se constroem as relações humanas, existindo no bebê amor e ódio em sua plena intensidade. Mas segundo o autor, amor e ódio envolvem agressividade. Questiona se ao pensar no bebê, pode-se encontrar manifestação de sua agressividade sem disfarces e coloca:

[...] Sabe-se que os bebês mordem os seios das mães chegando até a tirar sangue. Mas na verdade o que geralmente ocorre é que em duzentas ou trezentas mamadas, o bebê morde cerca de doze vezes, mordendo principalmente quando está excitado e não quando está frustrado. (p. 96) Se é verdade que o bebê tem uma grande capacidade para a destruição não é menos verdade que ela tem uma grande capacidade para proteger o que ela ama de sua própria destrutividade, e a principal destruição existe sempre, necessariamente em sua fantasia. (WINNICOTT, 1984/2005, p. 97).

Winnicott (1984/2005) discute que a riqueza da personalidade é, predominantemente, um produto do mundo das relações internas que a criança está construindo o tempo todo através do dar e receber psíquico, que ocorre permanentemente e é paralelo ao dar e receber físico que se pode facilmente presenciar. Segundo o autor, há um jogo das forças destrutivas no interior da personalidade da criança, e aí se pode encontrar as forças boas e más em plena força. Ser capaz de tolerar tudo o que se pode encontrar na realidade interior é uma das grandes dificuldades humanas, e um dos importantes objetivos humanos consiste em estabelecer relações harmônicas entre as realidades pessoais internas e as realidades exteriores.

Ao discutir o desenvolvimento da personalidade, coloca que as forças cruéis ou destrutivas quando ameaçam dominar as forças de amor, induz o indivíduo a fazer alguma coisa para salvar-se, e uma das coisas que ele faz é por para fora o seu íntimo, dramatizar exteriormente o mundo interior, representar ele próprio o papel destrutivo e provocar seu controle por uma autoridade externa. Esse controle pode ser estabelecido desse modo, na fantasia dramatizada, sem sufocação séria dos instintos.

Segundo o autor, é tarefa do adulto impedir que essa agressão fuja ao controle, proporcionando uma autoridade confiante, dentro de cujos certos limites um certo grau de maldade pode ser dramatizado e usufruído sem perigo. É tarefa de pais e professores cuidar para que as crianças nunca se vejam diante de uma autoridade tão fraca a ponto de ficarem livres de qualquer controle ou, por medo, assumirem elas próprias a autoridade.

Winnicott (op.cit.) aponta que na criança em processo de amadurecimento surge uma alternativa muito importante à destruição, a *construção*. Este é um dos mais importantes sinais de saúde - o surgimento e a manutenção na criança do brincar construtivo. Esse brincar aparece com o tempo como resultado da totalidade das experiências de vida da criança no ambiente, proporcionadas pelos pais ou pelos que atuam como pais. A criança precisa sentir que o seu brincar e o faz-de-conta é levado a sério por alguém.

Ao acompanhar a criança, com sensibilidade, através dessa fase vital do início do desenvolvimento, a mãe estará dando tempo para a criança adquirir todas as formas de lidar com o choque de reconhecer a existência de um mundo situado fora de seu controle mágico. Dando-se tempo para os processos de maturação, a criança se tornará capaz de ser destrutiva e de odiar, agredir e gritar, em vez de aniquilar magicamente o mundo. Dessa maneira, a agressão concreta é uma realização positiva. Em comparação com a destruição mágica, as ideias e o comportamento agressivo adquirem valor positivo e o ódio converte-se num sinal de civilização, quando se tem em mente todo o processo do desenvolvimento emocional do indivíduo, e especialmente suas primeiras fases (WINNICOTT, 1984/2005).

O autor aponta duas origens para a agressão. Por um lado constitui direta ou indiretamente uma reação à frustração. Por outro lado, é uma das muitas fontes de energia de um indivíduo. Ao observar o início da agressividade em um indivíduo, vê-se um movimento do bebê. Até mesmo antes de nascer ao realizar movimentos bruscos na barriga da mãe, se fazendo sentir como se estivesse dando pontapés. O que logo será comportamento agressivo não passa no início de um simples impulso que leva a um movimento e aos primeiros passos

de uma exploração. A agressão está sempre ligada, desta maneira, ao estabelecimento de uma distinção entre o que é e o que não é o eu.

Após discutir sobre as questões da agressividade, Winnicott discute a questão da delinquência que, segundo ele, está sempre ligada a privação da vida familiar. Ele coloca:

[...] Se o lar consegue suportar tudo o que a criança pode fazer para desorganizá-lo, ela sossega e vai brincar; mas primeiro os testes têm que ser feitos e, especialmente, se a criança tiver alguma dúvida quanto à estabilidade da instituição parental e do lar. Antes de mais nada, a criança precisa estar consciente de um quadro de referência se quiser sentir-se livre e se quiser ser capaz de brincar, de fazer seus próprios desenhos, ser uma criança irresponsável. (WINNICOTT, 1984/2005).

Ao constatar que o quadro de referência de sua vida se desfez, o autor sinaliza que a criança deixa de se sentir livre. Torna-se angustiada e, se tem alguma esperança, trata de procurar um outro quadro de referência fora do lar. Procura uma estabilidade externa sem a qual poderá enlouquecer. Quando fornecida em tempo oportuno, a estabilidade crescerá na criança, de modo que gradualmente a criança avançará da dependência e da necessidade de ser cuidada, para a independência. A criança antissocial está olhando mais longe, está recorrendo à sociedade em vez de recorrer à família ou à escola para lhe oferecer a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional. A delinquência, dessa forma, indica que alguma esperança existe.

A criança normal, ajudada nos estágios iniciais pelo seu próprio lar, desenvolve a capacidade para controlar-se. Desenvolve o que é denominado ambiente interno, com tendência para descobrir um bom meio. A criança antissocial não tendo tido a oportunidade de criar um bom ambiente interno, necessidade absolutamente de um controle externo se quiser ser feliz e capaz de trabalhar. Essas crianças podem ser tratadas com psicoterapia e precisa lhes ser oferecido um ambiente estável e forte, com assistência e amor pessoais e doses crescentes de liberdade. A psicoterapia não terá grandes possibilidades de êxito se esse ambiente estável não for proporcionado. O ambiente deverá dar oportunidade à ligação egoica, uma vez que a criança percebeu que foi uma falha ambiental no apoio ao ego que redundou originalmente na tendência antissocial. Segundo Winnicott (op. cit.), o analista deve esperar que a tendência antissocial se desenvolva com total vigor na situação analítica, e deve estar preparado para suportar seu impacto, pois, dessa forma, a criança será capaz de

completar seu desenvolvimento emocional. Isso significará o estabelecimento de uma boa capacidade para sentir a realidade das coisas reais, internas e externas, e o estabelecimento da integração da personalidade individual.

Segundo o mesmo:

Quando existe esperança, no que se refere às coisas internas, a vida instintiva está ativa e o indivíduo pode usufruir do uso de impulsos instintivos, incluindo os agressivos, convertendo em *bem* na vida *real* o que era *dano* na *fantasia*. (WINNICOTT, op. cit., p.99).

Tardivo em pesquisa realizada em 2004 (a qual deu origem a sua Tese de livre docência) com adolescentes que viviam em situação de risco na cidade de São Gabriel da Cachoeira no Estado de Amazonas, teve como intuito compreender o complexo fenômeno referente aos crescentes índices de violência e de mortes violentas (suicídio e homicídio) entre adolescentes indígenas aculturados que viviam na cidade pesquisada. Fazendo uso do Procedimento de Desenho Temático, Tardivo observou a presença de conteúdos muito agressivos nos desenhos feitos pelos adolescentes, sendo representadas situações em que os adolescentes faziam uso de álcool e/ou drogas e ainda situações violentas que segundo os próprios adolescentes representavam a situação em que se encontravam na cidade, com poucas oportunidades e sentindo-se perdidos. A partir do material analisado, Tardivo coloca:

Torna-se também dificultado a esses adolescentes o caminho da dependência até a independência, que decorre da separação progressiva dos pais. Sente-se só e abandonado, sem saber se pode confiar nos pais, ao mesmo tempo em que se afasta deles. E, com isso, torna-se ainda mais difícil enfrentar as árduas tarefas que tem de dar conta: em especial formar a própria identidade. (TARDIVO, 2007, p. 119).

A autora observa que as aventuras no caso daqueles adolescentes se configuraram de fato, como situações de risco reais, muitas vezes concretizadas em suicídios, acidentes fatais (com brigas, armas), prisões de menores, gravidezes indesejadas e prematuras.

Assim como Winnicott pode pensar acerca das crianças em tempo de guerra, as quais não podiam contar com um lar, com um ambiente facilitador no seu desenvolvimento psíquico, Tardivo (2004, 2007) em sua pesquisa no Amazonas, descreve circunstâncias

semelhantes, nas quais a ausência de um suporte social e familiar, a ausência de apoio e sustentação, de um ambiente facilitador, geraram naqueles adolescentes sentimentos de forte angústia, de solidão e desamparo diante do futuro.

CAPÍTULO II - JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

JUSTIFICATIVA

Nos Distúrbios de Conduta há fatores individuais, familiares e sociais que influenciam no desenvolvimento e na persistência do comportamento antissocial, interagindo de forma complexa e ainda pouco esclarecida. A partir dos estudos pesquisados na literatura evidenciou-se que foram poucos os que se detiveram no estudo dos aspectos emocionais presentes, além dos sintomas e sinais que essas crianças apresentam.

A visão psicodinâmica permite a apreensão aprofundada de alguns destes aspectos. Esta pesquisa se justifica por propor o estudo e a compreensão do funcionamento psicológico destes pacientes, contribuindo para a identificação de aspectos da dinâmica emocional auxiliares na formulação do diagnóstico.

Esse estudo também se justifica pela contribuição que deverá trazer na área da Psicopatologia Infantil, em especial a Psicodinâmica, além da área do Psicodiagnóstico Compreensivo e as Técnicas Projetivas.

A partir dessa justificativa os objetivos do presente estudo foram:

OBJETIVOS

Estudar os aspectos da dinâmica emocional de crianças diagnosticadas com Distúrbios de Conduta, levantando indicadores e contribuindo para a compreensão dos aspectos psicodinâmicos do grupo clínico estudado, buscando-se analisar a natureza das angústias, as defesas utilizadas e as figuras parentais internalizadas.

CAPÍTULO III - MÉTODO

III.1 - TIPO DE MÉTODO

O método utilizado nesta pesquisa é o estudo de caso controle. Trata-se de um tipo de estudo em que dois grupos são estudados, afim de que se possam encontrar indicadores que os diferencie. O estudo identifica um grupo de sujeitos com a doença e outro sem e, então se olha para o passado para se identificar as variáveis preditoras que possam explicar porque os casos desenvolveram a doença e os controles não (HULLEY, 2008).

Esse tipo de estudo surgiu com o objetivo de identificar os fatores de risco para as doenças. Portanto, o fim utilizado para definir casos e controles tem sido a presença ou ausência de uma doença. Desse modo, são considerados casos os indivíduos que tem a doença.

A compreensão dos casos se deu a partir do método clínico. Este é definido como meio de interpretar os significados psicológicos e sócios culturais que os indivíduos, no caso pacientes, dão ao que se chamam fenômenos da saúde - doença (TURATO, 2003).

O método clínico tem como concepção a relação sujeito e meio não como uma relação linear de causa e efeito mas, sim, como uma relação dinâmica entre o indivíduo e a sociedade. Tanto o sujeito como o meio integram uma única estrutura (TARDIVO, 2007).

Bleger (1975) nos traz importantes contribuições quanto ao método clínico. O autor coloca que a psicologia clínica é sempre o campo e o método mais direto e apropriado de acesso à conduta dos seres humanos e sua personalidade. Bleger (idem) entende que toda conduta humana, no momento que se manifesta, é a melhor conduta, no sentido que é a melhor organizada que o organismo pode manifestar no dado momento, e é a que pode regular a tensão o máximo possível para essas aquelas condições.

Dessa forma, até o sintoma pode ser entendido como a melhor conduta que o organismo pode manifestar para resolver na melhor forma possível as tensões que enfrenta no momento. As formas que o indivíduo emprega diante do perigo são pelo autor acima citado denominadas de estruturas de conduta. Aí poderiam ser consideradas as estruturas “normais” ou “patológicas”. Mas estas podem ser alteradas já que são dinâmicas e respondem ao momento dado.

Bleger (1975) encara a personalidade de forma inseparável do contexto social, no qual o homem é integrante, e a conduta é um processo dinâmico. Ele considera a conduta como

sendo funcional, ou seja, deve resolver tensões. Está sempre implicado um conflito ou ambivalência, e uma conduta só pode ser entendida em função do campo ou contexto no qual ela ocorre.

Tardivo (2007), apoiando-se no pensamento de Bleger (1975), discute quantos aspectos a conduta inclui, desde a exterior e manifesta, a experiência consciente, as modificações somáticas objetivas, acessíveis à investigação fisiológica e finalmente os produtos da conduta, onde se incluem escritos, os desenhos e também os resultados das chamadas técnicas projetivas.

Ainda seguindo as ideias de Bleger (idem), a ciência não é um método ou um conjunto de verdades reveladas, feitas de uma vez para sempre. É então um processo que se constrói. Isso quer dizer que tanto o conhecimento como os meios instrumentais para obtê-lo são mutantes e constituem na sua totalidade um processo muito complexo, que não é linear e nem unidirecional. Assim não se pode conceber um método objetivo por um lado e subjetivo por outro. O método científico é o emprego correto de recursos objetivos e subjetivos em permanente inter-relação.

Dessa forma, entende-se que o método clínico é o mais indicado em estudos que buscam a compreensão aprofundada de um fenômeno, como nesse caso.

III.2 – PARTICIPANTES

Foram avaliadas três crianças - grupo clínico - de seis e doze anos de idade, do sexo masculino, que preencheram os critérios para diagnóstico de Distúrbios de Conduta. As crianças são provenientes do Ambulatório de Socialização (Ambulatório de Distúrbios de Conduta) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP⁴.

O grupo controle foi formado por três crianças da mesma faixa etária, também do sexo masculino, provenientes de escolas da cidade de São Paulo, que não preencheram nenhum critério para qualquer diagnóstico psiquiátrico.

O pareamento entre os grupos se deu pela idade, sexo e pela condição sócioeconômica, assim buscaram-se as crianças do grupo controle em escolas municipais da cidade de São Paulo, de forma similar à condição encontrada nas crianças atendidas no ambulatório.

⁴ A identificação do serviço foi autorizada pelo mesmo.

O diagnóstico psiquiátrico foi realizado através da escala K-SADS-PL - entrevista diagnóstica semi-estruturada validada para realidade brasileira (BRASIL, 2003). As crianças do Ambulatório de Socialização foram diagnosticadas segundo a avaliação clínica dos psiquiatras experientes que compõem a equipe, sendo confirmado através da aplicação da escala. Nas crianças do grupo controle, aplicou-se o instrumento sendo que todas as crianças foram confirmadas sem nenhum diagnóstico psiquiátrico.

III.2.1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Faixa etária de seis a doze anos de idade que, segundo a Psicologia do Desenvolvimento, se encontram no período da Terceira Infância. Considerou-se esta faixa etária por ser o período no qual ocorre o desenvolvimento da moralidade (PAPALIA, 2000);
- As crianças do grupo clínico e grupo controle passaram por avaliação psiquiátrica através da versão brasileira da K-SADS-PL (BRASIL, 2003). As crianças do grupo clínico foram diagnosticadas com Distúrbio de Conduta e as crianças do grupo controle não apresentaram qualquer transtorno psiquiátrico.

Os critérios de exclusão foram:

- O desejo da própria criança em não querer participar da pesquisa, ou seus pais não consentirem sua participação;
- A criança possuir problemas neurológicos e/ou retardo mental e não ter condições físicas e/ou psicomotoras para realizar as tarefas que lhes seriam solicitadas nas avaliações.

III.3 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

III.3.1- K-SADS

A K-SADS-PL é a versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children* para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos (BRASIL, 2003).

É uma entrevista diagnóstica semi-estruturada projetada para avaliar episódios de psicopatologia, no momento atual e no passado, em crianças e adolescentes, segundo os critérios do DSM-III-R e DSM-IV.

As informações são obtidas através dos relatos dos pais e das crianças.

O instrumento foi utilizado com o objetivo de compor os grupos - clínico e controle, a partir da confirmação do quadro, no caso do grupo clínico, e da ausência de qualquer diagnóstico, no caso do grupo controle. Assim, os dados obtidos nessa escala não foram apresentados e discutidos na presente pesquisa.

III.3.2 - TESTE DAS FÁBULAS DE DÜSS⁵

O Teste das Fábulas de Düss foi desenvolvido por Louisa Düss, em 1940. Propõe a exploração de historietas incompletas como estímulo para investigação na avaliação psicológica de conflitos inconscientes, de crises situacionais e de desenvolvimento, possibilitando a compreensão psicodinâmica da criança (CUNHA, WERLANG E ARGIMON, 2000).

O teste é composto de dez fábulas cada uma delas referindo-se a um complexo específico. Apresentam uma situação problema para qual deve ser encontrada uma solução. A ênfase em aspectos estressantes torna as fábulas sensíveis a interpretações particularizadas, que se associam com problemas circunstanciais da vida diária e com conflitos tanto conscientes quanto inconscientes. O material suscitado pelas fábulas oferece importantes indícios das vulnerabilidades egossintônicas com cada fase do desenvolvimento, uma vez que as situações problema que as fábulas apresentam são suficientemente ambíguas e simbólicas, para o sujeito poder projetar aspectos pessoais intrapsíquicos, possibilitando identificar questões básicas, na perspectiva da faixa etária em que se encontra e conflitos de etapas anteriores. Cunha, Werlang e Argimon (2000) apresentaram uma forma adaptada do teste original. Na presente pesquisa, foi utilizada a versão original, traduzida por Tardivo (1992), utilizada em sua tese.

Por meio das fábulas, as crianças expressam desejos, temores, necessidades e pensamentos como se na realidade não lhes pertencessem. Podem atribuir sentimentos ou pensamentos não aceitáveis, aos personagens das fábulas. Por se tratar de uma técnica projetiva, propicia uma investigação profunda sobre os conflitos vivenciados pela criança e da forma como esta avalia a relação intrafamiliar. Nesse sentido, sua inclusão no processo psicodiagnóstico de crianças mostra-se rica para o conhecimento e entendimento do

⁵ Teste não aprovado pelo CFP (Resolução 002/2003) para uso clínico, mas permitido e estimulado em pesquisas.

funcionamento psicológico, mostrando-se eficaz na investigação clínica (TARDIVO, PINTO JR E SANTOS, 2005).

Cunha e Nunes (1993) criaram além da forma verbal, uma forma pictórica do Teste das Fábulas, em função da disseminação de meios de comunicação e desenvolvimento de brinquedos e jogos avançados para crianças, necessitando de um teste que fosse mais motivador para as crianças. Procedeu-se a validação e padronização da técnica no Brasil com 120 crianças pré-escolares e 260 escolares (de 3ª e 4ª séries) da Grande Porto Alegre. Para os pré-escolares a administração foi individual e foi utilizada a forma pictórica acompanhada da verbal. Para os escolares aplicação foi coletiva, com a forma verbal. Foram construídas tabelas de respostas populares para todas as fábulas, para cada sexo e para os escolares e pré-escolares, exceto para a Fábula 10, que se destina ao controle das anteriores.

Tardivo (1992; 1998) realizou estudos normativos do Teste das Fábulas de Düss em sua versão original para a população no estado de São Paulo. O estudo foi realizado com 128 crianças e criaram-se referenciais de análise compostos por traços ou categorias específicas para cada uma 10 fábulas utilizando como fundamentação a teoria psicanalítica e o conhecimento da técnica, apontando as respostas típicas da população para este teste. A criação das categorias teve como objetivo abranger o significado mais latente das respostas.

O Teste das Fábulas é um instrumento muito utilizado em pesquisas com objetivo psicodiagnóstico. Rey (1995) ao realizar pesquisa também com crianças abrigadas, concluiu que em mais de 50% da amostra não houve evidência de conflito edípico, sugerindo que a institucionalização pode marcar seu desenvolvimento e a triangulação edípica. Tardivo, Pinto Jr e Santos (2005) apontaram o Teste das Fábulas como uma técnica eficaz para o desvelamento do funcionamento psíquico mais profundo do sujeito, a partir de pesquisa realizada com crianças vítimas de violência doméstica, na qual foi utilizada a técnica com fins psicodiagnósticos. Os dados indicaram o quão danosa é a experiência de violência doméstica para a saúde mental da vítima.

Já em estudo com crianças pré-escolares na região de Porto Alegre/RS, sem considerar diferenças com relação a renda, organização familiar e sexo, Werlang (1993) aponta a presença de conflito edípico mais evidente por volta dos 6 anos de idade.

Santos (1997) em pesquisa com adolescentes moradores de rua acerca das condições de elaboração psíquica e da descarga via ação, utilizou além do Teste das Fábulas, o Teste da Figura Humana e entrevistas, concluindo que embora estes adolescentes recorram à ação

como forma de descarga das tensões, eles possuem recursos para expressão simbólica, mesmo com a turbulência em que vivem.

Marques (1997) utilizou o Teste das Fábulas como um dos instrumentos de pesquisa para compreender a manifestação da organização da identidade de gênero em meninos adotados a partir da relação entre os pais adotivos e as crianças, sendo que o instrumento possibilitou ver o predomínio de ansiedades ligadas à separação e ao temor da perda.

Serafini, Ávila e Bandeira (2005), em pesquisa que objetivou descrever as respostas mais frequentes ao Teste das Fábulas de crianças abrigadas em Canoas e Porto Alegre, RS, comparando-as com as da amostra padronizada, observaram a partir da análise das respostas das crianças, a presença de conflitos relacionados à situação de abandono, rejeição e privação vivenciada por essas.

Cada uma das fábulas pretende desencadear determinados aspectos, sendo utilizado o referencial psicanalítico para sua elaboração e interpretação, o que se pode observar a seguir (Tardivo, 1998):

Fábula 1 - Fábula do Pássaro - objetiva descobrir a fixação da criança a um dos pais ou o seu grau de independência, aspectos de separação-individação e atitude básica frente ao mundo.

Fábula 2 - Fábula do Aniversário de Casamento - verificar se a criança sofreu algum trauma no quarto dos pais, reações frente à cena primária e a inveja da criança frente a relação dos pais.

Fábula 3 - Fábula do Carneirinho - explorar reações ao desmame e à relação entre irmãos. Sentimento de rejeição parental e simbiose.

Fábula 4 - Fábula do Enterro - explorar a agressividade, relação diante da morte, culpa, auto-punição. Sentimentos hostis em relação ao pai e aos irmãos.

Fábula 5 - Fábula do Medo - avaliar a angústia e auto-punição.

Fábula 6 - Fábula do Elefante - examinar o complexo de castração ou o medo da criança em ser castrada, além de reações frente à experiências fálicas.

Fábula 7 - Fábula do Objeto Fabricado - detectar se há caráter obstinado e possessivo na criança, atitudes da mãe com a criança e sentimentos de conformidade social.

Fábula 8 - Fábula do Passeio - desencadear processos ligados ao conflito edipiniano, atitudes frente ao pai de mesmo sexo e sentimentos de rejeição e rivalidade.

Fábula 9 - Fábula da Notícia - conhecer desejos e temores da criança.

Fábulas 10 - Fábula do Sonho mau - controle das fábulas anteriores, medos e desejos e ligação quanto a agressão e hostilidade.

III.3.3 - TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL COM FIGURAS DE ANIMAIS – CAT-A⁶

O CAT-A - Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais - foi proposto por Leopold Bellak e Sorel Bellak em 1949 (ANZIEU, 1979). Destina-se a crianças de 3 a aproximadamente 12 anos e é um dos principais instrumentos para avaliação da personalidade de crianças. (BELLAK E BELLAK, 1991; BELLAK E ABRAMS, 1997; FAUST E EHRICH, 2001; HUTT, 2005; EDWARDS, 2005; CARSON, 2006).

É descendente direto do TAT, de Henry Murray, considerado um instrumento projetivo eficaz para avaliação de adultos, mas que não atendia às necessidades das crianças pequenas, dadas as características dos estímulos, uma vez que se trata de figuras mais pertinentes ao mundo adulto. Pensando-se na maior identificação das crianças com figuras animais, Bellak e Bellak criaram o CAT-A, composto de cenas de animas em situações humanas (ANZIEU, 1979).

O CAT-A é uma técnica de apercepção temática, levando-se em conta o material empregado, que utiliza imagens a fim de desencadear projeções. Integra ainda as técnicas temáticas verbais, que tem por objetivo suscitar processos projetivos por meio de histórias (TARDIVO E XAVIER, 2008).

É um instrumento de grande utilidade aos que se dedicam às atividades de diagnóstico e tratamento de transtornos infantis, sendo possível determinar os fatores psicológicos relacionados às reações infantis em grupo, na escola e diante dos acontecimentos familiares. Permite o estudo da dinâmica significativa das diferenças individuais na percepção de estímulos padronizados. As verbalizações do CAT refletem o conteúdo latente, os processos psíquicos da criança, possibilitando levantar hipóteses sobre a organização psicológica da mesma (FREITAS, 2000).

A técnica pressupõe que a criança forneça uma interpretação significativa a partir de sua percepção. A resposta dada ao teste evidencia uma interpretação pessoal e característica do sujeito que responde, havendo uma identificação com o personagem principal da história. Para responder ao teste, que mobiliza conteúdos inconscientes, é essencial que entrem em

⁶ Teste não aprovado pelo CFP (Resolução 002/2003) para uso clínico, mas permitido e estimulado em pesquisas. Em fase de avaliação pelo CFP na presente data.

ação aspectos da estruturação e integração do ego. Quanto menores forem os recursos do ego para lidar com a situação, maior será o grau de distorção da percepção do estímulo (TARDIVO, 1998; TARDIVO E XAVIER, 2008).

Bellak e Bellak (1966, p. 67 a 69) apresentam três proposições básicas que fundamentam o instrumento:

a) A hipótese projetiva básica: quando se apresenta uma situação com certo grau de liberdade, a pessoa dá a informação destinada a satisfazer o que lhe é pedido, mas que ao tentar dar conta da tarefa dá informações a partir das quais se pode fazer deduções relativas à sua organização única da personalidade, incluindo, aspectos adaptativos e defensivos;

b) A segunda proposição diz respeito à seleção de pranchas que compõem o teste, que contém cenas que abordam problemas, situações e papéis importantes no desenvolvimento e na vida da criança, a partir do referencial teórico psicanalítico;

c) A escolha de figuras de animais decorreu da experiência com crianças, uma vez que essas se identificam mais com animais do que com seres humanos. Os animais costumam ser menores que os humanos adultos, e podem ser identificados como frágeis assim com as crianças.

Kitron e Benziman (1990) confirmaram a importância das figuras de animais como favorecendo a projeção, em especial em crianças, concordando com essa proposição.

Tardivo e Xavier (2008) apontam a importância dos animais na angústia e fantasia da criança. Estes são considerados amigos das crianças nas histórias infantis, em nível consciente, destacando-se ainda o caráter primitivo dos impulsos animais, aproximando-os simbolicamente das crianças, considerando-se o nível inconsciente. Por se tratar de animais e não de figuras humanas, há a possibilidade de disfarce da identificação da criança com o animal mostrado na prancha, apresentando-se como estímulo ambíguo.

Diversas pesquisas têm utilizado o instrumento com objetivo de avaliação psicológica. Grassano (1996) realizou estudo dedicado aos indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas. A autora descreve o desempenho no CAT de crianças com diferentes quadros. Ao mencionar crianças com traços impulsivos e com aspectos psicopáticos, ou seja, que se aproximam às que foram objeto da presente pesquisa, aponta que estas apresentam um curso associativo rápido, com dificuldade para analisar a prancha com detenção, com impaciência e conduta motora durante a aplicação do teste. Grassano (1996) diz que as crianças impulsivas podem também fazer distorção dos personagens e características da prancha em função das

projeções desejadas, com conteúdo pobre e pouca possibilidade criativa, ainda que a verbalização possa aparecer “enfeitada” por associações secundárias fantasiosas.

Freitas (1998, 1999a, 1999b) encontrou configurações nas histórias do CAT-A que permitiram referi-las a modalidades nosológicas específicas; através do instrumento foram encontrados indicadores de depressão, tendência maníaca e de esquizofrenia. Antony e Ribeiro (2004) utilizaram o instrumento em pesquisa que objetivou investigar o funcionamento psicológico da criança hiperativa.

Barbieri, Jacquemin e Alves (2004) empregaram o CAT no psicodiagnóstico interventivo de crianças com comportamentos antissociais. A pesquisa teve como objetivo investigar um método diagnóstico/terapêutico aplicado em crianças com quadros de transtornos de conduta e/ou desafiador opositivo. Seguiu-se uma metodologia na qual se integrava consulta terapêutica com o referencial de Winnicott, a entrevista familiar apresentada por Soifer e a utilização de técnicas projetivas com caráter interventivo (Bateria Gráfica de Hammer e o CAT). Foi também aplicado o teste de Rorschach nos pais e nas crianças. Na conclusão da pesquisa realizada, é enfatizado a utilidade clínica do método de psicodiagnóstico interventivo, porém com a ressalva de que não é objetivo deste método, a supressão dos sintomas, mas sim que ele permite uma avaliação psicológica mais acurada da criança e da família, bem como prepara o paciente para um processo psicoterápico a ser realizado posteriormente, ao mesmo tempo que fortalece o movimento em direção à cura.

Quanto à validade do CAT-A, observa-se escassez de trabalhos e a necessidade de pesquisas com dados estatísticos relevantes. Os trabalhos que se destacam são os de Cunha, Nunes e Werlang (1991) que realizaram pesquisa normativa da técnica em crianças escolares e pré-escolares. Carotenuto (2000), em pesquisa que compara os pesadelos infantis com o conteúdo das histórias contadas no CAT-A, discute e traz contribuições pela validade da técnica. Fonseca (2005) comprovou a validade da técnica no estudo de crianças vítimas de violência doméstica. Benczik (2005) utilizou o instrumento em pesquisa na qual discute o psicodinamismo das crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, observando alta correlação entre o diagnóstico psiquiátrico e as respostas do CAT-A. Os dados encontrados foram semelhantes aos dados encontrados por Grassano (1996).

Em estudos normativos com o CAT-A na população do estado de São Paulo, Tardivo (1992, 1998) elaborou um referencial específico de análise do instrumento levando-se em conta a especificidade dos temas desencadeados pelas pranchas (BELLAK E BELLAK, 1949,

1991) e o referencial teórico psicanalítico (KLEIN, 1981 e 1982). Esse roteiro permitiu o estudo dos dados da pesquisa da autora.

O mesmo roteiro foi utilizado na presente pesquisa com o intuito de se comparar os aspectos psicológicos dos dois grupos estudados, o que se configurou em um elemento importante na compreensão clínica das crianças portadoras de Transtorno de Conduta e/ou Desafiador de Oposição.

Cada uma das pranchas do CAT-A objetiva desencadear determinados aspectos, os quais se encontram a seguir, a partir do referencial de Bellak e Bellak (1966, 1991); Hirsch, (1984); Tardivo (1992, 1998); Tardivo e Silva (2008).

PRANCHA 1 - ligada à situação de oralidade, rivalidade entre irmãos.

PRANCHA 2 - pode ser vista como uma luta, com temor à agressão ou de uma forma mais branda, como um jogo (cabo de guerra). Vale observar se a criança identifica o urso menor auxiliando a um ou outro progenitor, e neste caso surgindo temas relacionados à situação edipiana.

PRANCHA 3 - o leão é habitualmente identificado com a figura paterna, com atributos masculinos, verificar como a criança se relaciona com essa figura. A bengala é usada para torná-lo velho, a quem não é preciso temer (como defesa). A criança se identifica com o ratinho, mas pode ocorrer o contrário e preferir o leão.

PRANCHA 4 - relaciona-se à rivalidade entre irmãos e a preocupação com o nascimento de bebês, à oralidade e à relação mãe-filho, ou ainda fuga de algum perigo. A identificação da criança com o canguru menor pode indicar desejo de regressão, enquanto que a identificação com o maior pode indicar desejo de independência e superioridade.

PRANCHA 5 - surgem temas relacionados às reações diante da cena primária e, entre os dois ursinhos, exploração mútua entre as crianças.

PRANCHA 6 - temas relacionados à cena primária como na prancha cinco, incluindo ou completando. Podem surgir temas com relação à situação triangular.

PRANCHA 7 - relaciona-se a temores à agressão e como estes são manejados; ao grau de ansiedade da criança.

PRANCHA 8 - relacionado ao papel da criança na constelação familiar, há aspectos da educação com respeito à figura parental visualizada, à como a criança se relaciona com as figuras de autoridade.

PRANCHA 9 - relaciona-se a medo do escuro, temor ao abandono pelos pais, ao isolamento ou curiosidade em relação ao outro quarto, o que remete à situação edipiana.

PRANCHA 10 - temas relacionados a “crime e castigo”, e revelam dados sobre as concepções morais da criança.

Os resultados encontrados no estudo normativo de Tardivo (1992) destacaram os aspectos psicológicos mais frequentes em cada prancha. No presente estudo, o referencial de análise proposto pela autora foi utilizado com o intuito de possibilitar a comparação entre os grupos teste e controle.

III.3.4 - PROCEDIMENTOS

III.3.4.1 - Aspectos Éticos

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foi embasada na Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e também na Resolução nº 010 de 21 de Julho de 2005 do Código de Ética Profissional do Psicólogo. Foram respeitados aspectos descritos nessas resoluções, tais como: consentimento livre e esclarecido dos responsáveis pela criança, respeitando-se sua dignidade e autonomia; garantia da possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa; devida preocupação com a ponderação entre riscos e benefícios (princípio da beneficência), danos previsíveis serão evitados (não maleficência); preocupação com o bem-estar do sujeito, confidencialidade e privacidade, garantindo a proteção da imagem e não estigmatização do participante.

Por se tratar de pesquisa com crianças foi respeitado o art. 8º das responsabilidades dos psicólogos do Código de Ética Profissional do Psicólogo que afirma que para realizar atendimento não eventual de criança, adolescente ou interdito, o psicólogo deverá obter autorização de ao menos um de seus responsáveis, observadas as determinações da legislação vigente.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do HCFMUSP em 27 de maio de 2010, sob número 1183/09.

III.3.4.2 - Etapas para execução

A - Contato com pais ou responsáveis - em entrevista na instituição, foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa, procedimentos e importância da adesão na mesma, assegurando o sigilo das informações. Com os pais das crianças do grupo clínico, os encontros foram realizados no Ambulatório de Socialização do IPq. As entrevistas com os pais das crianças do grupo controle ocorreram na escola de origem.

B - Consentimento informado (clínico e controle) – após o aceite dos pais em participarem da pesquisa, foram assinados os Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos. Não houve recusa por nenhuma família convidada a participar da pesquisa.

Clínico – anexo 1

Controle – anexo 2

C - Avaliação Diagnóstica – foram agendadas as entrevistas para a aplicação do material de avaliação, de acordo com a disponibilidade dos familiares. Com as crianças do grupo clínico, os encontros foram realizados no Ambulatório de Socialização do IPq. O recolhimento dos dados do grupo controle ocorreu na escola de origem, de acordo com a autorização da mesma.

E - Aplicação do Material de Avaliação – os instrumentos de avaliação foram aplicados na seguinte ordem:

E.1 - Avaliação psiquiátrica através da K-SADS - realizada por estudantes e profissionais da área de psicologia e psiquiatria, previamente treinados no uso deste instrumento de avaliação. Por se tratar de um instrumento diagnóstico baseado nos critérios do DSM-III-R e DSM-IV é necessário que haja um treinamento prévio para sua aplicação e correção, o que ocorreu com os profissionais que o utilizaram na presente pesquisa.

E.2 – Aplicação do Teste de Apercepção Infantil com figuras de Animais – CAT-A – a aplicação do CAT-A se deu individualmente conforme atendimento previamente agendado. As crianças foram informadas de como se daria a aplicação do instrumento, que os dados seriam anotados para que não se perdesse nenhuma informação e que o teste poderia ser interrompido caso a criança achasse necessário. A média de aplicação do CAT-A foi de 1 hora e 20 minutos para as crianças do grupo clínico e de 40 minutos por criança do grupo controle.

E.3 – Aplicação do Teste das Fábulas de Düss – assim como no CAT-A, a aplicação do Teste das Fábulas se deu individualmente, após a aplicação do CAT-A. A criança era informada de como se daria a aplicação do teste, de que as informações seriam anotadas e que ela poderia interromper, caso fosse preciso. A média de aplicação para as crianças do grupo clínico foi de 30 minutos e para as crianças do grupo controle foi de 15 minutos.

Após a aplicação dos testes, foram esclarecidas eventuais dúvidas das crianças.

F – Avaliação do Material

Tardivo (1992, 1998), além de criar um referencial específico para o Teste das Fábulas e um para o CAT-A, criou um referencial capaz de analisar as duas técnicas. Este referencial foi criado para o procedimento de Desenhos-Estórias, sendo mais sintético e considerando o instrumento como um todo e não cada unidade, de acordo com o modelo compreensivo proposto por Trinca (1984) possibilitando uma análise mais abrangente. Comparando-se os resultados das três técnicas a partir deste referencial, Tardivo (1992) considerou que os itens que compõe este último referencial estão contemplados nos outros dois, com a vantagem de ser sintético. Assim, este foi o referencial de análise seguido na pesquisa projeto conforme apresentado abaixo:

ATITUDE BÁSICA	Aceitação - estão incluídas nesse traço as necessidades e preocupações com aceitação, êxito, crescimento e as atitudes de segurança
	Oposição - atitudes de oposição, desprezo, hostilidade, competição, negativismo
	Insegurança - inclui as necessidades de proteção, abrigo e ajuda; as atitudes de submissão, inibição, isolamento, bloqueio, e as atitudes de insegurança
	Identificação positiva - sentimentos de auto-valorização, auto-imagem e auto-conceito reais e positivos; busca de identidade e identificação com o próprio sexo
	Identificação negativa - refere-se aos sentimentos de menor valia, menor capacidade, menor importância e identificação com o outro sexo
FIGURAS SIGNIFICATIVAS	Figura Materna Positiva - mãe sentida como presente, gratificante, boa, afetiva, protetora, facilitadora (objeto bom)
	Figura Materna Negativa - mãe vivida como ausente, omissa, rejeitadora, ameaçadora, controladora, exploradora (objeto mau)
	Figura Paterna Positiva - sentida como próxima, presente, gratificante, afetiva e protetora

	<p>Figura Paterna Negativa - semelhante ao traço 7, aqui em relação ao pai</p> <p>Figura Fraternal Positiva e/ou Outras figuras - aspectos de relacionamento com irmãos e/ou com outros iguais (companheiros, amigos etc.), cooperação, colaboração</p> <p>Figura Fraternal Negativa e/ou Outras Figuras - aspectos negativos do relacionamento: competição, rivalidade, conflito, inveja</p>
SENTIMENTOS EXPRESSOS	Sentimentos Derivados do Instinto de Vida - são aqueles de tipo construtivo: alegria, amor, energia instintiva e sexual
	Sentimentos Derivados do Instinto de Morte - são aqueles de tipo destrutivo: ódio, raiva, inveja, ciúme persecutório
	Sentimentos Derivados do Conflito - são sentimentos ambivalentes, que surgem da luta entre os Instintos de Vida e de Morte; ou seja, sentimentos de culpa, medos de perda, de abandono, sentimentos de solidão, de tristeza, de desproteção, ciúme depressivo e outros.
TENDÊNCIAS DESEJOS E	Necessidades de Suprir Faltas Básicas – estão incluídas as mais primárias, como desejo de proteção e abrigo; necessidades de compreensão, de ser contido, de ser cuidado com afeto; necessidades orais
	Tendências Destrutivas - inserem-se aqui as mais hostis, como desejo de vingança, de atacar, de destruir, de separar os pais
	Tendências Construtivas - são as mais evoluídas, como necessidades de cura, de aquisição, de realização e autonomia, de liberdade e crescimento
IMPULSOS	Amorosos
	Destrutivos
ANSIEDADES	Paranoides

	Depressivas
MECANISMOS DE DEFESA	Cisão
	Projeção
	Repressão
	Negação/Anulação
	Regressão ou Fixação a Estágios Primitivos
	Racionalização
	Isolamento
	Deslocamento
	Idealização
	Sublimação
	Formação Reativa

	Negação Maníaca ou Onipotente
--	-------------------------------

Foi realizada inicialmente uma análise clínica de cada sujeito tendo como orientação o referencial apresentado acima, proposto por Tardivo (1992, 1998), buscando-se compreender a natureza das angústias, as defesas utilizadas e as figuras parentais internalizadas. Em seguida, fez-se um levantamento dos principais indicadores encontrados nos dois grupos a partir das Fábulas de Düss e do CAT-A. As principais diferenças encontradas nos grupos foram apresentadas em uma tabela e discutidas em seguida.

G - Devolutiva

Os dados das avaliações das crianças ficaram disponibilizados, conforme esclarecimentos, aos pais ou responsáveis das crianças bem como à equipe do ambulatório e à coordenação da escola.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

GRUPO CLÍNICO

❖ SUJEITO 1

Nome: Rodrigo⁷

Idade: 11 anos

História da criança: encontra-se em tratamento no Ambulatório de Socialização, tendo sido encaminhado pela escola por apresentar comportamentos agressivos na escola com os colegas e desafiadores com as professoras. Mora com a avó materna, que é quem o cria. A mãe o teve muito jovem e não tinha condições de cuidar, deixando-o aos cuidados da avó. Tem pouco contato com a mãe e segundo a avó, Rodrigo tem sentimentos ambivalentes com relação a ela, ora quer vê-la, mas quando estão juntos a destrata, ofende. A mãe constituiu nova família, hoje é casada e tem uma filha do segundo casamento, mas ele continuou residindo com a avó. Não possui contato com o pai.

Análise dos dados:

FÁBULAS

As atitudes básicas frente ao mundo que prevalecem são a de oposição e a de insegurança. A atitude de insegurança está presente em fábulas como, por exemplo, na 5, Fábula do Medo, em que traz que a criança “tem medo de escuro e de bicho papão. A avó diz pra ele não ter medo que bicho papão não existe. Ele diz que existe sim porque puxou o pé dele durante a noite. Ela diz pra ele largar de besteira e ir dormir sozinho.” (sic) Pode-se notar a atitude de oposição na Fábula 2, do Aniversário de Casamento, em que responde que a criança vai para o fundo do jardim porque “está passando mal e quer vomitar.” (sic). Rodrigo demonstra sentir-se inseguro em várias situações e a forma que encontra para lidar com a sua insegurança é se opondo.

As figuras significativas maternas e paternas, em sua maioria, são vistas como negativas, como por exemplo na Fábula 8, do Passeio, em que relata que a criança ao voltar para casa de um passeio com a mãe, encontra o pai com uma cara diferente “porque o pai dele tomou cachaça e ficou bêbado. Aí o pai dele todo dia de noite toma pinga e briga com a mãe dele. E eu ouço a briga da minha casa. Aí eu ouço “cala a boca, senão vou te bater”. Dá

⁷ Todos os nomes utilizados são fictícios.

vontade chamar a polícia porque bater em mulher é covarde. Dá vontade sair dando vassourada na cabeça dele que ele toma cachaça. Tem que chamar a polícia, a delegacia da mulher pra poder pegar ele. E que providências vai dar a polícia? Nenhuma. Tem que prender ele, senão a polícia não faz nada. Aí tem que chamar também a força tática, o exército, o BOP pra cercar a casa dele que tem um monte de saída. E fim.” (sic) Em alguns momentos, as figuras se mostram como positivas e negativas em uma mesma fábula, gerando sentimentos de ambivalência e insegurança na criança. A figura que é vista como positiva e dá apoio em algumas situações é a figura da avó.

Os sentimentos são derivados do instinto de morte e do conflito. Pode-se observar pela Fábula 4 – do Enterro – em que traz que quem morreu foi um senhor, o pai do senhor e a esposa dele que estava grávida. Na história, a mulher morreu enfiando uma faca na própria barriga.

As tendências e desejos em sua maioria são as tendências destrutivas. Ressalta-se essa tendência nas fábulas 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10. A Fábula do Sonho Mau, a fábula 10, exemplifica: a criança “ela teve pesadelo de bicho papão. Aí o bicho papão, bicho papão não, cadeirudo pegou ele, assustou ele de pesadelo, falou que ia comer ele e ia soltar ele pro boi. Aí o boi ia dar chifrada nele pra matar. Aí ele ficou triste e não saiu de casa por um mês. Fim.” (sic)

Os impulsos em sua maioria são destrutivos e as ansiedades paranoides. Em uma mesma fábula observam-se aspectos completamente destoantes. Pode-se inferir que para ele é muito difícil lidar com o que lhe é angustiante, não contando com as figuras parentais para dar suporte na resolução de seus conflitos ficando submerso neles. Sente-se muito sozinho para lidar com as suas angústias.

Usa como defesa e negação maníaca ou onipotente e a idealização - as histórias são fantásticas e com finais mirabolantes como se pode verificar no desfecho da Fábula 1 em que ele coloca: “Aí eles saíram voando, foram pra Argentina, Paraguai e depois ficaram no Brasil. Aí o filho cresceu e teve passarinho também. Fim.” (sic) ou ainda na Fábula 7: “ele vai fazer uma torre de barro, aí depois ele vai fazer um monte. Aí ele vai fazer como arte e vai ganhar dinheiro. Aí depois ele vai dar pro pai dele, pra mãe dele, pro tio, pra vó, pro vô. Aí ele vai crescer e vai virar um artista. Aí ele vai ficar um famoso artista igual o Denis Azevedo da novela Caras e Bocas. Aí só vai ter um problema, ele não vai fazer igual o Denis fez com o macaco dele pintar, ele mesmo que vai pintar, as artes dele de barro, de argila, e de outras coisas, etc. Fim da história.” (sic) Pode fazer uso dessas defesas para conseguir lidar de certa forma com suas angústias e medos. Faz uso ainda como defesa da regressão ou fixação a

estágios mais primitivos, utilizando frequentemente expressões infantilizadas como, por exemplo, a mãe deu “tete” para o filho.

A agressividade é tema recorrente nas fábulas. Na Fábula do Enterro em que é questionado sobre quem morreu naquela casa, ele diz: “é o senhor que é o pai do Luiz que teve infarto e morreu. Aí o Luiz teve infarto também e foi para a UTI. Aí ele saiu da UTI e foi no enterro do pai. Ele desmaiou. Ele tem 42 anos. A esposa levou ele pro hospital. A esposa também passou mal, estava grávida e perdeu o bebê. Ficou triste, enfiou a faca na barriga e morreu. Fim.” (sic) A agressividade é muito clara nessa fábula e nas demais, sendo essa a sua dinâmica psíquica e a forma que encontra para se colocar no mundo, não conseguindo fazer uso de mecanismos defensivos mais saudáveis e não contando com figuras significativas capazes de lhe dar sustentação.

CAT-A

Observa-se que a dinâmica apresentada nas Fábulas se repete no material apresentado no CAT.

A atitude básica permanece como sendo de oposição e insegurança. E ainda a atitude de identificação negativa. Observa-se a atitude de oposição em algumas pranchas como, por exemplo, na prancha 6, em que o ursinho sai da caverna escondido e sem a autorização dos pais. Um guepardo tenta pegá-lo e os pais vão defendê-lo, ficando feridos. O pai fica bravo por ele ter saído sem autorização. A insegurança pode ser observada na história da prancha 1 em que o galo some e a galinha fica tentando encontrá-lo. Os pintinhos ficam assustados quando a galinha diz que o galo sumiu, e a história é concluída dessa forma, os pintinhos assustados dentro do galinheiro. Não consegue solucionar as situações apresentadas.

A figura materna é ora vista como positiva ora como negativa. Dessa forma, é sentida como ambivalente como pode se observar na história da prancha 9: “Existe numa casa uma coelhinha e a família dela, por isso então a coelhinha ficou com catapora e ela sarou. Depois a coelhinha ficou com a gripe H1N1. Aí a mãe dela deixou ela uma semana sem sair do quarto, aí ela ficou pior. Aí a mãe dela deixou ela no porta malas e foi levar ela para o hospital, aí ela passou bem e viveu feliz para sempre.” (sic) Os sentimentos com relação à mãe são ambíguos, confusos, não sabendo se pode ou não contar com ela. A figura paterna aparece nas histórias frequentemente como negativa, como na história da prancha 1 em que ele relata que o galo sumiu, deixando a galinha e os pintinhos.

Os sentimentos permanecem sendo os derivados do instinto de morte e do conflito, como se pode observar nos exemplos anteriores. As tendências e desejos em sua maioria são as de necessidades de suprir faltas básicas e as destrutivas, como pelo trecho da história da prancha 8: “Aí outro dia o filho dela saiu para rua para brincar, para rua não, para a floresta, aí ele entrou numa confusão e ficou praticamente uma semana sem sair para brincar. Aí a mãe dele ficou triste e deixou ele sair só um dia para ver os amigos e depois entrar para o quarto.” (sic)

Os impulsos em sua maioria são os destrutivos. Relata constantemente nas histórias que os animais se machucam, se desentendem, chegando a se matar. Pode-se perceber pela história da prancha 7: “Existe um tigre numa floresta que ele não gosta de atacar seres humanos nem seres vivos como porco, vaca, zebra, girafas e etc, ele só consegue atacar os macacos porque ele não é bom de correr, ele só serve para escalar as árvores. E outro dia o tigre estava escondido numa mata e um macaco estava brincando sozinho no cipó. Aí de repente o macaco soltou do cipó e o tigre foi tentar dar o bote, caiu um monte de macaco em cima do tigre, aí o tigre não aguentou o peso. Aí os macaquinhos saiu, aí caiu os chipanzé nas costas do tigre, então o tigre ficou um mês com as costas doendo. Aí ele não aguentou e chegou a morrer. Fim.” (sic) Além do conteúdo agressivo, observa-se através da prancha 7 uma inversão de papéis, uma vez que o animal que deveria ser temido, o tigre, acaba sendo morto pelos chipanzés. Isso demonstra a forma como se defende do que é perigoso e ameaçador, que é desafiando e se opondo.

Rodrigo não consegue na maioria das vezes solucionar os conflitos apresentados. Os desfechos das histórias se dão bruscamente ficando em aberto. Como na prancha 1 em que os pintinhos ficam assustados pelo sumiço do galo e vão para o galinheiro, ou na prancha 6 em o pai ficou bravo pelo ursinho ter saído sem autorização. E enfatiza o final das histórias dizendo “e fim da história” (sic), como se não tivesse outra possibilidade para solucionar as situações que lhe são dadas.

Sente-se como algo muito ruim. A história da prancha 3 do Leão e do Ratinho demonstra claramente essa questão quando traz que o leão é o rei do reino dos ratos, mas que ele só come ratos. E que apareceram 50 ratos no reino e que o leão teve que acabar com todos eles porque arrumou um gato que não deu conta. E finaliza dizendo que o leão não gosta dos ratos, mas que os ratos gostam dele. Essa prancha habitualmente desencadeia sentimentos da criança com relação a figura paterna de autoridade, sentindo-se nesse caso como sendo aniquilada, sem importância.

Assim como nas fábulas, Rodrigo faz uso frequentemente da negação maníaca ou onipotente como mecanismo de defesa, criando histórias mirabolantes com finais mágicos, além de fazer uso da idealização e da racionalização. Essas são as formas que encontra para dar conta de situações em que se sente tão ruim e angustiado.

❖ SUJEITO 2

Nome: Gabriel

Idade: 11 anos

História da criança: Gabriel é filho único e reside com os pais. Foi encaminhado para o ambulatório pela escola por apresentar comportamentos agressivos com os colegas, por não conseguir se concentrar em sala de aula e por não respeitar os limites colocados pelos professores.

Análise dos dados:

FÁBULAS

A partir das fábulas, pode-se observar que a atitude básica de Gabriel é a de oposição, de insegurança e a de identificação negativa. Opõe-se à própria tarefa se recusando a contar as histórias. Observa-se ainda a oposição em outros momentos como na Fábula do Carneirinho em que fica nervoso pelo fato da mãe dar leite para o outro carneirinho ou na Fábula do Objeto Fabricado em que não dá a torre para a mãe. A insegurança é notada na Fábula do Passeio em que ao retornar para a casa com a mãe de um passeio e ao se deparar com o pai não estando com a cara de sempre coloca “porque será que o pai dele e a mãe dele iam se separar? Por a mãe dele ia sair sozinha com ele sem o pai? Pode ser isso.” (sic)

As figuras maternas e paternas não são sentidas como positivas não auxiliando na resolução dos conflitos, como na fábula 1, do Pássaro, em que traz que o pássaro “arrumará outro lugar, mas sem ser o do pai ou o da mãe.” (sic)

Os principais mecanismos de defesa utilizados são a negação, a repressão e a racionalização, possivelmente por sentir-se ameaçado e perseguido.

CAT-A

Permanece a atitude básica de oposição, insegurança e identificação negativa observadas nas fábulas. Observa-se a oposição na história da prancha 2 em que conta “Era três ursos, três irmãos, os três sempre brigavam, nunca se entenderam. Um dia aconteceu uma

tragédia. O irmão maior passou mal e morreu. Eles começaram a entender, que se não tivessem feito alguma brincadeira de mau gosto com o irmão, o irmão não teria morrido. Aí nunca mais eles brigaram, porque, tipo, o irmão deles morreu porque eles estavam tipo correndo, mas jogando pedra no caminho, aí o irmão deles caiu, bateu a cabeça e morreu. Pronto. Aí eles deram mais valor aos dois. Fim.” (sic)

As figuras significativas não são vistas como positivas ou capazes de lhe dar suporte como se observa na história da prancha 5 em que traz a história a morte da mãe fazendo com que os filhos se virassem sozinhos ou ainda na história da prancha 8 em que conta a seguinte história: “Era uma família de macacos, que a família era muito conhecida por serem muito fofos. Um dia a mãe não gostava do que a família falava e sempre falava pro filho não seguir o exemplo. Um dia todo mundo começou a comentar ele porque ele era muito estranho. Até a família começou a fuxicar dele e ele disse “eu nunca vou ser igual a vocês porque para comentar dos outros tem que olhar para si mesmo”. Aí acabou a história.” (sic)

Os sentimentos expressos são derivados do instinto de morte e do conflito como se percebe na prancha 1 em que conta a história " Era uma família de galinha, que a mãe sofria muito para dar o melhor para eles, mas eles nunca viam o lado da mãe. Um dia a mãe deles morreu e eles começaram a passar necessidade. Aí o irmão mais velho teve a obrigação de cuidar e dar sempre o melhor dele para os outros. Que não tiveram muito a mãe que morreu muito cedo, muito jovem. O irmão era tão carinhoso que fazia sempre o melhor para os irmãos e esquecia dele mesmo e depois acabou a história. Fim.” (sic)

As tendências e os impulsos são destrutivos. As ansiedades paranoides. A história da prancha 10 exemplifica esses aspectos. “Era uma família de cachorro que vivia a mãe, o pai e o filho numa casa. Os donos eram muito bom, mas o cachorro mais novo sempre fazia bagunça, bagunçava tudo a casa dos donos e sempre fazia bagunça. Um dia o dono dele quase bateu nele, por ele ser tão malvado. Mas aí um dia o pai dele disse assim “não faça isso porque senão depois a gente não vai ter pra onde ir e nós queremos seu bem”. Depois disso ele parou e nunca mais fez isso. Fim.” (sic)

Apresenta sentimentos de abandono e desesperança (medo das figuras que poderiam protegê-lo), sentindo-se ameaçado e perseguido como se observa na prancha 7 “Tinha um tigre que vivia na floresta. Todos temiam ele porque todos tinham medo dele, medo mesmo. Um dia veio um macaco, e o macaco foi tão corajoso que conseguiu enfrentar o tigre. Mas ele conseguiu enfrentar de uma forma tão boa que conseguiu vencer o tigre. Depois ele disse que

o tigre não ia dar mais medo em ninguém, o tigre seria solto, mas não para fazer maldades. E o tigre nunca mais fez maldades. Pronto.” (sic)

Na prancha 7, há ainda uma inversão dos papéis uma vez que o tigre é vencido pelo macaco. Essa é a forma que tende a se expressar diante das situações que sente como ameaçadoras, desafiando e ignorando o perigo.

Faz uso de mecanismos de defesa como a racionalização e da negação.

❖ SUJEITO 3

Nome: Marcelo

Idade: 7 anos

História da criança: Marcelo reside com a mãe, sendo filho adotivo. Antes apanhava dos colegas na escola, até que passou a bater. Encontra-se mais nervoso desde que o irmão de 40 anos com quem tem uma relação de pai, tentou o suicídio. Foi encaminhado para tratamento por apresentar comportamentos agressivos e opositivos.

Análise:

FÁBULAS

A partir das Fábulas, percebe-se que a atitude básica de Marcelo frente ao mundo é de insegurança e de identificação negativa. Em todas as fábulas, observa-se que o personagem principal está exposto às situações de risco, sendo que não recebe auxílio das figuras que deveriam protegê-lo. Pode-se observar isso, por exemplo, a partir da fábula 1 em que o passarinho tenta voar, mas não consegue, caindo no mato e se machucando, diz ainda que não tinha ninguém para ajudá-lo. Ou na fábula 10 em que conta a história do sonho mau, relatando suas angústias com medo de que se tornem realidade, como mostra o trecho relatando: “alguma coisa que ele não gostasse. Só que ele pensou que ia transformar em realidade e ele achou que era uma coisa ruim pra ele. Era uma coisa ruim que tinha acontecido com ele, mas não queria que acontecesse, mas não aconteceu. Daí ele foi falar com a mãe e ela também estava dormindo.” (sic)

Há pouca referência às figuras parentais. Se o faz, é de forma negativa ou ambivalente (aparecendo como positivas e negativas na mesma fábula). Demonstra não saber o que esperar das figuras significativas e não sente que estas possam o auxiliar na contenção e acolhimento de suas angústias. A fábula 3 – Fábula do Carneirinho - explicita os sentimentos de Marcelo com relação à figura materna, dando a seguinte resposta: “ele vai comer grama fresca. Daí

quando não dá mais vontade, ele vai pedir leite para a mãe dele, mas ela não vai ter pra ele. O outro também vai pedir, mas o outro estava bravo e empurrou o outro no chão, o que sabia comer grama que empurrou. Daí a mãe briga com ele e ele ficou bravo com a mãe e bateu nela e ela deixou ele de castigo até o ano que ele ficar de castigo. Até esse ano o carneirinho não gostava de ficar lá e fugiu de casa. Daí quem foi procurar ele foi o outro carneirinho pequeno, que chegou, né?! Ele foi no bosque e encontrou um lobo que gostava de comer carneiro, ele tentou fugir e não conseguiu. Até ele dar um tapa na cara do lobo, e ele fugiu para procurar o irmão e não achou. Ele foi pelo outro bosque e encontrou ele deitado no chão morto. O que morreu foi o que sabia comer grama. Só.” (sic)

Os sentimentos expressos são os derivados do instinto de morte e do conflito. É possível observar a partir do trecho da Fábula do Medo em que conta: “ela tem medo de assombração que quando ela faz coisa errada, quando ela vai ter medo, não sabe que fez coisa errada. E para alguma pessoa ela deve ter feito e deve ser para alguém da família dela que é a irmã dela. Que ela cortou o dedo dela, daí ela foi dormir e teve um sonho horrível, depois viu uma assombração perto dela. Aí veio todas as assombrações por perto e aqueles esqueletos das pessoas que já morreram perto dela.” (sic) ou ainda na Fábula da Notícia em que a comunicação entre a criança e a mãe se mostra dúbia. A mãe tenta dar presentes que a criança goste, mas ela não consegue acertar como mostra o trecho: “é alguma coisa que seja um material escolar novo, uma mochila ou um caderno. O menino pensa nessas três coisas. Ele pensa que é um caderno e a mãe acaba confundindo com um estojo, daí ela deu pra ele e ele fala assim “ah, tá bom”. Daí ela foi comprar uma mochila e ele não gostou também, até que aquele dia que ele não gostou de nada.” (sic)

Demonstra necessidades em suprir faltas básicas. Os impulsos são destrutivos. As ansiedades em sua maioria são paranoides. A fábula 3, do Carneirinho, apresentada anteriormente demonstra presença desses aspectos.

Percebe-se a projeção maciça de seus conteúdos nas fábulas. É uma criança que possui um alto grau de angústia. Fica tomado por elas e por seus medos, sentindo-se confuso, sozinho e não sabendo como lidar, como mostra a Fábula do Carneirinho ou ainda pela Fábula do Medo, como mostra o trecho “Só que ela esqueceu que tinha medo de assombração e subiu pelo muro da casa. Depois ela foi tentar achar outra, só que a porta estava fechada e com aquele barulho de fantasma dentro. Aí quando o fantasma foi abrir a porta e ela foi esconder, conseguiu pegar a irmã dela e trancar os fantasmas lá fora e pôs uma grade de extensão para eles não saírem. Aí a irmã foi procurar a mãe e ela tinha sumido, estava com os fantasmas.

Após eles passaram os fios de extensão, eles foram para longe e a irmã pediu desculpa para a outra. A mãe acabou voltando com uma sombra. Elas ficaram com muito medo, mas a outra percebeu que era a mãe. Ela rezou para ela voltar a ser normal e ela voltou a ser normal. E só.” (sic) Não sente que pode contar com as figuras parentais para dar conta de suas angústias, fazendo uso de defesas que funcionam mal e não solucionam suas demandas internas.

CAT

A atitude básica de Marcelo nas pranchas é a de oposição e de insegurança. A história da prancha 8 demonstra esses aspectos como se observa “Era uma vez uma família de macacos. Após um macaco conversar com o outro macaco que era o filho, aí ele disse assim ‘você não pode sair de casa com os seus amigos porque você está de castigo’, ‘mas por quê?’, ‘porque você não fez a lição de casa e vai fazer agora!’ Aí o que ele tinha que fazer era só pintar banana. Depois ela fez café com banana e os dois que foram convidados falaram assim ‘por que ela é tão brava com ele?’ e o outro nem ligou. Aí a outra foi e bateu na cabeça dele e ele perguntou ‘Mas porque ela é tão brava com ele?’, e ela ‘Porque ele tem que fazer a lição’ e ele ‘Mas não pode ser outra hora?’. Daí a outra diz ‘Porque ele não pode ir na rua porque ele vai fazer a lição’, o outro ficou bravo e jogou o café no cabelo dela, daí ela ficou brava e expulsou os dois pra fora. Daí eles pegaram banana e jogaram nela, e mais duas e jogaram no vidro e duas e jogaram no olho. Aí eles pegaram o menino e fugiram. Daí eles cumprimentaram o menino e devolveram ele pra casa. Fim.” (sic)

As figuras parentais são sentidas como insuficientes. Mesmo nas pranchas em que aparecem as figuras de autoridade e poder, Marcelo não as percebe dessa forma colocando-as como iguais. As figuras significativas não são sentidas como sendo capazes de suprir as suas necessidades, precisando ele mesmo buscar inteirar-se. Demonstra forte sensação de abandono. Pode-se observar pela história da prancha 5: “Aqui estou vendo dois ursinhos. Na cama deve ter alguma coisa embaixo. Era uma vez dois ursinhos pequenininhos e a coisa que eles tinham mais medo era de ficar sozinhos. Daí os pais saíram e cama ficou com o cobertor aumentando porque era um cachorro que estava embaixo do cobertor. E daí o outro ursinho achou que era um elefante e o outro achou que era uma baleia. Daí quando eles acordaram e saíram da cama, eles olharam embaixo da cama e viram um cachorro. Daí ele foi pra cima, daí eles se esconderam em cima da cama e eles foram ver o cachorro já tinha sumido, estava lá cama dele, fizeram mais força pra tirar ele, mas não conseguiram.” (sic)

Na história da prancha 3, pode-se notar que a figura de poder é vista por ele como igual, em que o ratinho e o leão ficam amigos, sendo que no final o leão segue os conselhos do ratinho como mostra o trecho “Até que eles se entenderam e o rato estava sério com ele, após ele não conseguir mais trabalhar, e o rato quis ajudar ele só pra ele entender o que é não ajudar arrumar. Daí o leão disse que não ia mais fazer nenhuma bagunça. E fim.” (sic)

Os seus sentimentos são derivados do conflito, são ambivalentes, como mostra a história 6. “Era uma vez dois ursos e um ursinho que era o pai, a mãe e o ursinho e o ursinho se chama João. Aí ele foi no bosque e ficou perdido e os pais não sabiam onde ele estava, aí ele dormiu e teve sonho horrível. Aí mais longe era a floresta assombrada. Tinha morcego, tinha cobra, tinha aranha, tinha rato, tinha lesma e tinha tatu. Daí quando os pais dele foram perguntar pra todos esses bichos, daí eles foram encontrar o filho que estava em outro lugar. Era um sitio que ele achou outro ursinho. E quando o pai e mãe achou eles, eles foram embora e ficou com a família feliz.” (sic)

As tendências são as de suprir faltas básicas, necessidades primárias como necessidade de proteção e abrigo, necessidades orais como na prancha 1 em que ele conta uma história na qual os pintinhos têm uma fome intensa e precisam de muito alimento para se saciarem.

Os impulsos em sua maioria são destrutivos e as ansiedades são paranoides, como se nota a partir da história da prancha 9. “Era uma vez um coelhinho. Após deixar a porta aberta, aparecia duas baratas, daí foram pra debaixo da cama dele e elas duas fizeram musiquinhas. Daí ele acordou e “por que a porta está aberta?”, daí as baratas disse “porque a gente abriu” e ele “quem?” e as baratas “nós, as baratas, aqui embaixo da sua cama”. Daí ele foi olhar e as baratas estavam rindo dele e falaram que ele era o mais feio e estavam dando risada da cara dele. Daí ele foi pra baixo da cama e as baratas foram pra cama dele. Daí ele falou assim “nossa, mas aqui tá tão escuro. Ah! É porque eu to no chão e não na cama” e disse assim “sai daqui suas baratas nojentas”, e elas “a gente pode ficar aqui com você?” e ele disse “podem”. Daí quando eles ficaram juntos, a mãe expulsou elas de casa e ele disse pra ela devolver elas pra casa.” (sic)

Usa de defesas como a negação maníaca ou onipotente, ignorando o perigo representado em algumas situações. Também faz uso da obsessividade, contando várias histórias a partir de uma única prancha. As defesas não são suficientes para conter suas angústias, ficando submerso nelas. Sente-se muito sozinho e com conteúdos muito ruins, não conseguindo conter seus impulsos, demonstrando até mesmo em alguns momentos confundir a fantasia com a realidade. Observa-se presença de fantasias muito assustadoras.

GRUPO CONTROLE

❖ SUJEITO 1

Nome: Pedro

Idade: 10 anos

História da criança: criança reside com os pais, avós, tia e primo de idade próxima a sua. Encontra-se bem adaptado na escola, apresentando bom comportamento e relacionamento com colegas e professores. Não pontuou para nenhum transtorno psiquiátrico na escala K-SADS.

Análise:

FABULAS

A atitude básica de Pedro frente ao mundo é de aceitação e identificação positiva, apresentando-se dessa forma na maioria das fábulas. Pode-se observar na fábula 2 – do aniversário de casamento - em que a criança vai pegar flores no fundo do jardim para a mãe e, por isso, saiu da festa ou na fábula 3 – do carneirinho, em que embora fique bravo, aceita ir comer grama e deixa o leite para o outro carneirinho.

As figuras maternas e paternas, em sua maioria, são positivas, demonstrando grande identificação com os pais como se pode verificar na fábula do passeio na qual ele demonstra grande empatia com o pai relatando: “porque ele deve ter sido despedido do trabalho ou algo assim. Aí ele não queria contar para ninguém, aí ele ficava com a cara assim. Aí o filho perguntava por que e ele não falava, ele falava que não era nada. Aí depois ele fala e o filho fica triste, mas diz para o pai ‘pai, não desista, porque você pode arrumar outro emprego’. Aí fim.” (sic)

Os sentimentos são derivados do instinto de vida, como se observa na fábula da notícia em que relata que a notícia que a mãe irá contar é que “ela vai dar um presente pra ele e quer disfarçar ou senão é aniversário dele e vai fazer uma festa surpresa.” (sic) As tendências são construtivas, os impulsos amorosos e as ansiedades depressivas, como na Fábula do Pássaro “ele subirá na árvore e fica lá. A mãe vai lá e faz outro ninho e eles ficam nesse ninho, a mãe, o pai e o filho.” (sic)

Faz uso de defesas como a sublimação, sendo esta capaz de suportar suas angústias.

Mostra-se inseguro em alguns momentos, mas há sempre a presença das figuras paternas que dão sustentação, contendo suas angústias e medos.

CAT

Prevalece a atitude básica de aceitação e identificação positiva no CAT. Na história da prancha 1, em que relata a harmonia presente na família exemplifica, destacando-se o trecho: “Aí na hora da janta os meninos já voltaram que tinham ido brincar e ela (a mãe) já tinha feito outra coisa. Aí o pai já tava junto com eles e a mãe, aí eles jantaram juntos porque nunca tinham jantado, ela fez uma coisa especial pra eles. Aí no fim do jantar, eles deram um presente para os três filhos.”

As figuras parentais permanecem como sendo positivas, assim como as figuras fraternas. Mesmo nas situações de conflito em que revela uma atitude de insegurança, estas se mostram como grande auxílio para lidar com suas angústias, como demonstra o trecho da história da prancha 5 “É um homem que estava construindo uma casa que ele tinha mulher e filho, e não tinha uma casa. Aí ele começou a construir. Aí ele tinha que comprar os móveis, mas ainda não tinha terminado a casa. Aí ele disse “a gente vai dormir lá dentro, porque já tinha algumas coisas, o quarto já estava terminado”. Aí ele foi comprar os móveis do quarto, aí eles foram dormir e ele continuou terminando a casa. Aí depois que terminaram, eles arrumaram tudo, fizeram um berço pro bebê, aí o homem comprou as outras coisas.” (sic)

Os sentimentos expressos são derivados do instinto de vida. As tendências são construtivas. Os impulsos amorosos. As ansiedades depressivas. A defesa prevalente é a sublimação. O trecho da história 7 demonstra esses aspectos: “E os tigres ficavam lá guardando os frutos deles, porque estava na época de nascer os filhotes. Aí o macaco voltou, mas disse “não vim pegar nada, vim pedir desculpas por agredir e peço bananas”. Aí eles ficaram amigos, aí eles começaram a deixar ele ficar na árvore e ele ficou. Aí ele começou a chamar a família dele, os macacos, e eles ficaram meio bravos porque disseram “não era só você?” e o macaco respondeu “como posso viver sozinho? Vocês não estão vivendo com a sua família? Porque eu também não posso?”. Aí eles entenderam e ele ficou na árvore com a família dele. Aí nasceram os filhotes e nasceu o filhote do macaco também.”(sic)

❖ SUJEITO 2

Nome: João

Idade: 8 anos

História da criança: criança reside com os pais e irmã caçula. É de origem de Pernambuco, tendo se mudado para São Paulo há cerca de cinco meses em função do trabalho do pai. Segundo relatos do pai, João queixa-se de saudades da família que ficou no nordeste,

mas os pais têm apoiado nesse processo. Apresenta bom comportamento e relacionamento com colegas e professores na escola. Não pontuou para nenhum transtorno psiquiátrico na escala K-SADS.

Análise:

FÁBULAS

João apresenta uma atitude básica frente ao mundo de insegurança, como podemos observar na fábula 1 em que fica separado do pai e a da mãe, ou ainda na fábula 2, do Casamento, em que relata que a criança vai para o fundo do jardim para comer um pedaço de bolo escondido do pai e da mãe para não levar uma bronca.

As figuras materna e paterna se mostram presentes na maioria das fábulas, embora sentidas como negativas em alguns momentos. Na fábula 9 demonstra poder contar com as figuras paternas como se observa que a notícia que irá receber “vai dizer que dizer que ela vai se mudar, e o menino e o pai também. Eles vão se mudar para outra cidade. Ele recebe muito bem a notícia.” (sic)

Os sentimentos são derivados do instinto de vida e do conflito. É uma criança, que se mudou recentemente para São Paulo tendo vindo de uma cidade da região nordeste. Em contato com o pai, este relata que aos hábitos e a rotina da criança eram muito diferentes, sendo que a mesma se encontra em processo de adaptação. Sendo assim, o sentimento de insegurança da criança pode estar ligado ao momento que está vivendo.

Os impulsos são amorosos, como se observa na Fábula do Elefante em que relata que o elefante “mudou a tromba. Ficou muito feio, mas o menino achou bonito. Porque o elefante era dele e ele achou bonito.” (sic) ou na Fábula 7: “ela vai comprar um boneco, qualquer coisa para ele ficar brincando porque vai dar a torre para a mãe.”(sic)

As ansiedades são mais depressivas. Demonstra medo de abandono, como se observa na Fábula 4, do Enterro, em que relata que quem morreu “é a mãe. Ela morreu porque passou mal. Aí o pai comprou um caixão, colocou ela dentro e enterrou ela. Aí ficou o pai e os dois irmãos. O filho cresceu e ajudou o pai e o irmãozinho dela.” (sic)

CAT-A

A atitude básica mais recorrente é a de insegurança, uma vez que o personagem principal na maioria das histórias está sempre exposto a uma situação de perigo como se pode

observar com um trecho da história contada a partir da prancha 6 “Enquanto o marido e a mulher dormiu, o filho fugiu. Aí a mulher quis procurar, e foi. Aí quando voltou, o filho já tinha, ficou no mesmo canto. Aí quando os dois voltaram a dormir, aí quando se acordou de novo, ele já estava lá. Aí eles ficaram muito felizes e foram passear e o filho desapareceu. Aí eles foram procurar e acharam ele. Ele estava escondido.” (sic)

As figuras parentais apresentam conflitos entre si, mas são sentidas como presentes pela criança uma vez que a figura materna ou a figura paterna sempre defende o personagem na história. A partir da história 5 observa-se essa questão “Dois filhotinhos. Aí a mãe aqui no coberto. O lobo entrou e pegaram os dois. Aí quando o pai e a mãe veio, os filhos já não estavam mais. Eles foram procurar e achou. No fim eles ficaram muito feliz. Os caçador mataram o lobo.”

Os sentimentos expressos são derivados do instinto de vida e do conflito, como se observa na prancha 2: “Lobo. O pai brigando com a muié do lobo e o filho puxando a corda pra ver quem fica mais com a corda. O filho tava do lado da mãe, o pai sozinho tentando puxar, mas não conseguia. Eles depois eles brigaram e separaram. No final, eles voltaram e ficaram juntos.” (sic)

As tendências são de suprir faltas básicas, como se vê na história 1 “As filhotinhas ficavam esperando a mãe colocar qualquer coisa, toda coisa para elas comer. Ela põe ovo, dá um monte de comê pra elas.” Ou como se observa na história da prancha 6 “Parece um jabuti. Tudo jabuti. Enquanto o marido e a mulher dormiu, o filho fugiu. Aí a mulher quis procurar, e foi. Aí quando voltou, o filho já tinha, ficou no mesmo canto. Aí quando os dois voltaram a dormir, aí quando se acordou de novo, ele já estava lá. Aí eles ficaram muito felizes e foram passear e o filho desapareceu. Aí eles foram procurar e acharam ele. Ele estava escondido. O pai e a mãe ficaram muito triste e quando acharam ficaram muito triste, porque ele se escondeu só pra fazer raiva no pai e na mãe. Fim.”(sic)

Os impulsos são amorosos. As ansiedades são mais depressivas. A história da prancha 3 mostra “O leão ficava feito uma vovozinha e o ratinho ficava olhando ele sentado assim oh (como a mão no queixo). Aí ele tava muito triste, porque tinha alguma gente lá fazendo alguma coisa lá com o leão. A leoa brigando com o leãozinho e o leão pai não estava gostando. Fim da história.”(sic)

João mostra muita angústia, não se sentindo capaz de dar conta de seus medos, e, por isso, precisando de muito apoio. Embora apresente tais aspectos, demonstra desejo em ser ajudado.

❖ SUJEITO 3

Nome: Vitor

Idade: 8 Anos

História da criança: criança reside com os pais. Mostra bom comportamento e relacionamento com colegas na escola e professores. Não pontuou para nenhum transtorno psiquiátrico na escala K-SADS.

Análise:

FÁBULAS

Apresenta atitudes básicas frente ao mundo de insegurança como na fábula 5 em que diz “quando ela tem medo, vai no banheiro e fica com medo; vai dormir e fica com medo, tem que ir dormir com a mãe dele. Vai no banheiro e tem que ir com a mãe dele para não ficar com medo.” e oposição como na fábula do carneirinho em que ele coloca “ele vai chorar, vai falar que quer leite e não quer comer grama.” (sic), mas mostra atitude de aceitação em algumas situações como na fábula da notícia em que a mãe pede que a criança vá ao mercado para ela, ele vai, depois volta e estuda.

As figuras parentais são identificadas como positivas em sua maioria, como mostra na fábula 1 em que o passarinho é encontrado pela mãe ou na fábula do passeio em que conta a seguinte história “porque ele foi trabalhar e chegou bem cansado de serviço. Porque antes ele estava de férias e estava com a cara mais boa. Mas chegar cansado do trabalho, tem que ficar com a cara cansativa.” Ou nas situações em que não são sentidas como positivas, se fazem presentes dando-lhe contorto e continência para suas angústias.

Os sentimentos em sua maioria são derivados do instinto de vida, como na fábula do objeto fabricado em que a criança dá o objeto à mãe. Ele relata “Aí a mãe vai dizer “obrigada” e vai gostar do negocinho que ele fez com o maior carinho.”(sic)

Há necessidades de suprir faltas básicas e tendências construtivas como na Fábula do Medo “quando ela tem medo, vai no banheiro e fica com medo; vai dormir e fica com medo, tem que ir dormir com a mãe dele. Vai no banheiro e tem que ir com a mãe dele para não ficar com medo. Se fica sozinho, fica com muito medo. Aí um dia amanheceu e ele foi no banheiro sozinho e viu que não tinha nada, aí ele foi lá e viu que não tinha mais medo. E fim da história.”(sic)

Os impulsos amorosos e ansiedades depressivas como na fábula 1 “ele foi para o fundo do jardim, aí depois ele voltou pra festa pra mãe dar alguma coisa pra ele, leite, alguma coisa. Aí a mãe foi e deu o que ele queria.”(sic)

CAT-A

A atitude básica apresentada no CAT em sua maioria é de insegurança como se pode observar na história 5 em que estão todos dormindo e parece estar acontecendo alguma coisa, sendo que os pais acordam e precisam verificar se não está acontecendo nada, ou na história 6 em que o ursinho observa se ninguém aparece para destruir o toquinho e desmoronar a casa.

As figuras parentais são sentidas como positivas em sua maioria, como na história da prancha 5 em que relata “É tipo um ursinho. Ele tá no bercinho e tem uma mulher e um homem embaixo do cobertor. Eles estão dormindo e o filhotinho também. Eles vão acordar rapidinho pra ver o que está acontecendo. Eles vão ver se tá acontecendo alguma coisa, vão abrir a janela. Aí eles vêem que não tem nada acontecendo e todo mundo volta a dormir.” (sic) As figuras significativas auxiliam na contenção de seus medos e angústias.

Os sentimentos são derivados do conflito e há necessidades de suprir faltas básicas, como se observa na prancha 6 “Isso deve ser um filhinho de urso que tá na sua casinha. E tem o outro aqui só vendo se vem alguém aqui pra destruir o toquinho deles pra não desabar porque já desabou um monte deles. Tava o pai e o filho. Aí vai chegar uma pessoa pra destruir, aí o ursinho acorda o pai e o pai morde a pessoa pra não destruir e fim.” (sic)

Os impulsos são mais amorosos, como se observa na história 9: “É um filhotinho de coelho. Ele só tá olhando porque alguém abriu a porta e ele tá dormindo. Aí alguém abriu a porta e ele pensou que era um bandido. Aí o bandido foi, pegou ele e matou o coelhinho. Aí ele conseguiu sobreviver. Ele e a mãe dele. Aí veio o pai dele também, a mãe e o pai bateram no bandido.”(sic) Há presença de ansiedades paranoides como se observa na história acima.

As defesas utilizadas são negação e racionalização.

Principais Indicadores encontrados nas Fábulas

		Grupo Clínico			Grupo Controle		
		Suj 1	Suj 2	Suj 3	Suj 1	Suj 2	Suj 3
Atitude Básica	Aceitação				Fa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	Fa 1, 9, 10	Fa 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
	Oposição	Fa 2, 3, 4, 9, 10	Fa 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10	Fa 1, 7, 8, 9, 10	Fa 3	Fa 4	Fa 3, 6, 7
	Insegurança	Fa 1, 2, 5, 6, 8, 10	Fa 2, 5, 6, 8	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10	Fa 6, 7, 10	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10	Fa 1, 3, 5, 10
	Identificação positiva	Fa 7	Fa 3		Fa 1, 2, 6, 7, 8, 9,	Fa 6, 7, 9	Fa 1, 6, 9
	Identificação negativa	Fa 4, 5, 8,	Fa 1, 7, 8, 9,	Fa 3, 4, 5, 7, 9, 10			
Figuras Significativas	Figura Materna Positiva	Fa 1	Fa 1, 3	Fa 7, 9	Fa 1, 2, 5, 7, 9,	Fa 9	Fa 1, 2, 3, 5, 7, 9
	Figura Materna Negativa	Fa 2, 4, 5, 8	Fa 1, 7	Fa 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10		Fa 1, 2, 4, 8,	Fa 10
	Figura Paterna Positiva	Fa 1	Fa 1		Fa 1, 5, 8,	Fa 4, 9	Fa 8
	Figura Paterna Negativa	Fa 4, 8	Fa 1	Fa 1, 2, 10		Fa 1, 2	
	Figura Fraternal Positiva e/ou Outras figuras			Fa 2	Fa 3	Fa 1, 4	
	Figura Fraternal Negativa e/ou Outras Figuras		Fa 3	Fa 3, 5			

Sentimentos Expressos	Sentimentos Derivados do Instinto de Vida	Fa 7			Fa 1, 2, 7, 8, 9,	Fa 4, 6, 7, 9	Fa 3, 5, 6, 7, 8, 9
	Sentimentos Derivados do Instinto de Morte	Fa 2, 4, 5, 8, 9	Fa 9	Fa 1, 2, 3, 4, 5	Fa 10	Fa 4	Fa 4, 10
	Sentimentos Derivados do Conflito	Fa 2, 3, 6, 10	Fa 1, 8	Fa 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10	Fa 6	Fa 1, 2, 3, 8	Fa 1
Tendências E Desejos	Necessidades de Suprir Faltas Básicas		Fa 8	Fa 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10	Fa 7, 10	Fa 1, 2, 3, 4, 8, 10	Fa 1, 2, 3, 5, 10
	Tendências Destrutivas	Fa 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10		Fa 2, 3, 4, 5, 7			Fa 10
	Tendências Construtivas	Fa 7	Fa 9	Fa 7	Fa 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9,	Fa 6, 7	Fa 5, 6, 7, 8, 9
Impulsos	Amorosos			Fa 6, 7	Fa 1, 2, 6, 7, 8, 9	Fa 4, 6, 7	Fa 2, 3, 6, 7, 8, 9,
	Destrutivos	Fa 2, 5, 6, 8, 9, 10	Fa 9	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 7		Fa 4, 8	Fa 10
Ansiedades	Paranoides	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10	Fa 3, 5, 8, 9	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10	Fa 10	Fa 1	Fa 10
	Depressivas	Fa 9			Fa 2, 6, 7, 8, 9	Fa 4, 5, 6, 7, 8, 10	Fa 5, 6, 9
	Cisão						
	Projeção			Fa 3, 4, 5, 10		Fa 1	Fa 5
	Repressão		Fa 1, 2, 3, 4, 6,				Fa 6

Mecanismos de Defesa			7, 8, 9,				
	Negação/ Anulação	Fa 4, 8	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9	Fa 8	Fa 10		Fa 5
	Regressão ou Fixação a Estágios Primitivos	Fa 1, 5, 6, 10	Fa 1, 2, 8	Fa 2, 3, 5, 6, 9		Fa 2, 3, 4, 5	Fa 3
	Racionalização	Fa 3, 5	Fa 3, 5, 7, 8, 9	Fa 1, 4			
	Isolamento	Fa 10		Fa 3		Fa 1	
	Deslocamento						
	Idealização	Fa 6			Fa 8		
	Sublimação						
	Formação Reativa						
	Negação Maníaca ou Onipotente	Fa 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,					

Principais Indicadores encontrados nas pranchas do CAT-A

		Grupo Clínico			Grupo Controle		
		Suj 1	Suj 2	Suj 3	Suj 1	Suj 2	Suj 3
Atitude Básica	Aceitação				Pr 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10	Pr 1	Pr 2, 4
	Oposição	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10	Pr 2, 3, 6, 10	Pr 2, 7, 8, 10	Pr 4, 7	Pr 4, 7	Pr 1, 6, 10
	Insegurança	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9	Pr 1, 5, 8	Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10	Pr 3	Pr 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10
	Identificação positiva				Pr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 1,	
	Identificação negativa	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10	Pr 1, 2, 8, 10	Pr 2, 4, 5, 8, 9, 10		Pr 1, 3, 4, 10	
Figuras Significativas	Figura Materna Positiva	Pr 6, 8, 9	Pr 5		Pr 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 5, 6, 7, 8	Pr 1, 4, 5, 9, 10
	Figura Materna Negativa	Pr 1, 9, 10	Pr 1, 5, 8	Pr 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10	Pr 4	Pr 3, 6, 9	
	Figura Paterna Positiva	Pr 6			Pr 1, 5, 6, 7	Pr 3, 5, 6, 7, 8	Pr 2, 5, 6, 9
	Figura Paterna Negativa	Pr 1, 3, 6	Pr 8	Pr 5, 6		Pr 9	
	Figura Fraternal Positiva e/ou Outras figuras	Pr 1	Pr 1, 5		Pr 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10	Pr 7	Pr 4
	Figura Fraternal Negativa e/ou Outras Figuras	Pr 2	Pr 2	Pr 1, 2			

Sentimentos Expressos	Sentimentos Derivados do Instinto de Vida				Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 1, 8	Pr 2, 4
	Sentimentos Derivados do Instinto de Morte	Pr 3, 6, 7	Pr 1, 2, 10	Pr 7, 8, 9			Pr 3, 7
	Sentimentos Derivados do Conflito	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9	Pr 1, 5, 8, 10	Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10		Pr 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	Pr 6, 9, 10
Tendências E Desejos	Necessidades de Suprir Faltas Básicas	Pr 1, 3, 6, 8, 9	Pr 1, 2, 8	Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10		Pr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9	Pr 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10
	Tendências Destrutivas	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 7	Fa 2, 5, 7, 10	Pr 7, 8, 9			Pr 3, 7
	Tendências Construtivas	Pr 4	Pr 5		Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 1, 8	Pr 4, 6
Impulsos	Amorosos	Pr 4, 6, 9	Pr 1, 5	Pr 1, 3, 4, 6	Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 1, 2, 7, 8	Pr 1, 2, 4, 6, 9
	Destrutivos	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10	Pr 1, 2, 5, 7, 8, 10	Pr 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10		Pr 2, 3, 7	Pr 3, 7, 9
Ansiedades	Paranoides	Pr 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9	Pr 1, 7, 8, 10	Pr 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10			Pr 1, 3, 6, 9
	Depressivas		Pr 1, 2, 5		Pr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Pr 1, 2, 3, 6, 7, 9	Pr 9
	Cisão						
	Projeção	Pr 3, 7, 9		Pr 1, 2, 3, 4, 5,		Pr 6	

Mecanismos de Defesa				6, 7, 8, 9, 10			
	Repressão		Pr 1			Pr 2, 4	Pr 10
	Negação/ Anulação	Pr 2, 8, 9, 10	Pr 1, 2, 4, 7, 10	Pr 2		Pr 2, 4	Pr 7, 8
	Regressão ou Fixação a Estágios Primitivos	Pr 1, 3, 4, 5, 9	Pr 8, 10	Pr 1, 3, 5, 6, 8, 9		Pr 1, 2, 3, 6, 10	
	Racionalização	Pr 2, 4, 8, 9	Pr 1, 2, 5, 8	Pr 6			Pr 2, 5, 8
	Isolamento						
	Deslocamento						
	Idealização	Pr 1, 4			Pr 1, 3		
	Sublimação						
	Formação Reativa						
	Negação Maníaca ou Onipotente	Pr 1, 3, 4, 7, 9, 10	Pr 7	Pr 7			

Principais Diferenças Observadas entre os Grupos	
Grupo Clínico	Grupo Controle
<p>Os conteúdos apresentados nas Fábulas e no CAT-A denotam intensa agressividade, revelando extrema impulsividade e hostilidade;</p> <p>Prevalece a atitude básica frente ao mundo de oposição, insegurança e auto-estima negativa;</p> <p>As figuras parentais são sentidas como negativas e sendo incapazes de dar conta de suas angústias;</p> <p>Os sentimentos são derivados do conflito e do instinto de morte. Os aspectos internos são representados como muito ruins e angustiantes, os conflitos mostram-se intensos, sendo muito difícil solucioná-los;</p> <p>As ansiedades são predominantemente paranoides;</p> <p>As tendências são destrutivas;</p> <p>Presença de impulsos mais destrutivos;</p> <p>Apresentam funcionamento mais primitivo, regredido, fazendo uso de defesas mais arcaicas, que não contribuem para dissolução das angústias.</p>	<p>O conteúdo do material projetivo se mostra menos agressivo;</p> <p>É predominante a atitude básica de aceitação e insegurança nessas crianças;</p> <p>Mesmo havendo a presença de conflitos e angústias, as figuras parentais se fazem presentes dando sustentação para as angústias. São pais sentidos como cuidadores e que colocam limites;</p> <p>Os sentimentos são derivados do instinto de vida e do conflito;</p> <p>As ansiedades são mais depressivas;</p> <p>As tendências predominantes são as de suprir faltas básicas e as tendências construtivas;</p> <p>Os impulsos são mais amorosos;</p> <p>As crianças se apresentam mais passivas, submissas, com maior tendência para deprimirem.</p> <p>Há sensações de incapacidade e necessidade de cuidados.</p> <p>As defesas, quando surgem, são mais evoluídas. Ausência de hostilidade.</p>

CAPÍTULO V - SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do material apresentado pelas crianças do grupo clínico e do grupo controle é possível discutir algumas questões principais que se destacam.

É notório que o conteúdo apresentado pelas crianças do grupo clínico se mostre como agressivo, hostil, de extrema impulsividade. São crianças que se mostram como incapazes de controlar seus impulsos e de conter suas angústias, expressando-os diretamente no ambiente de forma agressiva. Observa-se o predomínio de funcionamento esquizo-paranoide (KLEIN, 1948/1982).

Pode-se pensar acerca dessas crianças à luz da teoria winnicottiana. O autor coloca que na medida em que a criança não encontra em seu lar constância suficiente para conter seus impulsos, sente-se angustiada, e irá buscar no ambiente a estabilidade necessária para desenvolver-se, a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional (WINNICOTT, 1984/2005). Foi possível perceber esse funcionamento nas crianças do grupo clínico, que na medida que não encontram sustentação nas figuras significativas, expressam no ambiente, através da ação, suas angústias, na tentativa de encontrar continência. As defesas por elas utilizadas acabam se mostrando muito precárias e ineficientes na elaboração das angústias e conflitos.

A percepção dessas crianças não contarem com figuras significativas capazes de conter suas angústias fica claramente explicitada nesse grupo. Elas não sentem que as figuras parentais são capazes de lhes dar sustentação e contorno, ficando submersas em seus conflitos, tentando lidar sozinhas com eles. Winnicott (1984/2005) discute a respeito dessas questões, principalmente no que diz respeito às consequências geradas no desenvolvimento da criança quando esta não conta com figuras paternas que lhe deem sustentação. Tardivo (2007) pode também observar, a partir de seu estudo com as crianças no Amazonas, que o adolescente quando se vê sem os pais ou se não sente que pode contar com eles, suscita um grande sentimento de desamparo e solidão, que dificulta enormemente o processo de crescimento e de formação de identidade.

Do ponto de vista kleiniano, fica evidente a falta de objetos bons internos, e assim as crianças sentem-se completamente à deriva, e à mercê de seus impulsos destrutivos e de sua própria impulsividade (KLEIN, 1948/1982).

Os dados da pesquisa confirmam estudos anteriormente realizados como o de Grassano (1996). As crianças do grupo clínico apresentam um curso associativo rápido, com

dificuldade para analisar a prancha com detenção, chegando a se opor em alguns momentos à própria atividade proposta, com impaciência e conduta motora durante a aplicação do teste. Grassano (1996) aponta ainda que as crianças impulsivas podem fazer distorção dos personagens e características da prancha em função das projeções desejadas. Observamos esses aspectos a partir das respostas das crianças do grupo clínico à prancha 7 do CAT-A. Houve uma inversão nos papéis do tigre e do macaco, o tigre tornando-se inofensivo e o macaco sendo o animal ameaçador.

Com relação ao grupo controle, a primeira criança, o Pedro, se destaca das demais, dentro do mesmo grupo e também das crianças do grupo clínico. Mesmo tendo conflitos ou angústias, ele mostra recursos para lidar com esses conteúdos, apresentando grande empatia e vínculo com as figuras parentais e demais figuras fraternas, figuras estas que o auxiliam a lidar com os conflitos e o ajudam no processo de crescimento.

As outras duas crianças do grupo controle apresentam conflitos mais intensos e carência de defesas eficazes para lidar com as angústias, mas também é possível diferenciá-las das crianças do grupo clínico, pois não apresentam em suas histórias conteúdos tão hostis e agressivos. Há ainda que se diferenciar o grupo clínico e o grupo controle na medida em que as figuras parentais se fazem presentes para as crianças do segundo grupo. As figuras parentais aparecem em alguns momentos como figuras que punem, castigam, mas também as defendem quando há risco, medo, assim, são sentidas como figuras que lhes dão sustentação e acolhimento. Constituem-se, assim, em objetos bons (presentes e continentes).

É importante apontar que as crianças do grupo clínico são crianças que se encontram em tratamento, tendo sido diagnosticadas com transtorno de conduta e transtorno opositivo desafiador. São crianças que se encontram desadaptadas socialmente, apresentam queixas de comportamento nas escolas sendo agressivas com colegas e desafiando os adultos. As queixas vindas dos pais se referem ao fato de não conseguirem lidar com essas crianças, pois não conseguem ter respeito por parte dos filhos e nem colocar limites.

Com relação às crianças do grupo controle, embora se tenha percebido presença de conflitos internos nas técnicas projetivas, são crianças que se encontram adaptadas socialmente, apresentando bom comportamento na escola, bom relacionamento com os colegas e professores. Destaca-se ainda que a partir da aplicação da K-SADS, essas crianças não pontuaram para nenhum transtorno psiquiátrico. Se por um lado pode-se pensar que são crianças que não possuem quadros psicopatológicos, por outro lado isso não descarta a necessidade de suporte para se desenvolverem e crescerem, como qualquer criança.

É possível se questionar sobre as crianças do segundo grupo terem apresentado conflitos, dependência e insegurança.

De acordo com a psicanálise, desde os seus primórdios com Freud até os teóricos atuais, vê-se que a infância tida como sadia, se configura pela presença de conflitos. Há inclusive teóricos como Erikson com base em Freud, que trazem os conflitos típicos de cada fase de desenvolvimento (TARDIVO, 2007). Assim, a infância é um período de importantes e contínuas transformações, e a criança deve dar conta de tarefas, viver angústias, conquistar e ter prazer, e ao mesmo tempo vai se constituindo como sujeito. Os achados da presente pesquisa com crianças sem quadros psicopatológicos confirmam os encontrados por Tardivo (1992, 1998) em sua pesquisa realizada há mais de 10 anos, na qual estudou as respostas típicas da população brasileira para essas duas técnicas projetivas (CAT e Fábulas). A autora encontrou conflitos na população estudada e a atitude básica predominante foi também a insegurança.

Dessa forma, evidencia-se ainda mais a necessidade de cuidados com a infância no âmbito familiar e na escola, de serem implementadas medidas preventivas, de forma a dar-lhes apoio para viverem os conflitos próprios dessa fase de desenvolvimento.

Foi colocada inicialmente a questão da escolha da faixa etária ser dos seis aos doze anos de idade, sendo essa fase, o período no qual se desenvolve a moralidade (PAPALIA, 2000). Sendo assim, é uma época de intensas transformações em que a criança está desenvolvendo seus padrões de comportamento e conduta, em que analisa seus comportamentos vendo se o que faz está certo ou errado, a partir dos modelos nos quais se espelha e a partir das reações das pessoas que estão a sua volta diante de seus comportamentos. Se a criança está mudando e aprendendo com as experiências, destaca-se, como já tão bem colocado por Winnicott (1965/1983) e outros teóricos, a importância do ambiente suficientemente bom para essa criança e de pais que consigam dar suporte e apoio. Na ausência destes, a criança sente-se sozinha, tendo que dar conta de suas angústias. No caso das crianças com comportamentos agressivos, vê-se que estas buscam no ambiente a contenção e auxílio que não conseguiram obter com as figuras significativas para elas. A agressividade é a possibilidade que encontraram para elaboração da angústia, para a qual não encontram outras formas de simbolizar. Ela pode ser vista, em alguns casos, como sinal de esperança e como um pedido dessa criança para que a auxiliem no processo de crescer (WINNICOTT, 1984/2005).

Pensamos ter sido possível compreender mais profundamente os aspectos da dinâmica emocional das crianças com distúrbios de conduta a partir do presente estudo. Dessa forma, consideramos que os objetivos propostos do trabalho foram cumpridos.

Os dados da pesquisa mostraram o quanto a insuficiência das figuras parentais é sentida por essas crianças que permanecem dominadas e perdidas em seus conflitos. Dessa forma, entendemos que as intervenções no âmbito da saúde mental com essa população devem se dar não apenas com as crianças com o diagnóstico de distúrbio de conduta, mas envolver toda a estrutura familiar e a escola, para que sejam de fato efetivas e sólidas.

Acreditamos que as percepções aqui encontradas possam contribuir para uma maior compreensão clínica dessa população. Esperamos ainda que o presente trabalho fecunde o início de outras pesquisas e proporcione contribuições para a atuação profissional do psicólogo clínico e para os profissionais de saúde mental.

REFERÊNCIAS⁸

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica*. São Paulo: Psicologia USP, V. 11, n. 1, p. 29-48, 1999.

ANCONA-LOPEZ, M.(Org.). *Psicodiagnóstico: processo interventivo*. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTONY, S.; RIBEIRO, J. P. *A Criança Hiperativa: Uma Visão da Abordagem Gestáltica*. Psicologia: Teoria e Pesquisa Mai-Ago, Vol. 20 n. 2, pp. 127-134, 2004.

ANZIEU, D. *Os Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

APA – Associação Americana de Psiquiatria. *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Rev. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARAÚJO, M. F. *Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica*. Psicologia: Teoria e Prática, 9(2): 126-141, 2007.

ARZENO, M. E. G. *Psicodiagnóstico clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

ASSUMPCÃO, F. B. Classificação em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: análise crítica do DSM-IV, da CID-10 e da Classificação Francesa de Transtornos Mentais. In: ASSUMPCÃO, F. B.; KUCZYNSKI, E. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu, pp 21-27, 2003.

BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A.; ALVES, Z. M. M. B. *Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de crianças antissociais*. Paidéia, 14 (28), 153-167, 2004.

BELLAK, L.; ABRAMS, D. M. *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clinical use*. BKNeedham Heights, MA, US: Allyn e Bacon. xviii, 492 pp, 1997.

BELLAK, L.; BELLAK S. S. El Test de Apercepción Infantil (CAT). In Rabin, A.I.; Haworth, M. R. *Técnicas Proyectivas para Niños*. Buenos Aires: Paidós, 1966.

⁸ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas.

BELLAK, L.; BELLAK, S. S. *Manual do Teste de Apercepção Infantil Figuras de Animais*. Campinas: Editora de Livro Pleno – ME. (Originalmente publicado em 1949. Título original: Children's Apperception Test CAT-A), 1991.

BENCZIK, E. B. P. *Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: um estudo dos aspectos psicodinâmicos a partir do Teste de Apercepção Infantil (CAT-A)*. Tese. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, IPUSP, Brasil, 2005.

BLEGER, J. *Psicologia de la Conducta*. Buenos Aires Editorial Paidós, 1975.

BORDIN, I A S; OFFORD, D R. *Transtorno de Conduta e Comportamento Antissocial*. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 22 s. 2 p. São Paulo, 2000.

BRASIL, H. H. *Desenvolvimento da versão brasileira da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) e estudo de suas propriedades psicométricas*. 2003. Tese. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2003.

CAIXETA, M.; CAIXETA, L.; CHAVES, M.; TRINDADE, M. Diagnóstico em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. In: ASSUMPÇÃO, F. B.; KUCZYNSKI, E. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu, pp 181-192, 2003.

CAROTENUTO, C. *Comparações entre o pesadelo infantil e o teste projetivo CAT-A*. Dissertação. Universidade de São Marcos. São Paulo, 2000.

CARSON, R. C. *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test and the Senior Apperception Technique in clinical use*. 3 ed. Ed. Psycritiques Eletronic-Collection, 2006.

CECATTO, Grasiela Maria. *Comportamento Agressivo e Aspectos Psicodinâmicos em Crianças Abridadas*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de pós-graduação em Psicologia PUC-RS, 2008.

CLEMENCE, A. J.; HILSENROTH, M.J.; SIVEC, H.J.; RASCH, M.A. *Hand test AGG and AOS variables: relation with teacher rating of aggressiveness*. J Pers Assess; 73(3): 334-44, Dec 1999.

Conselho Federal de Psicologia. *Resolução nº 002/ 2003*. Brasília, DF. Disponível: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao_2003_02.pdf Acesso em 23 de outubro de 2010.

CUNHA, J. A.; NUNES, M. L.; WERLANG, B. G. *As respostas ao CAT-A na faixa etária pré-escolar*. PSICO, 22(2), 89-103, 1991.

CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico – V. 5ª Ed revisada e ampliada*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CUNHA, J. A.; NUNES, M. L. T. *Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica*. São Paulo: CETPP, 1993.

CUNHA, J. A.; WERLANG, B. G.; ARGIMON, I. I. L. *Teste das Fábulas: novas perspectivas*. In: CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico – V. 5ª Ed ver. e ampl.* Porto Alegre: Artmed, 2000.

CUPERTINO, C. M. B. *O psicodiagnóstico fenomenológico e os desencontros possíveis*. In: ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). *Psicodiagnóstico: processo interventivo*. São Paulo: Cortez, p. 135-178, 1995.

CURATOLO, E. *Transtorno de Conduta*. In: Assumpção, F. B.; Kuczynski, E. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu, pp 343 – 348, 2003.

EDWARDS, A. S. *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in clinical use*. Journal of Educational Psychology. Vol 47 (5), 317-318, 2005.

FAUST, J.; EHRICH, S. *Children's Apperception Test (CAT) - Perspectives on individual differences*. In: DORFMAN, W. I.; HERSEN; MICHEL. *Understanding psychological assessment*. p. 295-312. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, XII, 2001.

FONSECA, A. R. (2005) *Abuso sexual na infância: um estudo de validade de instrumentos*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco. Itatiba/SP, 2005.

FREITAS, N. K. *CAT e sua interpretação dinâmica*. In: CUNHA, J. A. (Org.). *Psicodiagnóstico V. 5a. Ed. rev. e ampl. 5a. ed.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FREITAS, N. K. *Luto infantil através do CAT*. Porto Alegre: III Jornada de Iniciação Científica, PUCRS. Resumos p. 206, 1999b.

FREITAS, N. K. *Negação e depressão em crianças enlutadas, através do CAT*. Porto Alegre: VII Congresso Nacional de Avaliação Psicológica, 1999a.

FREITAS, N. K. *O CAT em crianças com diagnóstico de esquizofrenia infantil*. Caderno de Práticas Clínicas, 6, 28-41, 1998.

FREUD, S. (1895) *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia de uma síndrome específica denominada neurose de angústia*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.III).

_____ (1905) *Fragmento da Análise de um Caso de Histeria*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.VII).

_____ (1910) *O Chiste e suas Relações com o Inconsciente*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.VIII).

_____ (1920) *Além do Princípio do Prazer*. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XVIII).

GRAEFF, R. L.; VAZ, C. E. *Personalidade de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por Meio do Rorschach*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Set-Dez, Vol. 22 n. 3, pp. 269-276, 2006.

GRASSANO, E. *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. Trad. de Leila S. L. P. C. Tardivo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

HIRSCH, S. B. *El CAT en el Psicodiagnostico de niños*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1984.

HULLEY, Stephen B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª Ed. Trad. Michael Schmidt Duncan. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HUTT, M. *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in clinical use*. Psychological-Bulletin, 52 (4), 370-371, 2005.

KERNBERG, P. F.; WEINER, A. S.; BARDENSTEIN, K. K. Componentes da Personalidade. In: *Transtornos de Personalidade em Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp 25-39, 2003.

KITRON, D. G. e BENZIMAN, H. *The Children's Apperception Test: possible applications for adults*. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 27(1), 29-47, 1990.

KLEIN, Melanie. (1932) *Psicanálise da Criança*. 3ª Ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

KLEIN, Melanie. (1948) *Progressos da Psicanálise*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MALDONADO, D. P. A.; WILLIAMS, L. C. de A. *O Comportamento Agressivo de Crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 353-362, set/dez 2005.

MARQUES, N. *Adoção e identidade de gênero em meninos adotados*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, PUC-RS, 1997.

OCAMPO, M. L. S. et al. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª Ed rev. São Paulo: EDUSP, 1993.

REY, S. T. *Crianças em abandono: a hipótese do complexo de Édipo*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, PUC-RS, 1995.

SANTOS, M. L. dos. *Expressão simbólica versus ruptura do funcionamento psíquico em meninos de rua*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, PUC-RS, 1997.

SERAFINI, A. J.; ÁVILA, M. T.; BANDEIRA, D. R. *Teste das fábulas: comparando respostas comuns de crianças abrigadas e respostas populares de amostra padronizada*. *PSICO*, 36 (3), 251-257, 2005.

TARDIVO, L. S. L. P. C. *El empleo de técnicas proyectivas en encuentros terapéuticos: relato de un caso*. In: Congreso Latinoamericano de Rorschach y Otras Técnicas Proyectivas: Transformaciones em la subjetividad: Retos a la Psicología y sus Instrumentos. Tradinco, Montevideo, Uruguay. *Anais*. p. 695-700, 2003.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Natureza e esportes ou violência e drogas? A juventude no imaginário de jovens indígenas aculturados*. Revista de Psicologia da Editora Vetor, São Paulo, v. 2, n. 2/3, p. 26-37, 2002.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, A. A.; SANTOS, M. R. *Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss*. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 6, nº 1, p. 59-66, Jan./Jun, 2005.

TARDIVO, L. S. L. P. C.; PINTO JUNIOR, Antonio Augusto. *Inventário de frases no diagnóstico de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, estudo de validade e padronização*. Psicologia Saúde e Doenças, v. 9, p. 20, 2008.

TARDIVO, L. S. P. C. e XAVIER, M. F. O teste de apercepção temática infantil com figuras de animais (CAT-A). In: VILLMOR-AMARAL, A. E.; WERLANG, B. S. G. (Org.) *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

TARDIVO, L. S. P. C. *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje*. 1ª ed. São Paulo: Vetor Editora, 2007.

TARDIVO, L. S. P. C. *O Procedimento de Desenhos-Estórias: Pesquisas Recentes*. In: I Congresso da SBRo (Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos) e I Congres de la Sociéte Internationale de Psychopathologie Phénoméno-Structurale, 1997, Ribeirão Preto. Programas de Atividades e Resumos do I Congresso da Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos e I Congrès de la Societe Internationale de Psychopathologie Phenomeno-Structurale. Ribeirão Preto/ SP. p. 209-209, 1997.

TARDIVO, L. S. P. C. *O Teste de Apercepção Infantil com Figuras de Animais (CAT-A) e o Teste das Fábulas de Düss: estudos normativos e aplicações no contexto das técnicas projetivas*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP, IPUSP, São Paulo/SP, Brasil, 1992.

TARDIVO, L. S. P. C. *O teste de apercepção infantil e o teste das Fábulas de Düss: Estudos normativos e aplicações no contexto das técnicas projetivas com figuras de animais (CAT-A)*. 1ª ed. São Paulo: Vetor Editora, 1998.

TARDIVO, L. S. P. C.; TRINCA, W. Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias. In: Jurema Alcides Cunha. (Org.). *Psicodiagnóstico V. 5ª ed. rev. e ampl.* Porto Alegre: Artes Médicas, v. 1, p. 428-438, 2000.

TRINCA, W. (Org.) *Diagnóstico psicológico: a prática clínica.* São Paulo: EPU, 106 pp, 1984. (Coleção Temas Básicos de Psicologia).

VAGOSTELLO, L. *O risco da negligência: um estudo de caso.* PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora. Vol 3, nº 1, p. 142-152, 2002.

WASI – *Wechesler Abbreviated Scale of Intelligence™.* Manual. The Psychological Corporation, 1999.

WERLANG, B. G. *Conflito edípico num contexto sócio-cultural do século XX.* PSICO, 24 (2), 53-73, 1993.

WINNICOTT, W. D. (1965) *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, W. D. (1984) *Privação e Delinquência.* 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZIRALDO. *O Menino Maluquinho.* 82ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 2006.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CLÍNICO)

TÍTULO: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE CONDUTA: INDICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°:..... SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO N°..... APTO:
BAIRRO:.....CIDADE.....
CEP:.....TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: N°..... APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP:TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE CONDUTA: INDICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profª. Drª Jônia Lacerda Felício

CARGO/FUNÇÃO: Coordenadora do Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do HC FMUSP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N°: 21016/06

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

3. DURAÇÃO DA PESQUISA : três encontros com duração de cerca de uma hora e meia.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo estudar os aspectos psicológicos de crianças diagnosticadas com Distúrbios de Conduta, do Ambulatório de Socialização do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo;

2 – Em entrevistas marcadas de acordo com sua disponibilidade no ambulatório, você responderá a duas técnicas de investigação psicológica, com o intuito de acessar seus aspectos emocionais;

3 – Esses procedimentos não gerarão desconfortos ou riscos para você, nem interferirá em seu tratamento. Mesmo que você não queira participar da pesquisa, você continuará seu tratamento no ambulatório;

4 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é Ana Angélica Roncolato que pode ser encontrada no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo, pelos telefones (11)30914173 / (11)8414 3414 e pelo e-mail aaroncolato@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappelq@hcnnet.usp.br

5 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

6 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles;

7 – Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, podendo solicitar esclarecimentos a qualquer momento;

8 – Você não terá nenhuma despesa para participação em qualquer fase dessa pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

9 - Os seus dados e o material coletado serão somente utilizados nesta pesquisa;

10 - Sua participação contribuirá para maior conhecimento a respeito dos Distúrbios de Conduta, possibilitando um tratamento de mais eficácia.

Acredito ter sido suficientemente comunicado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE CONDUTA: INDICAÇÕES DIAGNÓSTICAS”

Eu discuti com a Ana Angélica Roncolato sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Ana Angélica Roncolato

Assinatura do responsável pelo estudo: -----

Prof^a. Dr^a Jônia Lacerda Felício

Data ____ / ____ / ____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)

TÍTULO: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE CONDUTA: INDICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°:..... SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO N°..... APTO:
BAIRRO:.....CIDADE.....
CEP:.....TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: N° APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP:TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE CONDUTA: INDICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Profª. Drª Jônia Lacerda Felício

CARGO/FUNÇÃO: Coordenadora do Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do HC FMUSP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N°: 21016/06

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

3. DURAÇÃO DA PESQUISA :

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo estudar os aspectos psicológicos de crianças diagnosticadas sem nenhum transtorno psiquiátrico, a fim de serem comparadas às crianças diagnosticadas com Distúrbios de Conduta;

2 - Em entrevistas marcadas de acordo com sua disponibilidade na sua escola, você responderá a duas técnicas de investigação psicológica, com o intuito de acessar seus aspectos emocionais;

3 - Esses procedimentos não gerarão desconfortos ou riscos para você;

4 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é Ana Angélica Roncolato que pode ser encontrada no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo, pelos telefones (11)30914173 / (11)8414 3414 e pelo e-mail aaroncolato@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappelq@hcnnet.usp.br

5 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

6 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras crianças, não sendo divulgada a identificação de nenhum delas;

7 – Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, podendo solicitar esclarecimentos a qualquer momento;

8 – Você não terá nenhuma despesa para participação em qualquer fase dessa pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

9 - Os seus dados e o material coletado serão somente utilizados nesta pesquisa;

10 - Sua participação contribuirá para comparação com dados de crianças diagnosticadas com Distúrbios de Conduta, possibilitando um tratamento mais adequado para essas crianças.

Acredito ter sido suficientemente comunicado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM DISTÚRBIOS DE CONDUTA: INDICAÇÕES DIAGNÓSTICAS”

Eu discuti com a Ana Angélica Roncolato sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Assinatura do participante/representante legal

Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Ana Angélica Roncolato

Assinatura do responsável pelo estudo: -----

Prof.^a Dr.^a Jônia Lacerda Felício

Data ____/____/____