



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

**AJUDA E COMPREENSÃO DAS PROBLEMÁTICAS INFANTIS ATRAVÉS DO
PROCESSO LUDOTERAPÊUTICO**

(Relatório de Estágio para a Obtenção do grau de Mestre em Psicologia –
Especialização em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

Patrícia Rafaela Reis Gouveia - N° 20130647

ORIENTADOR DE RELATÓRIO:

Professora Doutora Mónica Pires

Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Janeiro 2016

“Vive como se fosses morrer amanhã.
Aprende como se fosses viver para sempre.”
Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Uma breve página é ínfima para poder agradecer a todas as pessoas que me acompanharam ao longo desta etapa da minha vida...

Começo por agradecer, em primeiro lugar à grande Instituição que me acolheu. Sem dúvida que escolhi um local que tenta ao máximo preservar a humanidade das pessoas e dar-lhes os cuidados e atenção que as mesmas precisam.

Às psicólogas da Instituição que me orientaram e acompanharam ao longo de todo o estágio proporcionando uma melhor aprendizagem dos conhecimentos que anteriormente tinham sido apreendidos na faculdade.

À minha orientadora do relatório de estágio, Doutora Mónica Pires, por todo o esforço e dedicação que teve ao ler e corrigir o meu relatório.

Agradeço à minha grande mãe, por todas as palavras de incentivo quando me ia abaixo e por estar sempre presente em todos os momentos que mais precisei. Sem dúvida que é o meu pilar e a melhor mãe do Mundo!

Ao meu pai que me possibilitou toda esta caminhada pelo mundo da Psicologia, sem ele não teria conseguido realizar este meu sonho.

À minha irmã e à sua filha e minha afilhada Mariana, conseguiram-me animar sempre que precisei e distrair quando mais necessitava.

Ao David, o meu namorado, que levou com todos os meus receios, stresses e angústias que esta fase da minha vida me trouxe. Sem ele não conseguiria sem dúvida. Seria mais difícil aguentar.

Ao Afonso Herédia por todo o apoio e tempo dispendido ao nível teórico e de análise de casos.

Por fim, agradeço a todas as crianças, aos seus educadores e aos membros do Lar Residencial e do Centro de Atividades Ocupacionais por me terem facilitado o meu trabalho ajudando-me a crescer e a tornar-me numa pessoa melhor.

Resumo

O presente Relatório de Estágio pretende elucidar os leitores sobre o todo o trabalho clínico desenvolvido durante o período de estágio, fazendo o mesmo parte do segundo e último semestre do Mestrado de Psicologia Clínica e do Aconselhamento. Toda a intervenção efetuada durante o estágio surgiu no contexto da Psicologia Clínica, nomeadamente numa Instituição com diversas valências e diferentes tipos de populações-alvo (idosos, pessoas com perturbações mentais e crianças). Importa igualmente referir que o foco da intervenção ocorreu ao nível das crianças, onde foi possível intervir em seis casos distintos. Dos casos abordados, foram selecionados dois casos diferenciados onde é possível observar a intervenção de uma menina de 5 anos que lhe foi diagnosticado um Mutismo Seletivo, e outro caso, de um menino de 6 anos, que lhe foi diagnosticado a Perturbação de Desafio e Oposição e Enurese noturna. Foram visíveis algumas mudanças positivas durante a intervenção com a menina, sendo uma delas a pronúncia de curtas frases durante algumas sessões ludoterapêuticas e também a demonstração de comportamentos agressivos perante certo tipo de brincadeiras que anteriormente eram ocultadas pela mesma. Através do acompanhamento ludoterapêutico e da avaliação psicológica efetuada ao menino, conseguiu-se perceber que o mesmo se encontrava em grande sofrimento apresentando conteúdos ansiogénicos e depressivos nas suas brincadeiras e na avaliação realizada. Torna-se relevante mencionar que o papel do psicólogo no âmbito desta respetiva área é muito importante pois ajuda a criança a compreender melhor a sua problemática e, conseqüentemente, a arranjar formas de lidar com a mesma. O relatório é composto inicialmente por um enquadramento teórico sobre os temas desenvolvidos ao longo do presente estágio, seguido da descrição do local de estágio e do trabalho desempenhado no mesmo, posteriormente é efetuada uma descrição e análise dos casos escolhidos. Por fim é feita uma conclusão acerca de tudo aquilo que foi feito, das melhorias que poderiam ter sido efetuadas e das aprendizagens adquiridas ao longo deste percurso. Importa salientar que este estágio foi realizado segundo a Abordagem Centrada na Pessoa, uma abordagem humanista que valoriza o desenvolvimento autónomo da pessoa.

Palavras-chave: Idade pré-escolar, Perturbação Mental, Ludoterapia Centrada na Criança, Avaliação Psicológica.

Abstract

This Internship Report intends to clarify the readers about all the clinical work made during the internship period, as part of the second and final half of the Clinical Psychology and Counseling Master. All interventions made during the internship arose in the context of clinical psychology, mainly in an institution with various aspects and different types of target populations (elderly, people with mental disorders and children). It is also noteworthy that the focus of intervention occurred at the level of the children, where it was possible to intervene in six separated cases. Of the covered cases, two distinct cases were selected where it's possible to observe the intervention of a 5 year old girl who was diagnosed with a selective mutism, and another case, a six years old boy, who was diagnosed with the Disturbance of Challenge and Opposition and Nocturnal enuresis. Some positive changes during the intervention with the girl were visible, one of them being the pronunciation of short sentences for some Ludo therapeutic sessions and also the demonstration of aggressive behavior towards certain types of games that were previously hidden by her. Through the Ludo Therapeutic accompaniment and psychological assessment made to the boy, could be seen that he was in great distress showing anxiogenic and depressive content on his games and in the performed evaluation. It is worth mentioning that the psychologist's role in this respective area is very important because it helps children to better understand their problems and hence to find ways to deal with it. The report consists initially by a theoretical framework on the themes developed throughout this internship, followed by the description of the internship location and the work performed on it, a description and analysis of the selected cases was afterwards made. Finally a conclusion is made about everything that has been done, the improvements that could be made and the learning acquired along this route. It should be noted that this internship was carried out according to the Person Centered Approach, a humanistic approach that values the autonomous development of the person.

Keywords: Preschool Age, Mental Disorder, Child-Centred Play Therapy in Children, Psychological Assessment

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	8
1.1 A Importância do Seio Familiar no Desenvolvimento da Criança.....	9
1.2 Desenvolvimento Infantil Segundo a Teoria Rogeriana	15
1.3 Principais Problemáticas Existentes na Primeira Infância.....	19
1.3.1 Mutismo Seletivo.....	22
1.3.2 Perturbação de Eliminação – Enurese.....	26
1.3.3 Perturbação de Oposição Desafiante (PDO).....	29
1.4 Avaliação e Intervenção Psicológica.....	31
1.4.1 Avaliação Psicológica.....	31
1.4.2 O Processo Terapêutico na Terapia Centrada no Cliente.....	35
1.4.3 A Intervenção com Crianças: Ludoterapia Centrada na Criança (LCC).....	38
Parte II – Trabalho de Estágio.....	49
2.1 Cronograma e Projeto de Estágio.....	50
2.2 Trabalho Elaborado Pelo Psicólogo Clínico na Instituição.....	52
2.3 Trabalho Elaborado Durante o Estágio.....	54
2.3.1 Observação.....	54
2.3.2 Avaliações Psicológicas.....	54
2.3.2.1 Avaliação Psicológica na criança.....	56
2.3.3 Dinâmicas grupais de Reabilitação Psicossocial e Cognitiva	66
2.3.4 Acompanhamentos Psicológicos.....	69
Parte III – Apresentação de Casos Clínicos.....	71
3.1 Caso Clínico da S.....	72
3.1.1 História Clínica.....	72
3.1.2 Acompanhamento Psicológico.....	74
3.2 Caso Clínico do V.....	97
3.2.1 História Clínica.....	97
3.2.2 Acompanhamento Psicológico.....	99
Parte IV – Discussão dos casos.....	107
4.1 Caso Clínico da S.....	108

4.2 Caso Clínico do V.....	116
Parte V – Conclusão.....	122
Referências Bibliográficas.....	127
Anexos.....	136
Anexo 1. Relatório da Avaliação Neuropsicológica Breve	
Anexo 2. Ficha psicossocial e Relatório de Avaliação para o NRP e folha de registo da WAIS - III	
Anexo 3 Relatório individual e global das Avaliações das Competências Pré-escolares	
Anexo 4. Relatório Psicológico da Avaliação efetuada a idosos	
Anexo 5. Documentos referentes ao caso do A	
Anexo 6. Documentos referentes ao caso da S	
Anexo 7. Documentos referentes ao caso do V	

Índice de tabelas

Tabela 1. Estudos sobre prevalência da Perturbação de Enurese.....	27
Tabela 2. Estudos sobre os benefícios da Ludoterapia em crianças.....	40
Tabela 3. Estudos empíricos sobre os benefícios da LCC.....	47
Tabela 4. Cronograma das atividades desenvolvidas durante nos primeiros meses de estágio.....	50
Tabela 5. Cronograma das atividades desenvolvidas durante os últimos meses de estágio.....	50
Tabela 6. Avaliação Psicológica efetuada a A.....	59

Índice de figuras

Figura 1. Síntese do modelo teórico escolhido – Abordagem Centrada na Pessoa.....	6
Figura 2. Total de avaliações realizadas durante o estágio.....	55
Figura 3. Genograma do Caso Clínico do A.....	56
Figura 4. Desenho livre do Caso Clínico do A.....	60
Figura 5. Desenho da Família do Caso Clínico do A.....	61
Figura 6. Desenho da Figura Humana elaborado no teste Griffiths (Caso do A).....	62
Figura 7. Resultados obtidos nas subescalas do teste Griffiths (Caso do A).....	63
Figura 8. Intervalo de idades dos casos clínicos acompanhados ao longo do estágio.....	69

Lista de Siglas

UAL Universidade Autónoma de Lisboa
APA American Psychology Association
ACP Abordagem Centrada na Pessoa
TA Tendência Atualizante
TF Tendência Formativa
TCC Terapia Centrada no Cliente
LCC Ludoterapia Centrada na Criança
CV Condições de Valor
PET *Parent effectiveness training*
ADAS-Cog Escala de avaliação da doença de Alzheimer
GDS Escala Global de deteriorização
MIF Medida de Independência Funcional
MMS Mini Mental State
MOCA Montreal Cognitive Assessment
WAIS-III Escala de Inteligência de Wechsler para adultos
Griffiths Escala de Desenvolvimento Global de Griffiths
IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social
NRP Núcleo de Reabilitação Profissional
CAO Centro de Atividades Ocupacionais
RP Reabilitação Psicossocial
RC Reabilitação Cognitiva

Introdução

O presente relatório é elaborado com intuito de explanar toda a atividade por nós elaborado no estágio curricular efetuado. Este estágio surge no segundo e último ano do Mestrado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, no ano letivo de 2014/2015 efetuado na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). O presente estágio encontra-se regido pelo Regulamento de Estágios do Departamento de Psicologia e Sociologia da UAL e também por o Regulamento Geral de Mestrados e Doutoramentos da respetiva universidade. Todo o trabalho desenvolvido pôde ser abordado abertamente nas aulas de Seminário de Estágio I e II.

O trabalho apresentado resulta do contato de prática clínica com diversas populações permitindo, conseqüentemente, cimentar os nossos conhecimentos nas variadas valências disponíveis na Instituição autoproposta.

O local de estágio situa-se no distrito da Guarda, mais propriamente. O mesmo teve início no dia 23 de outubro de 2014 e findou a 1 de Julho de 2015, perfazendo no total 594 horas.

O respetivo local é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que foi fundada no ano de 1880 e desde então tem apoiado o desenvolvimento regional através da estimulação da criatividade e o crescimento local. A mesma é formada por várias valências que prestam apoio a várias faixas etárias da população onde se insere a IPSS, nomeadamente, com crianças a partir dos três meses de idade, pessoas portadoras de deficiência, adultos e idosos.

Esta Instituição, contempla vários Recursos Humanos especializados tais como: Psicólogos, Sociólogos, Médicos, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, Educadores de Infância, Professores, Monitores, Técnicos de Serviço Social, Técnico Oficial de contas, Administrativos, Contabilistas e outro pessoal de apoio operacional. Através deles é assegurado o funcionamento das várias valências que compõem esta IPSS.

É relevante observar a importância que este tipo de Instituição tem no nosso país, principalmente na região onde se encontra inserida. As IPSS são parceiros por excelência do Estado ao nível da intervenção social, pois, conseguem colmatar as necessidades das populações a um nível local, possibilitando assim um suporte bastante relevante e

A elaboração do relatório é concebido em concordância com o novo acordo ortográfico estabelecido a 13 de maio de 2009. As normas da Associação Americana de Psicologia (APA) (American Psychological Association, 2010) e do Regulamento Geral de Mestrados e Doutoramentos da UAL (2015), são igualmente seguidos pelo presente relatório.

necessário à população onde se encontra inserida. Este suporte não é feito apenas ao nível social e de cuidado, mas também em termos de desenvolvimento económico empregando várias pessoas da região estimulando toda a economia local .

Optámos por escolher a população mais jovem, nomeadamente as crianças. Sempre foi uma área que quisemos trabalhar e acima de tudo desenvolver as nossas competências clínicas.

Sabíamos à partida que o trabalho com crianças implica o desenvolvimento de mais competências, sendo dos mais desafiantes em Psicologia. Com as crianças o psicólogo clínico não poderá estar à espera que elas vão ao acompanhamento psicológico e falem abertamente das suas angústias e dificuldades, são necessárias mais competências ao nível do estabelecimento da confiança, da empatia, da compreensão empática e do verbal e não-verbal mediante o jogo lúdico. Só assim se conseguirá compreender as dificuldades sentidas pelas mesmas, as suas problemáticas e ajudar na diminuição do seu sofrimento.

Numa vertente mais clínica da psicologia, e consoante os requisitos exigidos para a validação do estágio, tentámos apoiar as crianças que por motivos alheios a si mesmas, na maioria dos casos, se encontravam em sofrimento ou com dificuldades. mediante o quadro teórico da terapia centrada no cliente, mais especificamente, da terapia centrada na criança.

Enquanto que a Psicologia abrange todas as possibilidades de trabalho de um psicólogo, a Psicologia Clínica faz parte de uma das áreas da Psicologia (Paladino, 1983).

Ribeiro e Leal (1996), afirmam que o termo Psicologia Clínica foi pela primeira vez pronunciado por Lightner Witmer numa reunião da APA no ano de 1896. Contudo, os primeiros contributos para o surgimento da Psicologia Clínica despontaram com a primeira Guerra Mundial, pois foi a partir daí que se começou a utilizar o método clínico com ex-combatentes de guerra. No entanto é com a Segunda Guerra Mundial que a Psicologia Clínica revela um avanço significativo ajudando as pessoas que tinham sido vítimas da guerra, nomeadamente aquelas que passaram a sofrer de perturbações mentais.

Foi através desta necessidade acrescida com estas duas grandes guerras que a Psicologia Clínica se emancipou, tornando as duas grandes bases desta ciência mais salientes: a relativa proximidade com a Psiquiatria e os testes psicométricos que apresentaram uma maior objetivação e medida (Ribeiro, & Leal, 1996).

Segundo a Associação Psicológica Britânica (2001, citado por Huey, & Britton, 2002) a Psicologia Clínica é um ramo da psicologia que é aplicada à saúde e aos cuidados da comunidade, nomeadamente ao nível da avaliação, da melhoria e a própria prevenção

de deficiências, dos comportamentos disfuncionais e do sofrimento psicológico (Vallis & Howes, 1995, citado por Huey, & Britton, 2002). Durante o desempenho da função de psicólogo clínico, o mesmo deve ter presente que os seus principais interesses são: os processos mentais e o comportamento humano; que devem ser efetuadas pesquisas para que se possa compreender melhor o funcionamento humano; os testes e outros instrumentos de medida devem ser utilizados com intuito de suportar ou não as observações anteriormente efetuadas à pessoa; e o foco do seu trabalho deve ser o auxílio do indivíduo que possui uma problemática psicológica (Nietzel, Bernstein, & Milich, 1998, citado por Huey, & Britton, 2002).

Para a prática da Psicologia Clínica é necessário ter diversos conhecimentos psicológicos, pois são os psicólogos clínicos que testam as teorias e os métodos desenvolvidos pela Psicologia, mas também não se pode descurar da experiência prática que é tão importante no trabalho do psicólogo clínico (Paladino, 1983).

Dois dos conceitos fulcrais da Psicologia Clínica é o Método e Raciocínio Clínico (Ribeiro, & Leal, 1996). O Método Clínico foi primeiramente introduzido na Psicologia através de Piaget e Lagache. Piaget tentou que a base da Psicologia fosse o método clínico, tornando esta ciência mais fidedigna. Para este mesmo autor, o método clínico consistia numa forma específica de experimentação que proporcionava a emergência dos factos psicológicos da pessoa observada (Ribeiro, & Leal, 1996). No que se refere ao Raciocínio Clínico, o mesmo tem como base o raciocínio dedutivo e indutivo, a aprendizagem e a experiência, a intuição e a interpretação da experiência. Existem certas fases que compõem o raciocínio clínico: primeiramente efetua-se a observação e a respetiva análise da história da pessoa através das queixas que a mesma elabora; posteriormente, com o auxílio das técnicas de diagnóstico adequadas ao caso, recolhem-se alguns dados importantes; após estas duas análises observam-se os dados que foram recolhidos e percebe-se o estado da pessoa em questão; de seguida verifica-se se é necessário realizar ou não mais testes ou então, se já se pode iniciar o processo de ajuda à pessoa; por fim discute-se com a pessoa algumas opções dando-se início ao processo terapêutico (Goldman, 1991, citado por Ribeiro, & Leal, 1996).

Em Portugal, a Psicologia apresentada de uma forma mais científica chega no ano de 1912 através da criação do primeiro laboratório experimental de psicologia na Faculdade de Letras em Coimbra. Só passados 18 anos é que surge um laboratório psicológico numa Faculdade de Lisboa (Abreu, 1990, citado por Ribeiro, & Leal, 1996).

No nosso país, os anos 60 marcam o período do nascimento da Psicologia Clínica com o surgimento da primeira faculdade de psicologia do país. Ergueram-se, nos anos 70 mais três faculdades de Psicologia no país, distribuídas pelas cidades do Porto, Coimbra e de Lisboa, aparecendo com as mesmas os primeiros licenciados na área (Ribeiro, & Leal, 1996). Toda esta evolução foi relevante para o desenvolvimento da Psicologia em Portugal.

Passando agora para uma melhor compreensão das problemáticas que afetam as crianças e a forma como se deve intervir com as mesmas. Em todo o tipo de ambientes as crianças e os adolescentes encontram-se vulneráveis ao desenvolvimento de comportamentos disruptivos. Os problemas sociais e eventos não normativos como é o exemplo da violência na família e na comunidade onde se encontram inseridos, a deterioração escolar, abusos e traumas, disrupção familiar, guerras e terrorismo promovem o surgimento de problemáticas nas crianças e adolescentes (Jackson, Alberts, & Roberts, 2010). É através do crescente surgimento de problemas mentais em crianças e adolescentes que a Psicologia Clínica se torna relevante para colmatar essa mesma problemática (James & Roberts, 2009). Jackson e os seus colaboradores (2010) afirmam que a Psicologia Clínica Infantil consiste num serviço profissional que permite atenuar os problemas de saúde mental das crianças e adolescentes, podendo inclusive trabalhar com as suas famílias em prol do tratamento das mesmas. O psicólogo clínico infantil tem como principal função intervir psicologicamente com intuito de minorar os problemas emocionais, cognitivos, comportamentais, de desenvolvimento, familiares, sociais e médicos que as crianças e os jovens apresentam (Jackson, et al., 2010). É fulcral que o psicólogo clínico observe a criança consoante o ambiente familiar, social e cultural onde a mesma se insere pois só assim o psicólogo compreenderá o desenvolvimento alterado da personalidade por parte da criança (Paladino, 1983).

Grande parte das problemáticas existentes na criança advém do sistema familiar onde a mesma se encontra agregada. É fundamental que o psicólogo não cinja a sua intervenção à criança pois o grande problema pode estar no meio social e/ ou familiar onde a mesma se insere. Auxiliar os pais a implementarem diferentes estratégias na educação dos seus filhos é algo fundamental para que o trabalho do psicólogo clínico seja valorizado e melhor percecionado. Como se pode perceber as áreas que compõem a Psicologia são diversas e o mesmo acontece com a sua prática. Em Portugal, é na área da psicologia clínica e da saúde onde existe um maior número de psicólogos a exercer a profissão (51,7%), seguindo-se a área da psicologia escolar e educacional com 21,6%. A

Gerontologia (0,23%) e a psicologia do desporto (0,15%) correspondem às áreas menos praticadas pelos psicólogos (Coelho, 2012).

No que se refere às formas de intervenção, não se pode afirmar que existe um modelo teórico que é melhor ou pior do que o outro, todos, desde que fundamentados teórica e cientificamente são considerados válidos. Cabe ao psicólogo perceber qual o modelo lhe faz mais sentido, desempenhando toda a sua intervenção com o cliente de acordo com o modelo que escolheu trabalhar e aprofundar os seus conhecimentos de intervenção clínica.

Durante o estágio escolhemos a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) como modelo de intervenção nos casos que foram acompanhados, não só pelo simples facto de existir uma maior familiarização com o modelo mas também devido ao facto de nos identificarmos com o mesmo, tornando assim o trabalho desempenhado ao longo do estágio mais congruente.

Carl Rogers foi o fundador da terapia centrada no cliente, mais tarde nomeada a corrente de ACP pela multiplicidade de intervenções (individual, de grupo, em contextos clínicos, escolares, sociais, organizacionais, etc.). Decorria o ano de 1940, nomeadamente nos Estados Unidos da América, quando Rogers publica através da sua obra *Psicoterapia e Consulta Psicológica*, uma nova perspetiva psicoterapêutica diferente dos modelos mais utilizados da época, o comportamental, o psicométrico e o psicodinâmico (Santos, 2005; Moreira, 2010; Hipólito, 2011). Este novo modelo é caracterizado pela menor directividade e assimetria na relação entre o terapeuta e o cliente e, acima de tudo, tem como base a característica particular que o ser humano possui, a Tendência Atualizante (TA).

Na terapia centrada no cliente (TCC) o terapeuta acredita que a pessoa é dotada de capacidades de autorrealização e de direcionamento que a permitem perceber qual o melhor caminho e resolução a tomar perante uma problemática da sua vida. O psicólogo estará presente para acompanhar o cliente nesse seu percurso, tentando ao máximo que o mesmo não interfira no pensamento próprio do seu cliente, isto é, o psicólogo, durante a sua intervenção, tende a ser o menos diretivo possível (Hipólito, 2011).

Também se pode utilizar a TCC no trabalho com crianças, sendo que a prática irá ter a mesma fundamentação teórica utilizada com os adultos. O terapeuta da Ludoterapia Centrada na Criança (LCC), acredita que a criança é dotada de capacidades que a permitem auto-organização no sentido do desenvolvimento saudável. Para além disso, durante o processo terapêutico, o terapeuta deve expressar a sua atitude de respeito para

com a criança, para que a mesma possa perceber que se encontra perante uma situação onde pode ser ela própria sem qualquer tipo de julgamento por parte do terapeuta. Uma das grandes diferenças de uma terapia realizada com adultos conforme a TCC e a terapia segundo o mesmo modelo teórico mas efetuado com crianças consiste no *setting* terapêutico, ou seja, com as crianças o *setting* é composto por um espaço mais lúdico facilitando a comunicação e percepção das suas problemáticas, o que não se verifica no *setting* com pessoas adultas (Rogers, 1951/2003). Os casos clínicos expostos no presente relatório seguiram os pressupostos de intervenção clínica da TCC e LCC, sendo apresentados e discutidos à luz do quadro de compreensão do desenvolvimento da criança de Rogers e de Hipólito (Figura 1).

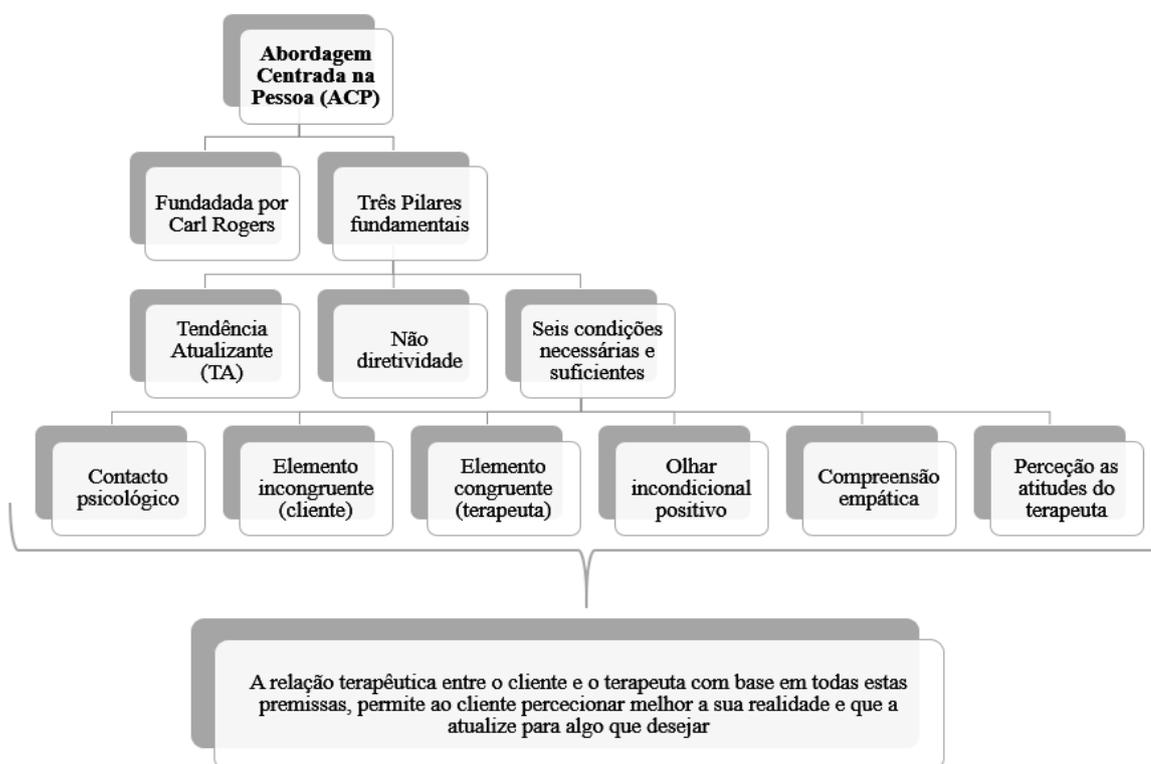


Figura 1. Síntese do modelo teórico escolhido – Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

O presente relatório encontra-se dividido em cinco partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico onde tentaremos explicar as principais problemáticas existentes na primeira infância, a importância do seio familiar no desenvolvimento da criança e a intervenção psicológica segundo a ACP. Posteriormente explicaremos todo o trabalho de estágio desenvolvido, nomeadamente o cronograma, o trabalho efetuado por parte do psicólogo clínico na Instituição e o todo o trabalho por nós realizado. Na terceira parte do relatório apresentamos os casos clínicos, referindo a

história clínica de ambos e o respetivo acompanhamento realizado. Por fim realizar-se-á uma discussão dos casos explanados à luz da teoria psicoafectiva do Professor Doutor João Hipólito e a conclusão do respetivo relatório.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1. A Importância do Seio Familiar no Desenvolvimento da Criança

Para Carl Rogers, o grande impulsionador da ACP, e para alguns dos seus seguidores desta respetiva área, a família percecionada como um grupo é algo que revelou sempre uma grande importância. No entanto para Hipólito (2011), deveria existir um maior investimento nesta respetiva área, pois a mesma revela ser determinante para o desenvolvimento de cada indivíduo que contempla o seio familiar. Devido a isso acredita-se que o terapeuta seguidor da ACP deve compreender a pessoa como estando inserida num seio familiar e sociocultural.

A família demonstra características particulares diferentes de outro tipo de grupos, isto é, a família possui um funcionamento muito semelhante, se não mesmo igual, em termos semânticos (verbal e não verbal), ao nível da memória e do próprio património que detém (Hipólito, 2011).

Com o surgimento da Terapia Familiar nos anos 50, nomeadamente nos Estados Unidos, despoletou uma mudança de paradigmas, isto é, em vez de se utilizar o modelo cartesiano (causa-efeito), passou-se a utilizar o modelo de causalidade circular que contempla a análise do maior número de partes possível (Relvas, 1999; Machado, 2012). Podemos assim resumir que esta nova perspetiva de causalidade circular permite chegar a outro tipo de compreensão da estrutura e do funcionamento no seio familiar (Hipólito, 2011).

É também através do Paradigma Sistémico, que se pode caracterizar o seio familiar como um *microsistema* em que existem diversas interações que possibilitam a compreensão de cada membro da família que a compõe (Relvas, 2003). É também um sistema aberto, de carácter social que possui autonomia em se organizar (Relvas, 2003; Hipólito, 2011).

As relações existentes na família, estão devidamente inseridas e estruturadas numa hierarquia. A mesma é formada por diferentes subsistemas como é o caso do marital, parental e filial, que exercem influência entre si apesar de serem considerados independentes (Minuchin, 1985, citado por Flykt et al., 2011; Cox & Paley, 1997, citado por Ulbricht, Ganiban, Button, Feinberg, Reiss, & Neiderhiser, 2013).

A composição do subsistema conjugal é apenas feita por dois elementos devido ao facto de derivar de uma relação amorosa, ou seja, é constituída, por exemplo, pelo marido e pela mulher (Teves, 2008). Este subsistema possui a relação executiva e primária ao nível da hierarquia familiar. Devido a isso, afirma-se que esta relação é bastante relevante

pois influencia os restantes subsistemas da família (Ganiban et al., 2007; Jocklin, McGue, & Lykken, 1996, citado por Ulbricht, et al., 2013).

No que se refere ao Subsistema Parental, é constituído pelos mesmos elementos do Subsistema em cima citado, contudo revela funções díspares, ou seja, estão encarregues das funções executivas para que seja possível proteger e educar os seus filhos (Alarcão, 2002).

Já o Subsistema Fraternal, é composto por os filhos do casal, e é caracterizado pelas relações existentes entre ambos (Alarcão, 2002).

A família possibilita, a cada pessoa que a compõe, as ferramentas necessárias para que os mesmos cresçam, e consigam integrar-se na sociedade onde vivem, tornando-se autónomos (Relvas, 2003).

O bebé, o elemento mais recente do seio familiar, após o seu nascimento requer cuidados básicos para a sua sobrevivência, sendo normalmente os seus pais que asseguram esses mesmos cuidados. Todas as interações, comportamentos, expectativas e sentimentos na díade parental são a base do desenvolvimento da relação entre ambos (Strickland, 2001).

À medida que o bebé vai crescendo, surgem novos tipos de relação na sua vida, uma delas é a relação de apego que surge com a pessoa a quem o bebé atribui os seus cuidados primários. Este tipo de relação é fundamental no desenvolvimento da criança, sendo por isso fulcral a criação de um apego seguro entre o cuidador primário e o bebé. Este tipo de apego possibilita o desenvolvimento feliz da criança e, mais tarde, o estabelecimento de relações saudáveis com os outros (Strickland, 2001). É através da sua família, que a criança adquire as formas de como deve interagir socialmente, as crenças, as expectativas e também os seus objetivos (Pereira & Morais, 2007).

Para que haja um bom desenvolvimento psicológico da criança e uma relação emocional forte e segura, os pais devem, por um lado, ser responsivos, mas por outro lado devem ser aceitantes e moderadamente exigentes. A promoção deste padrão consistente de comportamentos favorece o desenvolvimento autónomo do filho (Strickland, 2001).

Não é só nestes aspetos que a família se torna um elemento chave no desenvolvimento da criança. A família revela, igualmente, uma grande importância ao nível demonstração da força intrínseca, existente em todos os seres humanos, para o crescimento e desenvolvimento do próprio, à qual a ACP apelida de TA. Tal acontece pois a família auxilia a pessoa a chegar mais facilmente ao desenvolvimento e crescimento pleno desejado (Hipólito, 2011).

Como já se pôde constatar, a família consiste numa união de pessoas que detêm relações entre si e com o meio exterior que a contempla. Pode-se ainda afirmar que a família é um sistema dinâmico composto por vários subsistemas, que foram anteriormente explanados, que estabelecem entre si relações e são determinantes no desenvolvimento de afeto, da socialização e da educação de cada elemento do seio familiar. Ao percebermos a família como sendo um sistema comunicacional, compreende-se que a mesma é fulcral para o desenvolvimento de soluções integradoras por parte dos elementos que compõem a família como se fosse um todo (Dias, 2011).

Importa também referir, que o seio familiar é dotado por funções básicas muito importantes. Uma delas consiste no desenvolvimento de cada elemento do sistema familiar e a individuação dos mesmos, assim como a criação de um sentimento de pertença. O seio familiar contempla igualmente a função de transmissão cultural onde se encontram inseridos aos elementos mais novos do sistema familiar (Relvas, 1998).

De certa forma existem pontos de comunhão entre a teoria da personalidade e a perspectiva sistémica. Isto pode ser perceptível se atendermos à noção da função de família que Relvas (1998) e Dias (2011) afirmam. Nessa medida o núcleo familiar funciona como uma força promotora de crescimento e de transmissão de valores para os seus membros e no seu processo de individuação (Relvas, 1998). No entanto, os laços de união entre os membros de uma família e a função que esta em si tem na promoção de crescimento dos mesmos, deve ser moderada e acompanhada com o respeito de autodesenvolvimento e da autonomia de cada um deles. Só assim, é que será possível que, por exemplo, uma criança inserida num seio familiar, possa contactar o mais livremente possível com as suas experiências e valorá-las autonomamente, sem demasiadas interferências de condições de valor (CV). Se atendermos ao facto dos pais adotarem uma atitude de olhar incondicional positivo para com o seu filho (condição fulcral no processo terapêutico da ACP), isto vai promover um desenvolvimento mais saudável na criança. Tal acontece porque os seus progenitores tentam compreender as próprias perceções e vivências do filho sem o criticarem e criarem qualquer tipo de juízo de valor (Bozarth, 1998/2002).

Caso esta atitude seja posta em prática ao nível das relações familiares (díade parental), Rogers (1959) conseguiu concluir que:

1. Quanto maior for o olhar incondicional positivo dos pais para com o seu filho(a) menor será as CV presente no mesmo(a), terá mais probabilidade de viver perante

“um processo organísmico continuado de valorização”, e em termos psicológicos será igualmente mais adaptado.

2. Apenas os pais que revelam um olhar incondicional sobre si mesmos é que têm a capacidade de experienciar o olhar incondicional positivo para com os seus filhos.
3. Só é possível existir uma relação coerente entre pais e filhos caso os pais consigam ter esta experiência própria do olhar incondicional positivo. Para que isso seja possível, os mesmos têm de ser coerentes e expressarem os seus próprios sentimentos.
4. Caso as três primeiras condições estejam presentes, permite que os pais compreendam a criança de forma empática e realista acerca do seu quadro interno de referências, permitindo a experimentação do quadro incondicional positivo sobre o mesmo.
5. Se as quatro condições anteriores estiverem presentes, a díade parental torna-se mais saudável.

Pode-se assim concluir que os pais ao experimentarem a condição do olhar incondicional positivo para com os seus filhos, criam uma maior valorização organísmica, uma melhor adaptação ao nível psicológico e uma menor criação de CV. Só é possível aos pais compreenderem o quadro de referências interno dos seus filhos caso os mesmos tiverem presente na relação a compreensão empática e o olhar incondicional positivo (Bozarth, 1998/2002).

Contudo nem sempre o desenvolvimento infantil ocorre sem percalços, por vezes podem emergir algumas barreiras entre o *self* percebido e o *self* organísmico da criança. Se imaginarmos que a criança percebe que nem tudo o que ela necessita é bem aceite pelas suas figuras parentais (Brites, 2006, citado por Hipólito, 2011), isto leva a que a mesma modifique algumas das suas perceções consoante aquilo que os seus pais idealizam e aceitam, a fim de não perder o seu amor. Este tipo de aceitação caracteriza-se por condicional positiva pois deriva da “manutenção das CV” (Hipólito, 2011, p.153).

Consoante a própria experiência, a criança vai começando a formar-se verificando nas suas experiências particulares aquilo que vai de acordo ou desacordo consigo mesma e aquilo que repulsa ou deseja. Uma das consequências que este tipo de comportamento pode causar, consiste na interiorização das experiências vividas de forma positiva mesmo que isso não vá de encontro ao seu *self* organísmico. Pode igualmente entrar em desacordo com aquilo que realmente sente ao nível do seu *self* organísmico, ou seja, atribui um valor

negativo às experiências que interiormente as caracteriza como agradáveis e que vão de encontro à sua tendência orgâsmica para a atualização (Rogers & Kinget, 1977).

Estes comportamentos ao ser introjetados por aquilo que rodeia a criança, faz com avaliação que a mesma faz às suas experiências sejam condicionadas. Isto é, a criança deixa de conseguir experienciar uma atitude positiva sobre si mesma ou daquilo que vivência de forma independente às condições exteriores. Posteriormente, a criança vai evitar ou procurar determinados comportamentos que vão de encontro a estas condições, independentemente do que o seu organismo realmente pensa ou necessita (Rogers & Kinget, 1977).

Caso a criança experienciasse sempre sentimentos de aceitação e apreciação esta avaliação condicional não era produzida. Para além disso, se a criança usufrísse da avaliação plena daquilo que realmente sente, haveria assim a possibilidade de conseguir criar um equilíbrio entre a sua satisfação das necessidades, sendo, posteriormente capaz de averiguar quais as experiências que são mais satisfatórias e, com o passar do tempo, alterar os seus próprios comportamentos (Rogers & Kinget, 1977).

Ao ser posto em causa o *self* orgâsmico da criança, a mesma vai perdendo o seu estado de integração, pois a partir do momento em que a avaliação das experiências se torna condicionada, a noção do *eu* começa a integrar determinados elementos deformados que não retratam bem a experiência, assim como a experiência vai integrar elementos que não fazem parte da noção do *eu*. Por tudo isto, a criança vai deixar de funcionar de forma unificada e integrada pois determinadas características começam a ser formadas na sua experiência, ameaçando a sua estrutura do *eu*. Para que esta estrutura seja preservada, a criança vai recorrer a certos mecanismos de defesa, o que nos leva a concluir que por vezes os comportamentos são orientados pela estrutura do eu e noutras vezes por elementos que não se encontram nessa mesma estrutura. Este estado de incongruência pode levar à produção de desequilíbrios e tensões funcionais (Rogers & Kinget, 1977).

Se observarmos os estudos sobre o desenvolvimento infantil, chegamos igualmente à conclusão que as vivências existentes no seio familiar influenciam esse respetivo desenvolvimento e podem causar estados de incongruência nas crianças.

Nakao e os seus colaboradores (2000) realizaram um estudo a 150 crianças com uma média de idades de 13 anos, onde comprovaram que o ambiente familiar tem relevância no surgimento de determinados traços de personalidade, como é o caso da maturidade, da intelectualidade e da extroversão. Afirmam também que a extroversão ocorre em crianças onde as mães não tendem a interferir nem ser muito protetoras na educação dos seus

filhos; a maturidade é mais saliente nas crianças cujo seio familiar é economicamente favorável, existe uma maior participação do pai na educação das crianças e há bons padrões de educação; o traço intelectual está intimamente interligado à participação ativa das mães na educação dos seus filhos e ao facto das famílias revelarem um alto nível socioeconómico.

Outro estudo efetuado a 51 famílias (pai e mãe) demonstrou que a existência de psicopatologia parental e díade marital influenciam o desenvolvimento comportamental e psicológico dos filhos. Neste estudo averiguou-se ainda que os problemas de ajustamento das crianças tendem a ser mais salientes quando são as mães que sofrem de problemas psicológicos e quando existe funcionamento pouco adaptativo da díade marital (Papp, Goeke-Morey, & Cummings, 2004).

Gleen e Kramer (1985, citados por Pereira & Morais, 2007), revelam igualmente que quando existem conflitos constantes entre a díade marital, provoca consequências graves e nocivas ao desenvolvimento saudável do subsistema filial. Essas passam principalmente por uma maior propensão para os estados depressivos, resultados menos positivos ao nível escolar, problemas em termos de ajustamento, *distress* e uma maior reatividade. Os autores Gottman e Katz (1989, citados por Pereira & Morais, 2007), demonstram também que os conflitos parentais podem ser impactantes para a criança ao nível dos relacionamentos sociais. Na sua vida adulta, podem tornar-se pessoas com pouca intimidade social.

Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito e Nicholson (2013) através de um estudo longitudinal realizado a 2200 famílias australianas comprovou que existe uma maior probabilidade de existirem dificuldades emocionais e comportamentais quando as crianças atingem sete anos se os pais forem hostis com as mesmas e não manifestarem uma relação afetuosa.

Um estudo efetuado a 65 crianças e às suas respetivas mães revelou que a díade mãe-filho é bastante importante para o desenvolvimento da criança. Os resultados demonstram que uma interação pouco afetiva das mães promove nos filhos comportamentos de cariz negativo e pouco afetivos. Para além disso o estudo conclui que o desenvolvimento global e das áreas como a capacidade motora fina e a linguagem da criança estão interligadas com a responsividade materna, e que uma baixa estimulação cognitiva por parte da mãe promove no seu filho um desenvolvimento de risco (Ribeiro, Perosa, & Padovani, 2014).

1.2. Desenvolvimento Infantil Segundo a Teoria Rogeriana

Como se pôde constatar, o seio familiar influencia todo o desenvolvimento da criança sendo por isso fulcral a compreensão da família onde se insere a criança com quem se vai tentar estabelecer um contacto psicológico. No entanto, é também relevante que haja um quadro de referências teórico acerca do desenvolvimento infantil por parte do psicólogo, para que o mesmo consiga compreender de forma coerente a criança que está a acompanhar. Neste caso em particular, foi importante perceber como é que a Teoria Rogeriana explica o desenvolvimento infantil pois foi a corrente escolhida para analisar os casos que existiram ao longo do período de estágio.

O crescente interesse de Rogers por a personalidade humana, começou desde cedo na sua carreira, nomeadamente com a medida de ajustamento de personalidade por si criada no ano de 1931. No entanto, só demonstra este seu verdadeiro interesse no ano de 1947 com a publicação de algumas observações por si efetuadas sobre a organização da personalidade (Barrett-Lennard, 1998, citado por Cooper, O'Hara, Schmid, & Bohart, 2013). Passados quatro anos, publica as 19 proposições que no seu conjunto permitem sistematizar de forma conceptual todo o seu trabalho anteriormente efetuado para um melhor entendimento do desenvolvimento e da personalidade humana (Rogers, 1959). Uns anos mais tarde, o trabalho de Rogers é aperfeiçoado, fazendo assim uma nova publicação onde existiu uma definição mais sistemática e rigorosa de toda a teoria que havia vindo a desenvolver até então (Barrett-Lennard, 1998, citado por Cooper, et al., 2013).

Decorria o ano de 1963 quando Rogers explica de forma mais minuciosa o conceito de TA (Mearns, 2002, citado por Cooper, et al., 2013). Durante os anos 60 e 70 a teoria de desenvolvimento da personalidade de Rogers não sofreu qualquer tipo de avanço, contudo nas últimas décadas tem vindo a crescer o interesse nesta respetiva área através de novas pesquisas que sustentam esta abordagem (Cooper, et al., 2013)

Apenas iremos aprofundar o desenvolvimento da personalidade descrito por Rogers e a teoria psicoafectiva do professor Doutor João Hipólito, uma atualização e aprofundamento da teoria da personalidade de Rogers.

Estão presentes duas áreas de pensamento no trabalho desenvolvido por Rogers: a Fenomenologia (Snygg, & Combs, 1949, citado por Cooper, et al., 2013) e a Psicologia Humanista (Rogers, 1959). No que se refere a este primeiro pensamento, Rogers acreditava que a existência humana era melhor compreendida através da forma de como a própria pessoa experiencia o mundo (Snygg, & Combs, 1949, citado por Cooper, et al.,

2013). O segundo pensamento, prende-se com o facto de se acreditar que as pessoas possuem uma força intrínseca para a atualização e auto-crescimento. Esta respetiva força ajuda a preservar ou melhorar o próprio organismo da pessoa (Rogers, 1959), estando o mesmo presente no processo de valorização de cariz organísmico.

Nos primeiros estágios da vida da criança, a mesma conceptualiza o mundo de forma integrada, sem qualquer diferenciação entre as próprias experiências e aquelas que são exteriores. Com o passar do tempo e o seu desenvolvimento, a criança, através de alguma parte do seu campo experimental, interioriza algumas dessas experiências no seu *self*, ou seja, estas experiências individuais são associadas à sua própria pessoa (Cooper, et al., 2013).

A criança apresenta inicialmente um autoconceito (“*self-concept*”) igual a realidade por si experienciada. As necessidades por ela sentidas vão ser emergidas através do cuidado ou atenção incondicional (“*unconditional positive regard*”), isto é, o desejo da criança é despertado por si mesma através da realização de diferenças positivas no campo experimental dos outros (Rogers, 1959). Tudo isto leva a que a criança tome uma atenção mais pormenorizada às condições positivas que tende a evocar nos outros que a rodeiam, o que leva à associação das suas próprias experiências (“*self-experience*”) com a aceitação por parte dos outros (Cooper, et al., 2013).

Quando a criança tende a considerar todas as suas experiências como sendo positivas, afirma-se que a mesma revela condições incondicionais positivas (“*unconditional positive regard*”). No entanto, a criança encontra-se inserida num ambiente onde existe uma maior propensão para o desenvolvimento das condições condicionais positivas (“*conditional positive regard*”), ou seja, em determinadas situações existe uma associação entre a autoexperiência e as condições positivas, podendo também acontecer o oposto. Com o seu desenvolvimento a criança vai adquirir as condições complexas que corresponde ao conjunto das suas inter-relações com as suas auto-experiências, que vão permitir a existência da discriminação das condições positivas de outro social particular (Rogers, 1959).

Ao serem desenvolvidas associações entre as condições positivas e as autoexperiências, as mesmas tendem a ser assimiladas e interiorizadas, levando à experimentação das autocondições positivas. É neste âmbito que a criança deixa de demonstrar necessidade em receber recompensas dos outros que a rodeiam como forma de afeto, passando a recompensar-se a si mesma através do complexo total das autocondições. Passa assim a existir uma associação entre as experiências da criança (sem

incluir a dos outros) com as suas autocondições positivas, isto é, a criança adquire as CV (Rogers, 1959). A crescente necessidade pelas autocondições positivas promove a seleção das autoexperiências que vão de encontro a essa necessidade, colocando de parte todas as autoexperiências que não promovem as autocondições positivas. Conclui-se assim que nesta fase do seu desenvolvimento, a criança já é capaz de introjetar vários valores que podem não ser consistentes com o seu processo de valor organísmico (Rogers, 1951/2003).

A criança, posteriormente, atinge uma fase de desenvolvimento em que começa a perceber as suas autoexperiências de forma mais seletiva. As suas CV em conjunto com as autoexperiências, vão promover a evocação de sentimentos de autocondições positivas. Tudo promove um sentimento de conforto quando é feita a reflexão das autoexperiências o que permite a simbolização a um nível consciente por parte das mesmas e a sua integração no seu conceito de *self* (Cooper, et al., 2013).

Por outro lado, se existirem autoexperiências que não estão em concordância com as CV da criança, vai promover a existência de sentimentos negativos levando a um menor conforto para desenvolver a reflexão sobre os mesmos. Devido a isso, a criança tende a abandonar esse tipo de autoexperiências num nível pré-reflexivo, não simbolizando esse tipo de experiências a um nível consciente nem integrando-as no seu conceito de *self* (Cooper, et al., 2013). Apelida-se como subsecção (“*subception*”), este processo de discriminação onde a consciência de forma reflexiva é posta de parte. Apesar disso, Rogers afirma que estas experiências são alcançadas através de dois tipos de estratégias, sendo elas a distorção e a negação, isto é, a criança pode indicar que se sente cansada em desempenhar uma determinada tarefa e que por isso não a pode fazer, ou então, pode negar o seu próprio sentimento de que não sente vontade em desempenhar tal tarefa (Rogers, 1951/2003, 1959).

Apesar da existência de negação das experiências vivenciadas pela criança, a mesma pode introjetar essa respetiva experiência como uma autocondição positiva, através da colocação da experiência fora dos domínios da sua autoexperiência. É através desta percepção seletiva que irá ser promovida a existência de uma discrepância entre a experiência atual do organismo e *self* percebido (Rogers, 1959). O organismo da criança vai negar a consciencialização das experiências inconsistentes com a sua maneira de ser, enquanto que a autoconsistência das experiências próprias do sujeito serão reconhecidas e posteriormente incorporadas seu *self* (Lecky, 1945, citado por Cooper, et al., 2013).

Este modelo de desenvolvimento humano concebido por Rogers (1959), afere que a maioria das pessoas encontra-se distante de si mesma podendo promover os distúrbios psicológicos. Tal acontece porque (Cooper, et al., 2013):

- Ao introjetar as experiências como não sendo suas ou negar as suas próprias experiências, produz uma substituição da capacidade organísmica que o ser humano possui em avaliar se as experiências são automantidas ou autorreforçadas. Tudo isto pode levar a uma autodestruição ou autoestagnação de atividades, podendo promover sentimentos negativos como os desesperança, os estados depressivos e o aborrecimento.
- O organismo da pessoa tenta aumentar e assegurar todas as suas capacidades, mesmo que certas experiências estejam a ser negadas ou distorcidas, continuando assim a sua atualização. Isto promove a percepção constante de sentimentos ansiogénicos.
- Em termos interpessoais, se a pessoa não conseguir discriminar quais as necessidades que realmente precisa, não irá conseguir comunicá-la aos outros de forma, direta, transparente e clara. Isto fará com que os outros não consigam compreender realmente quais as necessidades reais da pessoa.

Na ACP um dos conceitos fulcrais da teoria defendidos por Carl Rogers, e igualmente importante para a compreensão do desenvolvimento infantil, consiste na Tendência Formativa (TF). Todos os seres vivos e não vivos possuem uma tendência que permite que se atinja o mais alto nível de complexificação. No entanto, os seres humanos, para além da TF possuem uma outra tendência que emerge logo no início da sua formação, permitindo que os mesmos atualizem as suas potencialidades atingindo a sua autorrealização, ao qual Rogers denominou como TA (Hipólito, 2011).

A partir do desenvolvimento do ovo, a célula primordial do ser humano, inicia-se a manifestação da TA, sendo que a mesma possui as informações relevantes e necessárias para que se desenvolva as suas potencialidades ao máximo. Este desenvolvimento das potencialidades é incrementado por informações genéticas que são herdadas (Hipólito, 2011).

O desenvolvimento das potencialidades, para que seja propiciado, é fundamental que hajam condições ótimas à sua atualização, tanto a nível psicológico como a nível biológico (Hipólito, 2011).

Segundo Hipólito (2011), durante o desenvolvimento do embrião, o mesmo encontra-se suscetível a “traumas” na atualização das potencialidades. Estes traumas diferem em

termos de origem, podendo estar relacionados com problemas do foro genético, com doenças maternas que causem consequências ao embrião, ou até mesmo por causa da não-aceitação por parte da progenitora no nascimento do filho. Apesar da existência destes traumas, o desenvolvimento do embrião continua de forma autónoma não existindo regulação por parte do exterior.

Após o nascimento do bebé, a criança continua o seu processo evolutivo desenvolvendo-se fisicamente e psiquicamente, tomando consciência do mundo que a rodeia e das fronteiras existentes com o mesmo (Hipólito, 2011).

Por volta dos oito meses de idade, surge o que Hipólito (2011) apelidou de CV, em que a criança toma consciência de que precisa dos outros, nomeadamente da sua mãe para sobreviver. É com o intuito de preservar o bem-estar existente na relação com a sua mãe, que a criança tende a modelar aquilo que percebe na relação com a sua mãe, ou seja, elabora a manutenção das CV. Nem sempre este tipo de modelagem é simbolizada ou tornada consciente, com intuito de que seja aceite. Se tal acontecer pode promover o aparecimento de dissociações e se as mesmas não forem bem resolvidas e existir uma grande tensão entre os dois pólos oposto podem causar o surgimento de Sintomas.

Caracteriza-se os sintomas como a melhor solução que o ser humano cria para conseguir lidar com as dissociações ou tensões existentes e para preservar o seu próprio funcionamento (Hipólito, 2011).

Caso existam poucas CV e ótimas condições psicológicas, sociais e biológicas, o ser humano irá promover a atualização das suas potencialidades ao máximo, tornando-se numa pessoa plenamente funcionante (Hipólito, 2011).

1.3. Principais problemáticas existentes na Primeira Infância

O desenvolvimento infantil nem sempre ocorre de forma saudável como se pôde constatar anteriormente. Por vezes surgem certos tipos de problemáticas na primeira infância como é o caso do Mutismo Seletivo, a Perturbação de Eliminação e a Perturbação de Oposição Desafiante, visíveis nos casos de acompanhamento psicológico efetuados ao longo do estágio.

O ser humano, através das considerações positivas que lhe são feitas, consegue compreender de forma seletiva a sua própria experiência de acordo com as condições que ao longo do tempo tem vindo a ser submetido. Se estas mesmas experiências forem de acordo com estas condições são simbolizadas na consciência, caso contrário, a pessoa

tende distorça-las para ir ao encontro das suas próprias condições. Nem todas as experiências são simbolizadas de forma correta na consciência e, conseqüentemente, não conseguem ser englobadas na noção do eu da pessoa em questão. Quando ocorre pela primeira vez a percepção seletiva é também iniciado algum estado de incongruência na pessoa ou então o desacordo entre a experiência e o “eu”, podendo ocorrer desajustamentos ou vulnerabilidade psíquica, isto é, podem advir determinadas perturbações (Rogers & Kinget, 1977).

Matos (2009) afirma que as perturbações do desenvolvimento podem ser divididas em duas partes: as gerais, que correspondem às perturbações onde a parte cognitiva e desenvolvimental da criança se encontra lesada (ex.: Autismo); e as específicas, onde existe um comprometimento de certas áreas de desenvolvimento, sendo que as restantes podem-se encontrar preservadas (ex.: Dislexia).

Nas últimas décadas têm-se assistido a uma mudança em termos perceptivos sobre os problemas desenvolvimentais da criança. Antigamente, a visão desta problemática era feita através da perspectiva etiológica, ou seja, as crianças eram rotuladas com uma determinada patologia e, daí em diante, eram postas de parte todas as características e a própria identidade da criança. As diferenças que pudessem existir entre as crianças pertencentes a uma determinada categoria patológica, eram excluídas, isto é, todas as crianças que tinham uma Perturbação eram consideradas semelhantes ou iguais. A intervenção era igualmente suportada por esta perspectiva etiológica, sendo por isso aplicado o mesmo tipo de tratamento a todas as crianças com a mesma Perturbação, descorando as características individuais das mesmas (Franco, Melo, & Apolónio, 2012).

Existe igualmente o diagnóstico sindromático que descreve todas as características e elementos comuns mais usuais de uma certa patologia. Aquilo que é mais importante para esta perspectiva são os sintomas, os sinais e também as características morfológicas e comportamentais mais vigorantes. É através do conhecimento destas particularidades da Perturbação, que permite que haja uma melhor compreensão da doença e que se desenvolvam novas intervenções com base naquilo que está descrito sobre da Perturbação (Franco, et al., 2012).

Apesar do diagnóstico sindromático apresentar melhorias comparativamente ao diagnóstico etiológico, ainda existem algumas falhas no mesmo, devido ao facto de serem mais salientados os limites existentes ao nível do desenvolvimento da criança do que própria especificidade da criança (Franco, et al., 2012).

Atualmente, a abordagem diagnóstica em cima descrita, deu lugar a uma abordagem de cariz funcional, que pretende enfatizar mais a funcionalidade do que tudo o resto que caracteriza a Perturbação (Franco, et al., 2012). Nesta linha de pensamento surge a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), elaborada pela Organização Mundial de Saúde, e o Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais (DSM), efetuado pela Associação Americana de Psiquiatria.

Contudo não deve existir uma fixação no diagnóstico efetuado à pessoa, pois isso irá pôr em causa a aceitação positiva incondicional do psicólogo ou das restantes pessoas que trabalharemos com a mesma (Bozarth, 1998/2002). Se pensarmos no caso das crianças, o diagnóstico e toda a sintomatologia adjacente deve ser percebida de forma fenomenológica e consoante as vivências e o seio familiar da criança em questão. No entanto, não deve existir uma fixação excessiva no diagnóstico alcançado, pois o mesmo apenas serve para compreender melhor o sofrimento da pessoa em causa e, conseqüentemente, ajudá-la a atingir a sua autonomia através da força intrínseca que possui (TA) (Brites & Pires, 2008). Esta ajuda deve ser complementada pelas diferentes perspetivas existentes, sendo elas a médica, a emocional e comportamental, a educativa e a social (Pereira & Fernandes, 2001).

Na perspetiva médica, a intervenção passa normalmente pela farmacoterapia. Ao nível das perturbações do desenvolvimento infantil, a utilização de fármacos teve início nos anos 60 quando pela primeira vez foi administrado psicoestimulantes no tratamento da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Desde então os avanços nesta respetiva área têm sido bastante notórios, devido aos estudos nesse âmbito e ao desenvolvimento dos fármacos. No entanto a prescrição de fármacos nem sempre é feita da melhor maneira. Em alguns casos o tratamento através de fármacos é realizado de forma contínua e pouco baseada em critérios seguros. Pode também ocorrer uma prescrição inespecífica, que promova a supressão de vários comportamentos e que tenha efeitos secundários duradouros bastante adversos (Baren, 1999; Matson, et al., 2000, citados por Pereira & Fernandes, 2001). É por isso importante perceber qual é a gravidade da doença e o impacto que a mesma tem nos diversos contextos em que a criança se encontra inserida (escolar, familiar, social, etc.), pois todas as crianças são diferentes, algumas conseguem facilmente arranjar estratégias para colmatar os efeitos adversos dos fármacos, outras ficam em risco e sofrem bastante por causa das contraindicações dos mesmos (Pereira & Fernandes, 2001).

Muitas das vezes, para colmatar os efeitos adversos dos fármacos, existem terapias menos evasivas como é o caso da Ludoterapia que, apesar de serem mais demoradas na demonstração de resultados, conseguem atuar de forma efetiva no tratamento das perturbações existentes na primeira infância, algo que por vezes não é conseguido com os fármacos, pois a taxa de recaída tende a ser elevada. Axline (1964/1973), demonstrou isso mesmo no seu trabalho efetuado com uma criança com Mutismo Seletivo onde a mesma entendeu através da LCC, não utilizando qualquer tipo de fármacos nesse respetivo tratamento. Jafari, Mohammadi, Khanbani, Farid, e Chiti (2011) testaram a intervenção ludoterapêutica em 16 crianças em idade pré-escolar com a Perturbação de Oposição Desafiante e concluíram que a mesma reduz a sintomatologia associada a essa mesma Perturbação. Cuddy-Casey (1997) efetuou também uma terapia ludoterapêutica segundo os pressupostos da ACP a uma criança de oito anos com Perturbação de Eliminação (enurese e encoprese) e através da mesma conseguiu extinguir os sinais e sintomas adjacentes a esta Perturbação.

Antes da intervenção com a criança e após a compreensão da forma como ocorre o desenvolvimento infantil, torna-se importante perceber, mais pormenorizadamente, algumas perturbações que afetam as crianças, principalmente as perturbações que são observadas nos casos explanados neste relatório. Focaremos por isso os aspetos segundo a abordagem funcional, anteriormente explicada, associados aos casos que iremos abordar posteriormente (Mutismo Seletivo, Perturbação de Oposição Desafiante e Enurese) para que mais tarde possa existir uma melhor compreensão dos mesmos.

1.3.1. Mutismo Seletivo

Segundo os dados do DSM-V (APA, 2013), o Mutismo Seletivo pode ser caracterizado como a inexistência de um discurso por parte da pessoa em situações específicas, como é o caso de ocasiões sociais ou escolares, sendo que noutro tipo de *setting* (como por exemplo em casa), a pessoa é capaz de discursar normalmente sem qualquer tipo de dificuldade.

Os critérios que compreendem esta Perturbação são os seguintes:

- a. A pessoa é incapaz de se pronunciar verbalmente em ocasiões sociais particulares, contudo consegue falar noutro tipo de ocasiões.
- b. Esta incapacidade promove um mau rendimento no trabalho, ou na escola ou na comunicação ao nível social.

- c. Para que seja diagnosticada esta Perturbação, a mesma deve ter a duração de pelo menos um mês, não devendo ter em consideração, se for uma criança, o primeiro mês escolar da mesma.
- d. Esta mesma incapacidade (fala) não deve ser o resultado da pouca familiarização com a língua em que a pessoa se expressa socialmente.
- e. Este tipo de Perturbação não se deve à presença de uma Perturbação da Comunicação, ou não acontece no decorrer da Perturbação Global do Desenvolvimento, Perturbação Psicótica ou Esquizofrenia.

É relevante mencionar que esta Perturbação tem associada algumas características, é o caso da excessividade em termos de timidez, ter receio das situações sociais, retrair-se e isolar-se das pessoas, ficar bastante próximo das pessoas, ser uma pessoa negativa, compulsiva, com a existência de comportamentos de controlo ou de oposição (como é o caso das birras), sendo as mesmas mais frequentes quando a pessoa se encontra em sua casa. Podem existir défices graves ao nível escolar ou ao nível social. Os colegas destas pessoas tendem a conspirar contra as mesmas ou implicar com elas. É habitual que se atribua um diagnóstico adicional de Perturbação de Ansiedade às pessoas que detêm o Mutismo Seletivo (APA, 2013).

Axline (1964/1973) descreve todo o processo terapêutico de sucesso que utilizou numa criança com a Perturbação de Mutismo Seletivo. Inicialmente, a criança estava diagnosticada com Autismo, no entanto no decorrer das sessões ludoterapêuticas conseguiu-se averiguar que a mesma detinha alguns aspetos pertencentes a Perturbação de Mutismo Seletivo que são mencionados no DSM-V (APA, 2013), nomeadamente a questão da agressividade e rejeição para com os pares e adultos, preferindo realizar as suas atividades de forma independente, sem ninguém por perto. Para além desta dificuldade existente ao nível do comportamento social, Axline (1964/1973), conseguiu observar através do contacto psicológico estabelecido com a criança que a relação que ele tinha com os seus familiares, nomeadamente com a sua mãe e com o seu pai era a grande problemática deste caso.

O Mutismo Seletivo pode permanecer durante vários anos ou persistir apenas uns meses (APA, 2013).

Segundo o DSM-V (APA, 2013) Mutismo Seletivo é uma Perturbação rara (entre 0.03% a 1%), tendo uma maior prevalência nas crianças, nomeadamente com idades inferiores a cinco anos, contudo apenas iniciam o tratamento quando têm mais idade (Laptook, 2012). Isto acontece devido ao facto de muitas vezes as crianças ainda não

terem ingressado no meio acadêmico, no entanto mesmo quando este tipo de crianças ingressa no Jardim-de-infância ou na escola, por vezes os sintomas passam despercebidos pois estas crianças tendem a ser complacentes e quietas, tendo um comportamento aceitável para o seu educador ou professor (Laptook, 2012; APA, 2013).

Um estudo elaborado em New Castle afirma que a prevalência desta Perturbação é de 0,8 por mil em crianças de sete anos de idade (Fundudis, Kolvin, & Garside, 1979, citado por Karakaya, et al., 2008).

Outro estudo efetuado a crianças que entraram pela primeira vez na escola, observou que nas primeiras oito semanas após o início da escola a taxa de prevalência da Perturbação foi de sete por 1000, passadas 64 semanas a taxa foi de 0.17 por 1000 (Brown & Lloyd, 1975, citados por Karakaya, et al., 2008).

Dois estudos efetuados na Europa revelam que tem existido uma maior prevalência numa faixa etária mais velha das crianças, 20 por 1.000 entre alunos do segundo ano da escola primária na Finlândia (Kumpulainen , Rasanen , Raaska , & Somppi, 1998) e 1.8 por 1000 entre crianças em idade escolar (entre os sete e os 15 anos), na Suécia (Kopp, & Gillberg, 1997).

Num inquérito realizado a um Jardim-de-infância em Los Angeles observa-se que a prevalência do Mutismo Seletivo é de 7.1 por 1000 crianças (Bergman, Piacentini, & McCracken, 2002, citados por Karakaya, et al., 2008)

Através dos vários estudos realizados nesta área, pode-se verificar que existem várias formas de tratamento que têm sido revistas e comprovadas a sua eficácia. As mesmas passam desde a abordagem sistémica à psicodinâmica, passando também por intervenções psicossociais, ou até mesmo através do tratamento farmacológico (Anstendig, 1998; Cohan, Chavira, & Stein, 2006). No entanto, o tratamento mais referido na literatura é o cognitivo-comportamental, não necessariamente pela maior eficácia mas sim pela maior produção científica. Esta abordagem, baseada numa perspetiva mais empírica, utiliza menos sessões terapêuticas comparativamente à abordagem psicodinâmica que requer uma sessão por semana durante um longo período de tempo, tornando assim a esta terapia mais apelativa para muitos por questões financeiras (Kumpulainen, 2002).

Na sociedade atual, são crescentes os números de casos de crianças que revelam algum tipo de Perturbação. Por essa razão, existe uma tendência para se optar por intervenções terapêuticas que podem ser mais rápidas e com menos custos para a família. Contudo, este tipo de abordagem que revela um menor número de sessões, pode cair no

erro de não compreender a criança como um toda em toda a sua complexidade. É fundamental que se tente compreender o desenvolvimento da criança consoante a sua própria experiência e o seu quadro de referências pois só assim se consegue estabelecer um relacionamento terapêutico com a criança (Axline, 1964/1973).

A ACP contempla esta perceção da pessoa, sem qualquer juízo de valor, o que nos parece bastante relevante na atuação perante a Perturbação de Mutismo Seletivo. O julgamento da pessoa e a compreensão da mesma segundo um quadro sintomatológico, em vez de facilitar o desenvolvimento de uma relação saudável, irá criar obstáculos e conseqüentemente não se conseguirá estabelecer a relação com a criança, isto é, o problema poderá não ser resolvido. Concluimos assim que a utilização da ludoterapia segundo o modelo teórico da ACP, demonstra ser uma terapêutica correta para este tipo de Perturbação. Tal pôde ser observado e confirmado através do caso terapêutico de sucesso descrito por Axline (1964/1973), onde a mesma tentou compreender o quadro de referências interno da criança o melhor possível, e sem criar qualquer tipo de juízo de valor ou restrição ajudou-a no seu processo de autoatualização.

Alguns estudos afirmam também que o tratamento torna-se mais eficaz se se agrupar diferentes métodos de tratamento, como é o caso da abordagem terapêutica do envolvimento dos pais e dos professores da criança e também a utilização da farmacoterapia (Dow, Sonies, Scheib, Moss, & Leonard, 1995, Wright, Cuccaro, Leonhardt, Kendall, & Anderson, 1995; Rye, & Ullman, 1999, citados por Kumpulainen, 2002).

Em conformidade com os estudos abordados em cima, Axline (1964/1973) compreendeu inicialmente a criança falando com todas as pessoas que estavam ligadas à mesma. Concluiu que a maioria das pessoas que lidavam com a criança (pais, professores, psicóloga, pediatra e pares), revelavam uma grande tensão e apreensão em torno dos comportamentos pouco aceites da criança, criando alguma limitação em todos aqueles que tentavam interagir com ela.

Axline em 1973 consegue expressar uma mensagem relevante, nomeadamente, a importância que o tratamento efetivo e profundo pode ter no auxílio da criança com esta Perturbação e também no próprio bem-estar dos seus progenitores, que já tinham adotado uma atitude de desesperança face aos comportamentos pouco adequados que o mesmo revelava. Esta melhoria dos pais, neste caso em particular, demonstrou resultados bastante positivos na criança em questão. Logo afere-se que é pertinente a existência de uma interação com as pessoas que se encontram em contacto com a criança.

1.3.2. Perturbação de Eliminação – Enurese

Para além da Perturbação de Mutismo Seletivo, houve outro caso clínico onde se pôde observar a Perturbação de Eliminação, nomeadamente a Enurese noturna, sendo por isso fulcral a sua compreensão. Desde muito cedo que esta problemática tem vindo a despertar interesse sobre a comunidade científica. Decorria o ano de 1544 quando Thomas Paer, pediatra inglês, descreve esta doença dando-lhe alguma relevância. Não só os pediatras como os psiquiatras achavam relevante prestar-se atenção a esta doença, no entanto só com o emergir da Segunda Guerra Mundial é que foi dada a devida relevância a este problema pois constatou-se que entre 1% a 2% dos recrutas do exército dos Estados Unidos tinham Enurese Noturna (Barros, 2004).

Segundo a APA (2013), pode-se definir como Perturbação de Eliminação a expulsão inapropriada de fezes (encoprese) ou urina (enurese).

No que se refere à enurese, para que seja diagnosticada, a pessoa em questão deve abranger os seguintes critérios (APA, 2013):

- a) Urinar diversas vezes na própria roupa ou na cama, sendo este ato involuntário ou voluntário
- b) Se este comportamento se verificar pelo menos duas vezes por semana em três meses seguidos ou causar sofrimento ou perturbações na vida social, escolar, entre outras áreas relevantes para a pessoa, considera-se que o comportamento é clinicamente considerável.
- c) Para se diagnosticar a pessoa deve ter no mínimo cinco anos ou possuir um desenvolvimento idêntico a esta faixa etária.
- d) Este tipo de comportamento não emerge devido ao consumo de substância ou de qualquer tipo de doença.

Existem três diferentes subtipos diferentes de enurese que divergem de acordo com a situação em que ocorre. Se a pessoa apenas tem este comportamento involuntário de urinar durante a noite e quando está a dormir, afirma-se que detém enurese monossintomática. Este é o tipo de enurese mais comum. Por outro lado, se a pessoa tiver este comportamento durante o dia e enquanto está acordada afirma-se que possui incontinência urinária. Este tipo de enurese que ocorre especificamente na fase diurna pode ainda ser dividido em adiamento da micção, quando guardam de forma consciente a urina até emergir no ato de incontinência, e em incontinência de urgência quando existe “sintomas de urgência urinária e instabilidade do detrusor”. Quando a enurese ocorre

tanto de dia como de noite denomina-se como enurese não monossintomática (APA, 2013, p.355).

Os dados fornecidos pela Associação Americana de Psiquiatria (2013) revelam que a prevalência desta problemática é mais acentuada nas crianças com idades compreendidas entre os cinco anos (entre 5% e 10%) do que com 10 anos (entre 3% e 5%). Em pessoas com 15 ou mais anos a prevalência ronda 1%.

Nos estudos visíveis na Tabela 1, verifica-se que a incidência da enurese é maior no género masculino do que no feminino e que os níveis de prevalência não ultrapassam os 17,5%.

Tabela 1

Estudos sobre prevalência da Perturbação de Enurese

Autores	País	Prevalência	Género com maior incidência
Fonseca (2002)	Portugal	6-18 anos– 15.6%	Masculino (21,1%)
Gür e colaboradores (2004)	Turquia	6 - 16 anos– 12.4%	Masculino
Bandeira, Barreira e Matos (2007)	Portugal	5-13 anos – 6.9%	Masculino (9,4%)
Ozden, Ozdal, Altinova, Oguzulgen, Urgancioglu e Memis (2007)	Turquia	6-12 anos– 17.5%	Masculino
Shreeram, He, Kalaydjian, Brothers e Merikangas (2009)	EUA	8-11 anos – 4.45%	Masculino (6,21%)
Gomes, Henriques, Tavares e Fonseca (2012)	Portugal	5-6 anos – 16.4%	Masculino
Görür (2013)	Turquia	6-18 anos – 9%	Masculino

Com o aumento da idade, a prevalência da enurese tende a decrescer. Existem fatores que estão relacionados com o surgimento da enurese, podendo ser pessoais ou externos. O sono profundo, o mau desempenho escolar, constipações, asma, alergia, atraso ao nível do crescimento e a existência de infeções urinárias, são fatores pessoais que podem propiciar o desenvolvimento da enurese. Como fatores externos existem os antecedentes familiares como o facto de ter irmãos com o mesmo problema, baixo nível escolar dos pais, grande número de irmãos, a partilha de quarto e o ingerir de líquidos antes de dormir (Ozden, et al., 2007).

Outra conclusão interessante que o estudo de Shreeram e os seus colaboradores (2009) chegaram foi o facto de que os pais de etnia negra reportaram mais casos de

enurese nos seus filhos do que os pais caucasianos, logo pode-se aferir que as características demográficas podem ser um fator preditor desta Perturbação.

Existem vários tipos de intervenções para esta problemática. É o caso de programas parentais, da farmacologia e da intervenção psicológica e psicoterapia.

Alguns profissionais de saúde recomendam aos pais a tomada de algumas atitudes que já vieram a ser desacreditadas pelos estudos nesta área. As atitudes podem passar por: levantar o filho(a) para o mesmo(a) urinar sem que acordasse, abdicar a criança de beber qualquer tipo de líquidos a partir de uma determinada hora, ou então manter o uso de fraldas. Todas estas atitudes em vez de solucionarem o problema, tendem a intensificá-lo pois estas estratégias são tudo menos eficazes (Barros, 2004).

O tratamento farmacológico pode passar pelo uso de anti-depressivos tricíclicos (imipramina, desimipramina e clomipramina), pela hormona diurética de substituição (desmopressina), e a oxibutina pertencente à família dos anticolinérgicos. Contudo, o tratamento farmacológico revela uma elevada taxa de recaída (Barros, 2004; Silva, Freitas, Oliveira, & Machado, 2004). Mais uma vez pensamos que este tipo de tratamento deve ser deliberado de forma consciente, observando todos os prós e contras que a farmacoterapia pode ter na criança em questão.

Algo importante para um bom tratamento da Perturbação é o estabelecimento de uma boa relação terapêutica com os pais e com a criança, devendo esta ser de cumplicidade e confiança (Costa, 2006). Esta é uma das condições normalmente implícitas na ACP, sendo por isso uma forma terapêutica que pode demonstrar resultados positivos na Perturbação em questão.

Um estudo de caso efetuado por Cuddy-Casey (1997) relata a intervenção terapêutica efetuada a um rapaz de oito anos que sofria de enurese e encoprese. A autora optou por um tratamento ludoterapêutico com base na ACP. Através do lúdico, a criança pôde expressar livremente os seus sentimentos de raiva, medo, embaraço. Tal acontece porque o brincar num ambiente que lhe transmita segurança permite que a criança reconstrua, reviva e reencene as experiências pessoais da sua vida e que, à posteriori, altere o comportamento problemático em questão.

Os resultados do estudo de caso revelam que a criança conseguiu aumentar a sua autoconsciência, o que proporcionou uma maior autorrealização e incremento na sua autoestima. Para além disso, a criança demonstrou uma melhor capacidade em explorar o ambiente que a rodeia sem demonstrar ansiedade ou receio em ser ridicularizada ou

julgada. O foco da problemática vivenciada por a criança, a enurese e a encoprese, foi igualmente colmatada (Cuddy-Casey, 1997).

É fundamental que antes de se dar início ao tratamento, se perceba qual a etiologia da enurese e encoprese, isto é, tem que se averiguar se a mesma é primária ou secundária, para que depois se escolha o tratamento mais adequado (Cuddy-Casey, 1997). Por tudo isto, e caso a Perturbação esteja a ser provocada por problemas do foro emocional, a LCC parece ser uma boa escolha de tratamento para este tipo de Perturbação.

1.3.3. Perturbação de Oposição Desafiante (PDO)

Outra das perturbações diagnosticadas num dos casos clínicos estudados é a PDO, sendo por isso relevante relatar as características existentes nesta respetiva Perturbação. A PDO pode ser caracterizada por comportamentos desobedientes, desafiantes e hostis, que são persistentes e são normalmente destinados às pessoas que possuem mais autoridade nas suas vidas (ex.: Pais, educadores, professores, etc.). Este tipo de comportamentos causa impacto na sua vida escolar, social e familiar (Ferreira, Nogueira, & Fernandes, 2011).

Segundo DSM-V (APA, 2013), esta Perturbação é composta por os seguintes critérios:

- a) O humor da pessoa é normalmente caracterizado por ser irritável e/ou raivoso, durante pelo menos seis meses, e o seu comportamento é desafiante e/ou questionador ou vingativo, sendo normalmente usado para com pessoas que não sejam suas irmãs/irmãos.
 1. Humor Irritável/Raivoso, ou seja, não consegue manter-se calmo, incomoda-se facilmente e demonstra raiva e ressentimento frequentemente
 2. Comportamento Desafiante/Questionador, tende a fazer frente às pessoas com mais autoridade do que ele, está constantemente a desafiar ou não acata pedidos e regras estabelecidas pelas figuras de maior autoridade, tem tendência a incomodar intencionalmente as pessoas que o rodeiam e culpabiliza os outros pelo seu comportamento inadequado e por os seus erros.
 3. Carácter Vingativo, como o nome indica, a tendência consiste em ser vingativo ou maléfico durante o decorrer dos últimos seis meses, pelo menos duas vezes.

- b) Pode causar sofrimento ao próprio indivíduo ou aos outros que o rodeiam, ou então prejudica o seu funcionamento normal em diversas áreas da sua vida quer em termos sociais, profissionais, educacionais ou em outra área relevante para o mesmo.
- c) Estes comportamentos não podem ser resultado de perturbações psicóticas, Perturbação depressiva ou bipolar ou do uso de substâncias. Todos os critérios que caracterizam a Perturbação Disruptiva da desregulação do humor não podem estar aferidos.

Esta é uma Perturbação que pode ser especificada em três diferentes níveis, leve, moderada ou grave. Caso os sintomas ocorram num ambiente específico (ex.: escola, casa, etc.) é considerada leve. Se os sintomas decorrem em dois ambientes diferentes afirma-se que a Perturbação é moderada. É considerada grave se este comportamento ocorrer em três ou mais contextos diferentes (APA, 2013).

Segundo os dados do DSM-V (APA, 2013), a prevalência pode variar entre 1% e 11%, tendo uma média de 3,3%. Normalmente a incidência varia consoante o género e a idade da criança, sendo mais usual no género masculino e antes dos mesmos chegarem a fase de adolescência.

Para o tratamento desta doença é necessário que as famílias reconheçam este problema e o referenciem a especialistas de saúde mental, como é o caso dos psicólogos.

O tratamento por via farmacológica não é o mais usual, pois o mesmo apenas se administra quando existe comorbilidade com outras patologias, como é o caso da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Neste caso específico, normalmente são prescritos psicoestimulantes. Na Perturbação de Oposição e Desafio podem também ser administrados a Ritalina®, que ajuda a diminuir agressividade e raiva sentida, a Clonidina, que para além de reduzir a agressividade também reduz a hiperatividade, a Carbamazepina e o Depakine® (Barcalow, 2006).

Outro tipo de tratamento que parece demonstrar grande eficácia no início da problemática comportamental é o desenvolvimento de competências parentais (McMahon & Wells, 1998, citados por Barcalow, 2006).

O *Parent management training*, demonstra igualmente resultados positivos nesta área, principalmente se se tiver a tratar de crianças mais novas. Este tipo de treino é composto por duas fases: primeiramente o filho interage diretamente com os pais com intuito de estabelecer capacidades lúdicas não-diretivas; a segunda fase consiste na interação direta dos pais que possibilita a melhora das suas capacidades enquanto pais

através do uso de instruções claras, tempo limite e elogios (Frick, 2001; Burke, Loeber, & Birmaher, 2002, citado por Barcalow, 2006).

Outro programa parental baseado nos pressupostos da ACP é o *Parent effectiveness training* (PET), criado por Thomas Gordan. Através deste programa tentam-se resolver os problemas existentes entre a díade parental sem que os pais tenham de manter uma postura autoritária e atendendo não só às necessidades da criança como também dos próprios pais. Com o PET os pais tendem a criar soluções para os conflitos e problemáticas existentes no seio familiar, sendo que ninguém sai a “perder” dessa resolução de problemas. Isto vai permitir que se fortifique o relacionamento estabelecido entre os pais e o filho, preservando assim essa relação e incrementando a autoestima na criança em questão (Lemmens, 2011).

Se pensarmos igualmente na base teórica da ACP, observamos que a LCC pode ser outra forma terapêutica a ter em conta nesta Perturbação. Ao se compreender a PDO e a sintomatologia que contempla, é possível averiguar que algo está a despoletar essas atitudes comportamentais na criança, sendo por isso uma mais-valia à observação da mesma segundo o seu quadro de referências interno. Através disso é possível que se consiga ir à raiz do problema e, conseqüentemente, permite que a criança adquira as “ferramentas” necessárias para a sua autoatualização, isto é, para a melhor resolução possível que ela encontra para a problemática que a afeta. Infelizmente, foram efetuadas pesquisas com intuito de encontrar estudos nesta área que demonstrassem a eficácia da LCC nesta respetiva Perturbação mas sem sucesso.

1.4. Avaliação e Intervenção Psicológica

1.4.1. Avaliação Psicológica

Após a compreensão das problemáticas existentes na primeira infância, particularmente as dos casos estudados, torna-se igualmente relevante a compreensão de como deve ser efetuada a avaliação e a intervenção psicológica, sendo este um dos trabalhos fundamentais do psicólogo clínico.

A avaliação psicológica é uma ferramenta exclusiva ao uso do psicólogo. Este tipo de avaliação, contempla a entrevista clínica, a observação (da interação efetuada entre a criança e os pais, e da criança a sós) e posteriormente, se se achar necessário, recorre-se a um plano de testagem psicológica, devidamente pensado e adequado ao cliente em questão para confirmar ou declinar o possível diagnóstico verificado através da

observação (Arcaro, Herzberg, & Trinca, 1999). É fundamental que na avaliação psicológica os resultados obtidos nos instrumentos psicológicos sejam devolvidos à pessoa interessada pelos mesmos, ou seja, no caso das crianças essa devolução é normalmente efetuada aos pais, aos educadores (quando pedido) e à própria criança. Devido a isso, pode-se afirmar que uma das ferramentas mais utilizadas pelos psicólogos durante as suas intervenções terapêuticas são os instrumentos psicológicos. Este tipo de testes são utilizados nas diversas áreas da psicologia, desde os psicólogos clínicos, passando pelos educacionais e também pelos organizacionais (Fine, 2013).

Nos casos de avaliação psicológica em crianças, o psicólogo deve ter presente as particularidades da mesma, nomeadamente as características pessoais e a sua idade. Nem todas as crianças possuem as mesmas capacidades internas, isto é, umas possuem uma maior irritabilidade do que as outras, os níveis de atenção e concentração variam, assim como os estados de sonolência e outro tipo de especificidades. Devido a isso, o psicólogo deverá ser bastante flexível durante a escolha da avaliação a ser utilizada e selecionar o melhor processo para o fazer, para que os resultados obtidos durante a avaliação não sejam distorcidos (Brites, & Pires, 2008).

De acordo com Meyer e os seus colaboradores (2001), a avaliação psicológica permite:

- Averiguar o funcionamento global e atual da pessoa, nomeadamente as habilidades cognitivas, a capacidade de ser independente ou a severidade da Perturbação que possui;
- Confirmar, alterar ou impugnar as impressões que os clínicos tendem a formar ao longo das observações efetuadas ao cliente;
- Identificar quais as necessidades terapêuticas do cliente, evidenciar determinadas questões que possam emergir durante o tratamento, e permitir uma melhor orientação sobre a forma como intervir segundo os resultados obtidos na avaliação;
- Auxiliar no diagnóstico de diferentes tipos de perturbações quer do foro emocional, cognitivo ou comportamental;
- Supervisionar, ao longo do tempo, o tratamento que está a ser efetuado, permitindo averiguar o sucesso da intervenção ou a existência de novos problemas que necessitam de uma nova atenção após a preocupação original se encontrar resolvida;

- Gerir os riscos que possam advir, tais como a minimização das responsabilidades legais e identificação de reações indesejáveis do tratamento;
- Fornecer capacidades e informar a pessoa de forma empática sobre a avaliação terapêutica realizada.

Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015), a avaliação psicológica é todo um processo que permite compreender o pedido de avaliação proposto e/ou os problemas que foram anteriormente visualizados em entrevistas prévias. É um processo que deve ser justo e proteger a privacidade da pessoa que recorre a este tipo de serviço.

Conclui-se assim que o principal objetivo da avaliação psicológica não consiste apenas no psicodiagnóstico, pois este depende da tipologia do pedido efetuado, mas sim uma compreensão global da pessoa em questão, com intuito de auxiliá-la o melhor possível.

Este tipo de avaliação, como o nome indica, só pode ser realizada por psicólogos devidamente qualificados, devendo igualmente existir um consentimento informado sempre que se realiza (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

No que se refere aos resultados obtidos na avaliação, para que haja uma melhor objetividade, o psicólogo deve ter em conta o objetivo da avaliação, quais as variáveis que são examinadas com o teste aplicado, as particularidades do examinado, e também contextos e situações que podem influenciar ou até mesmo reduzir a fidedignidade dos resultados obtidos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

Após o término da avaliação, devem ser comunicados os resultados que foram obtidos de forma clara e objetiva, sendo que a mesma deve surgir através de um relatório que posteriormente é debatido com o examinado numa entrevista de devolução de resultados. Assim sendo, a pessoa terá a oportunidade de esclarecer qualquer tipo de dúvida que tenha surgido ao ler o relatório psicológico (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

A pessoa que solicita uma avaliação psicológica e conseqüentemente lê o relatório psicológico, não o deve achar pouco objetivo, sem rigor e incompreensível. O mesmo deve ser útil à pessoa que o solicitou, fornecendo-lhe informações pertinentes que consigam responder às questões anteriormente colocadas e ao pedido de avaliação solicitado (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

Neste tipo de relatório deve ser refletido todo o tipo de informação fornecida e as interpretações que possam estar a ser feitas pelo psicólogo que o efetuou (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

No âmbito da ACP, o uso sistemático de avaliação e testes na terapia não é o mais recomendado, nomeadamente após o início de uma intervenção psicológica ou psicoterapêutica, pois a postura de “examinador” não se coaduna com a aceitação positiva incondicional do terapeuta (Bozarth, 1998/2002). Pode porém, ser utilizada sempre que necessário, nomeadamente na avaliação psicológica de crianças pelas questões desenvolvimentais, instrumentais e escolares, ou sempre que o próprio cliente o solicita como forma de autoconhecimento e esclarecimento (Brites & Pires, 2008). Nestes casos, deverá servir o propósito da compreensão global da pessoa, do seu funcionamento afetivo de personalidade e intelectual, a fim de melhor ajudar nas problemáticas apresentadas e pedidos identificados. Apesar de poder ser um meio complementar de compreensão da pessoa, na TCC, o instrumento principal de diagnóstico do terapeuta deve passar pelas seis condições necessárias e suficientes, pela intuição e sensibilidade do psicólogo em questão, assim como pela relação estabelecida com os seus clientes (Hipólito, 2000, citado por Pires, 2003/2004).

A principal crítica que a TCC postula aos outros tipos de psicodiagnósticos existentes, consiste na tendência que os mesmos têm em colocar “rótulos” de diagnóstico na pessoa, que posteriormente irá dispor a mesma numa posição de inferioridade face às restantes pessoas que a rodeiam (Pires, 2003/2004).

Não deve existir suposições sobre aquilo que o cliente poderá vir a ser, a fazer, ou até mesmo a se tornar, ou seja, os quadros de referência provenientes do exterior devem ser abolidos, pois acredita-se que o cliente possui as ferramentas necessárias para chegar ao caminho que deseja (Bozarth, 1998/2002).

Nesta abordagem terapêutica, existem apenas três razões centrais para serem realizados testes psicológicos: a primeira consiste no pedido por parte do cliente em efetuar os respetivos testes; a segunda prende-se com a orientação que está a ser aplicada que faz com que seja fulcral a utilização de testes; e por último, o plano de testagem, que pode ser algo bastante objetivo tanto para o psicólogo como para o cliente, devido ao facto do mesmo advir de uma exigência efetuada pela sociedade onde se insere o cliente ou por uma determinada Instituição (Bozarth, 1998/2002). No que se refere à interpretação dos testes, o psicólogo não deve deixar-se “corromper” pelos resultados que o cliente obteve, mas sim auxiliar a pessoa na compreensão dos mesmos consoante o seu quadro de referências interno para que o auxilie no seu processo de mudança (Bozarth, 1998/2002).

1.4.2. O Processo Terapêutico na Terapia Centrada no Cliente

Na TCC existem três pilares fundamentais que devem ser seguidos pelo terapeuta para que haja sucesso no processo terapêutico: a TA; não diretividade, ou “confiança na capacidade de auto-organização da pessoa”; e as seis condições necessárias e suficientes para que ocorra uma mudança terapêutica (Bozarth, 1998/2002; Hipólito, 2011).

Pode definir-se a TA como uma força intrínseca para o crescimento e desenvolvimento do Homem, ou seja, é uma busca contínua da procura do seu bem-estar, como se fosse um impulso que leva à autonomia da pessoa. Mantém e melhora o organismo do ser humano, e por isso se afirma que é conceito focado no *locus de control* interno da pessoa. Através da TA, o terapeuta tem de compreender que o seu cliente não deve ser direcionado pois não é isso que procura na relação de ajuda. A seu tempo a pessoa encontrará o seu próprio caminho, sendo que assim a resolução das suas problemáticas torna-se estruturante (Bozarth, 1998/2002).

A não diretividade é um conceito que deriva da TA, devido ao facto do terapeuta ao perceber que a pessoa é detentora de recursos internos para se autorregular, não necessita direcionar o seu cliente (Santos, 2005). Este mesmo conceito por ser ambíguo e gerar algumas confusões foi posteriormente substituído por Rogers para a confiança na capacidade que a pessoa possui em se auto-organizar.

Para Lundh (2012) de confiar na capacidade que a pessoa possui em se auto-organizar pode ser definido como sendo a forma de perceber a experiência vivenciada pelo outro através do seu próprio quadro de referências, pondo de parte a sua própria percepção. Nas terapias diretivas, ou seja, que são caracterizadas como tendo uma ajuda imediata, objetivos concretos, que não utilizam as respostas de compreensão empática, onde o terapeuta faz interpretações próprias sobre o cliente, dá conselhos e sugere exercícios, são terapêuticas que não põem em prática este conceito de confiar que a pessoa consegue por si mesma se auto-organizar.

Este conceito sugere alguma discussão entre os vários terapeutas pois alguns acreditam ser um processo fundamental para a terapia enquanto que outros afirmam que é impossível ser-se totalmente não diretivo, optando por procurar outras formas de tratamento que sejam totalmente eficazes e exequíveis (Lundh, 2012).

Ao aprofundar a sua teoria, Rogers e os seus colaboradores chegam à conclusão que para haver um bom processo de mudança é necessário algumas condições, sendo as mesmas suficientes (Freire, Koller, Piason, & Silva, 2005). Rogers (1957; Hipólito, 2011) afirmou que são essenciais seis condições:

1. Existir contacto psicológico entre duas pessoas – É uma condição para haver terapia e para que seja estabelecida uma relação terapêutica. O contacto psicológico é a capacidade que o psicólogo deve ter de entrar no “mundo” do outro, como ele próprio o percebe. Para além disso deve ser algo mútuo, pois o cliente deve perceber que o terapeuta está a aceder à experiência vivenciada por ele mesmo.
2. Um dos elementos tem de estar incongruente (o cliente) – A pessoa que pede ajuda tem de estar em sofrimento ou vulnerável e não consegue solucionar, no momento em que pede ajuda, as suas problemáticas. Para além disso tem de admitir que se encontra assim para que possa estabelecer uma relação de ajuda com o terapeuta.
3. O outro elemento tem de estar congruente e focado no relacionamento terapêutico (terapeuta) – Para que uma pessoa possa estar em congruência deve existir uma harmonia de todos os seus processos fisiológicos, bioquímicos, interpessoais, pré-cognitivos, perceptuais e ecológicos. Estar congruente envolve um grande nível de consciência por parte da pessoa em questão. Durante a terapia o terapeuta deve ter noção se está ou não congruente e caso não esteja deve perceber o que se passa e tentar alterar essa situação.
4. O terapeuta deve possuir um olhar incondicional positivo para com o seu cliente – Considera-se a ausência de crítica sobre as vivências e as próprias percepções do cliente, isto é, tenta-se compreender o cliente sem elaborar qualquer tipo de juízo de valor.
5. Deve existir uma compreensão empática por parte do terapeuta acerca do seu cliente
6. O cliente tem de perceber as atitudes do terapeuta (o olhar incondicional positivo e a compreensão empática).

Estas seis condições são fulcrais no processo de mudança do cliente, independentemente da faixa etária do mesmo. Caso alguma delas não exista todo o processo pode ficar comprometido (Hipólito, 2011).

Na TCC, como já foi anteriormente referido, acredita-se que através da relação que se estabelece entre o terapeuta e o cliente permite que o mesmo encontre o seu próprio caminho e a busca da sua organização. O conceito de estar “centrado na pessoa” é fundamental pois o terapeuta tem de apenas criar uma boa relação para que impulse a mudança no seu cliente, por isso é importante que o mesmo não tome decisões por ele e que não o guie, mas sim o acompanhe em todo o processo. Tal só acontece se a relação terapêutica for boa (Santos, 2005).

Contudo é importante ter em atenção os outros conceitos que são fundamentais para que haja uma relação terapêutica coesa. É o caso da TA (anteriormente descrita), empatia, congruência e o olhar incondicional positivo (Rogers, 1957).

A empatia toma relevância na construção de uma boa relação terapêutica. Quando o terapeuta tenta compreender o seu cliente consoante o seu quadro de referências ajuda-o a ser mais parcial e não efetuar juízos de valor pois o cliente não necessita disso porque o mesmo tem uma força intrínseca para crescer e se desenvolver (Rogers, 1957).

Devem existir dois pólos opostos na relação terapêutica, ou seja, o cliente tem que estar incongruente, pois apresenta alguma problemática na sua vida que pretende ser tratada através da terapia, enquanto que o terapeuta tem que estar congruente consigo mesmo para que assim consiga perceber o quadro de referências do seu cliente como o mesmo o percebe. Só assim pode ser estabelecida a relação de ajuda.

Outra das seis condições necessárias e suficientes impostas por Rogers refere que o terapeuta deve ter um olhar incondicional positivo para com o seu cliente, tal acontece porque o terapeuta estabelece uma relação com o seu cliente em que confia que o mesmo é capaz de resolver as suas problemáticas sozinho (Rogers, 1957).

Constata-se assim que a relação terapêutica é algo fundamental na terapia. Se esta relação não existir ou for insuficiente vai fazer com que o trabalho do terapeuta se torne deficitário e que o processo de mudança terapêutica seja posto em causa (Rogers, 1957). Outros autores vão de encontro com esta ideia expressada por Carl Rogers, isto é, afirmam que é através da relação terapêutica que há mudança no cliente (Horvath & Symonds, 1991; Horvath, 2000; Martin, Garske, & Davis, 2000; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012, citados por Olivera, Braun, Penedo, & Roussos, 2013).

Segundo Boy e Pine (1999, citado por Cepeda, & Davenport, 2006), Existem, igualmente, duas fases que compõem a TCC. A primeira consiste na criação da relação terapêutica, enquanto que na segunda fase vai-se tentar alcançar, entre o terapeuta e o cliente, o procedimento mais adequado e melhor para ir de encontro às necessidades expressas pelo cliente.

1.4.3. A Intervenção com Crianças: Ludoterapia Centrada na Criança (LCC)

Após a compreensão da avaliação psicológica consoante a ACP e de como é feito o processo terapêutico nessa mesma abordagem, torna-se igualmente relevante que seja contextualizada a forma de intervenção com crianças através da LCC.

Decorria o ano de 1700 quando o autor Rosseau aferiu que a brincadeira é essencial na promoção de um desenvolvimento saudável na criança. Muitos anos mais tarde, em 1900, o brincar é introduzido pela primeira vez no *setting* terapêutico como forma de expressão das crianças. Após a sua introdução, este método terapêutico foi moldado nos diversos modelos psicológicos existentes (Bratton, Ray, Rhine, & Jones, 2005).

Anna Freud e Melanie Klein foram as duas grandes impulsionadoras da Ludoterapia. Através da atividade lúdica, era percecionada as associações livres em vez do discurso verbal, aplicando assim as técnicas analíticas com as crianças. Posteriormente, David Levy's, desenvolve esta técnica terapêutica consoante o modelo estrutural. Percebe-se que nestas duas abordagens os brinquedos são influenciados pelo terapeuta com intuito de induzir a catarse, ou seja, o terapeuta é mais diretivo no processo (Bratton, et al., 2005).

Numa abordagem humanista surge Virginia Axline. A autora defende que as crianças devem brincar livremente, de forma natural, para que assim se possam expressar e perceberem que conseguem resolver as suas problemáticas sozinhas (Bratton, et al., 2005).

No final do século XX houve um crescimento exponencial da ludoterapia devido ao aparecimento de diversos estudantes, teóricos e praticantes da Ludoterapia que desenvolveram novas abordagens ludoterapêuticas tendo como base os modelos teóricos estudados e as suas experiências pessoais com crianças (Oaklander, 1994, citado por Bratton, et al., 2005).

Segundo Green (2014, citado por Green, Fazio-Griffith, & Parson, 2015), o brincar é uma prática bastante recorrente durante a infância que ocorre nos mais variados contextos e situações (ex.: em casa, na escola, sozinho ou acompanhado por outros meninos). Este ato tão divertido que as crianças tanto gostam é uma das formas mais naturais que as mesmas têm de comunicar (Homeyer & Morrison, 2008; Green, et al., 2015). É através da sua autoiniciativa lúdica que a criança se expressa de forma intuitiva e integral (Green, et al., 2015). Por isso se afirma que a ludoterapia pode ter resultados bastante satisfatórios com as crianças, pois as mesmas sentem que estão num ambiente acolhedor e que as aceita como elas realmente são, onde o terapeuta facilita todo esse processo, permitindo que se

refugiem, psicologicamente, dos acontecimentos que as atormentam no Mundo exterior (Homeyer & Morrison, 2008; Stewart & Green, 2015, citado por Green, et al., 2015).

A criança ao atingir o período pré-operatório do seu desenvolvimento, adquire a capacidade de desenvolver o jogo simbólico, permitindo a percepção do seu mundo interior (Kool, & Lawver, 2010), tornando assim mais fácil a compreensão da problemática da mesma.

Pode-se assim caracterizar o processo ludoterapêutico como uma forma de intervenção terapêutica que permite solucionar/minimizar as dificuldades em termos de saúde mental demonstradas pelas crianças (Homeyer & Morrison, 2008).

Estudos efetuados nesta área (Tabela 2) demonstram que as problemáticas sociais, pessoais, comportamentais e emocionais associadas a determinadas perturbações existentes na primeira infância tendem a ser minimizadas com a intervenção ludoterapêutica. É igualmente visível que a LCC revela resultados positivos e que não existem diferenças significativas entre a Ludoterapia realizada individualmente e a Ludoterapia efetuada em grupo.

Tabela 2

Estudos sobre os benefícios da Ludoterapia em crianças

Autores	Tipologia e variáveis em estudo	Eficácia do processo terapêutico
Bratton e Ray (2000)	<i>Meta-análise</i> Observados diversos estudos sobre problemáticas infantis onde se entrevistou através da ludoterapia	Das problemáticas (desajustamento social, Perturbação de Condutas/oposição/agressivas, desajustamento emocional, ansiedade/medo) observadas através da análise de diversos estudos concluiu-se que existe uma melhoria significativa da sintomatologia referente às perturbações visualizadas, e as características pessoais como o autoconceito, a inteligência e o estado mental demonstram melhorias significativas.
Ray, Bratton, Rhine e Jones (2001)	<i>Meta-análise</i> Eficácia da ludoterapia	Comprova a eficácia da ludoterapia e conclui que tanto o modelo não diretivo como o comportamental demonstra resultados eficazes, não existindo também diferenças significativas entre a ludoterapia de grupo e a individual.
Jones e Landreth (2002)	<i>Estudo empírico</i> Eficácia da ludoterapia em crianças com doença crônica, nomeadamente a Diabetes Mellitus	Estudo a 30 crianças com Diabetes Mellitus, que participaram em 12 sessões de LCC de 30 min. (cada) num período de três semanas. Os resultados revelam uma redução dos sintomas de ansiedade e das dificuldades comportamentais, o ajustamento saudável aumentou, houve uma melhor aderência ao regime diabético imposto e minimizou-se o impacto emocional e comportamental da doença.
Scott, Burlingame, Starling, Porter e Lilly (2003)	<i>Estudo empírico</i> Eficácia da ludoterapia em crianças abusadas física e sexualmente	Estudo desenvolvido com 26 crianças, entre os 3 e os 9 anos, vítimas de abusos sexuais e físicos. Comprovou-se que a Ludoterapia fez com que as crianças aumentassem a sua autoestima, se sentissem mais competentes, mais bem-humoradas, com melhores competências sociais, um melhor autoconceito e aceitação dos acontecimentos traumáticos.
Bratton e os seus colaboradores (2005)	<i>Meta-análise</i> Análise da eficácia da ludoterapia	Através da análise a 93 estudos, conclui-se que a Ludoterapia é uma intervenção viável. Para além comprovou-se que esta prática através da abordagem humanista possui melhores resultados do que aquelas que não são humanistas.
Schottelkorlo e Ray (2009)	<i>Estudo de caso</i> Eficácia da ludoterapia quatro crianças com PHDA	As crianças revelaram melhorias após as sessões de LCC. Após a intervenção, conseguiram realizar várias tarefas ao mesmo tempo., capacidade não encontra preservada na doença PHDA
Nigussie (2011)	<i>Estudo empírico</i> Análise da eficácia da ludoterapia	Estudo a 17 crianças que usufruíram do apoio ludoterapêutico. Concluiu-se que houve melhoras na performance escolar, nas aptidões pessoais e outras capacidades (atenção, concentração e comunicação).

A LCC é uma intervenção ludoterapêutica de base humanista e nos pressupostos defendidos por Carl Rogers. Virginia Axline (1947), aluna de Rogers, adaptou a Teoria Centrada na Pessoa ao seu trabalho terapêutico desempenhado com crianças, criando assim a LCC.

Com base no trabalho desenvolvido por Axline, outros autores como Clark Moustakas, Haim Ginott, Louise Guerney, e mais recentemente Garry Landreth, contribuíram para uma melhor aceitação da LCC na comunidade científica (Landreth, 2002, citado por Bratton et al., 2005).

Na LCC é enfatizada a relação entre a criança e o terapeuta. Normalmente o *setting* terapêutico é constituído por uma sala devidamente equipada com brinquedos específicos que permitam à criança expressar aquilo que sente, a forma como costuma resolver os seus problemas e o seu desenvolvimento pessoal (Swank & Shin, 2015). O local deve ser por isso, propício ao desenvolvimento da criança, e para que seja possível a mesma tem que se sentir livre e capaz de ser ela própria nesse espaço (Axline, 1947). Caso a criança se sinta segura e calorosa nesse respetivo ambiente, a terapia desenrolar-se-á mais facilmente. Guerney (1983), chega mesmo a concluir que é através deste sentimento de segurança que criança se irá desenvolver internamente e terá a oportunidade de ser ela própria, algo que pode ser posto em causa durante o seu dia-a-dia. Com a perceção de que no ambiente terapêutico pode ser autónoma, a criança começa a internalizar esta característica onde posteriormente a exteriorizará para o seu quotidiano.

Caso haja disponibilidade, a sala deve ser à prova de som, dotada com um lavatório e com janelas (protegidas) por uma tela ou por uma grade. Tanto o teto como o chão deviam ser de fácil manutenção e resistentes aos materiais utilizados na sala. Se os pais das crianças em acompanhamento deixarem gravar as sessões ludoterapêuticas, era importante que a sala fosse equipada com equipamento de som e filmagem para que posteriormente o psicólogo pudesse retirar algumas conclusões do seu acompanhamento (Axline, 1947).

Em relação aos materiais ludoterapêuticos que devem estar contemplados na sala, Axline (1947), descreve uma lista que entre eles não deve faltar a argila, família de bonecos, algumas peças de mobiliário (ex.: cadeiras, mesas, camas), tintas, madeiras, lápis de cor, folhas para desenhar, carros, fantoches, telefone, soldados, pistolas e bonecos de pano. Observa-se assim que este tipo de brinquedos são de simples utilização e construção não promovendo a frustração da criança caso a mesma não os consiga usar.

Todos os materiais que as crianças possam usar durante a ludoterapia devem estar colocados em locais de fácil acesso por parte das mesmas. Segundo Axline (1947), esta condição é bastante relevante pois verificam-se melhores resultados quando tal acontece. Isto deve-se ao facto da criança puder ter liberdade para escolher qual o seu meio de expressão, produzindo assim uma maior autonomia na mesma.

Existem dois grandes desafios ao se trabalhar com crianças através da Ludoterapia. Um deles consiste na capacidade da exploração do próprio *self* da criança e a comunicação através do brincar. Enquanto que o outro desafio prende-se com a ligação que deve ser feita na ludoterapia com os cuidadores e as pessoas que rodeiam a criança em questão (Cooper, et al., 2013).

Focando agora o primeiro desafio. É frequente que na criança haja conflitos internos e experiências traumáticas que muitas vezes são repetidos e alterados até que a mesma consiga integrar estas experiências no seu *self*. É através da LCC que a criança consegue explorar essas experiências de forma segura, sem que haja interpretações ou direcionamentos abusivos por parte do psicólogo. Neste caso o psicólogo apenas tentará perceber o conteúdo simbólico da sua comunicação e, conseqüentemente, deteta e responde a esse tipo de conteúdo expresso (Cooper, et al., 2013)

Sabe-se que a comunicação através do brincar é algo bastante preciso assim como a comunicação verbal, sendo que o psicólogo, no caso particular das crianças, terá que prestar atenção a estes dois tipos diferentes de comunicação (Cooper, et al., 2013).

É importante salientar que durante o processo da LCC, a criança é livre de fazer o que quiser e de brincar com o que pretender, pode inclusive manter-se em silêncio e quieta durante toda a sessão. De forma ativa, o terapeuta reflete os sentimentos e pensamentos da criança, fazendo com que os mesmos sejam expressos e identificados, facilitando a aceitação da criança a esses pensamentos e sentimentos permitindo, por fim, lidar com eles (Landreth, 2012).

O segundo desafio da Ludoterapia consiste no elo de confiança que o psicólogo tem que tentar emergir na criança (principalmente), nos seus pais e também nas pessoas que a rodeiam. Apesar de ser uma tarefa bastante ambígua, torna-se fulcral que a mesma aconteça. Para que isso seja possível não basta perceber os interesses da criança, mas também é necessário averiguar os interesses da sua família. No entanto, para a terapia, o psicólogo não deve revelar conflitos anteriormente facultados pela família à criança em questão, nem pode divulgar o conteúdo que é expresso no processo de Ludoterapia. Se

isso acontecesse a confiança que anteriormente haveria existido por ambas as partes podia ser posta em causa (Cooper, et al., 2013).

Os oito princípios básicos neste tipo de Ludoterapia que foram definidos por Axline (1947), são os seguintes:

- a. Deve ser estabelecido um relacionamento cálido e amistoso com a criança;
- b. A criança deve ser aceite como ela realmente é;
- c. A criança deve-se sentir livre em expressar aquilo que sente, sendo que para isso é necessário que o terapeuta desenvolva uma relação permissiva para com a criança;
- d. O terapeuta deve identificar os sentimentos expressos pela criança e, conseqüentemente, refleti-los para que a criança consiga perceber as suas condutas comportamentais;
- e. O terapeuta respeita a capacidade de resolução de problemas da criança, permitindo à mesma que esta o faça. Para além disso a criança é responsável na escolha e na modificação;
- f. É a criança que autodirige o caminho da sessão terapêutica, isto é, o terapeuta não dirige as conversas e ações da criança em questão;
- g. A terapia é um processo gradativo, logo o terapeuta não deve abreviar o tempo de duração da sessão terapêutica;
- h. São fornecidas à criança as limitações que são necessárias à terapia para que a criança tome consciência da sua responsabilidade no relacionamento existente na terapia.

Durante a terapia a interação proveniente pela criança é efetuada em dois níveis distintos. Primeiramente são estabelecidos cenários lúdicos que detém um significado importante para a sua vida pessoal, e em segundo lugar, através da relação que é iniciada com o psicólogo, a criança exterioriza os seus sentimentos e comportamentos. O papel do psicoterapeuta vai passar por responder a ambos os níveis através das respostas de compreensão empática, através do jogo, interagindo com a criança como se fosse a pessoa evocada por ela, ou então respondendo através de situações reais (Cooper, et al., 2013).

Tal como ocorre no processo terapêutico com adultos a exploração do *self*, com as crianças isso também acontece mas de forma diferente, através do brincar. Inicialmente, todas as representações mentais são vagas, ambíguas ou encontram-se fragmentadas para a criança, sendo que é através da LCC que as mesmas vão ganhando uma direção e,

posteriormente adaptam-se em esquemas emocionais. Estes respetivos esquemas serão, posteriormente, experienciados de forma delineada e significativa no cenário lúdico, permitindo assim que as simbolizações da criança, passem a estar incluídas no seu *self*, tornando-a mais congruente (Cooper, et al., 2013).

Para Landreth (2012), a LCC não controla nem tenta mudar a criança pois acredita que os comportamentos da criança surgem como um caminho à sua autorrealização. A LCC tem como objetivos que a criança se consiga autodirigir e que possua uma consciência própria. Para que isso aconteça, o trabalho do terapeuta deve passar por a construção de uma relação com a criança que facilite o despontar dessas potencialidades, ou seja, despoleta a autodireção, a construção, evolução, criatividade, e autoajuda na resolução das suas problemáticas. Conclui-se assim que a LCC possibilita que as capacidades da criança sejam desenvolvidas através da sua autodescoberta e autoexploração, e também fornece a criação de *empowerment* da mesma, promovendo assim uma mudança construtiva da criança em questão (Landreth, & Sweeney, 1997; Green, et al., 2015).

Quando é atribuída à criança liberdade em se expressar por ela mesma as suas próprias intenções, desejos e crenças, é uma tarefa árdua pois a criança normalmente é dirigida por aquilo que os outros especulam, por o ambiente escolar e social que a rodeia. A criança ao perceber que pode sentir, ser autónoma e pensar por ela mesma, consegue entender que detém capacidades internas que a ajudam a encontrar o seu próprio rumo. A maneira como se expressa, pode diferir, cabe ao terapeuta ouvir e perceber a mensagem que é transmitida (Cochran, Nordling, & Cochran, 2010).

Para além desta liberdade de expressão existente na LCC, há também uma regra fundamental que consiste em não existir quase nada de errado durante o tempo em que decorre a intervenção. No entanto é importante salientar que existem alguns limites durante a terapia (ex.: não magoar-se a si mesma e ao terapeuta e não danificar os objetos presentes na sala), sendo estes fundamentais para que a criança perceba a própria realidade e para facilitar a sua autoexpressão. A estrutura terapêutica utilizada na LCC, permite que a criança perceba os seus erros e as consequências dos mesmos, possibilitando uma nova visão mais aceitável do problema em questão. Pode-se assim concluir que este tipo de intervenção permite que a criança expresse todas as suas emoções negativas e consiga, de forma independente, lidar com mesmas, isto é, aprende a autorregular-se (Cochran, et al., 2010).

Segundo Cooper e os seus colaboradores (2013), existem alguns desafios para o psicólogo que trabalha ao nível da LCC, sendo eles e os seguintes:

- Acreditar que a criança possui uma força intrínseca para se atualizar que está em constante mudança, sendo que o seu desenvolvimento a nível físico antecede a capacidade reflexiva e de controlo ao nível emocional;
- O quadro de referências do cliente, neste caso a criança, deve ser valorizado (pensamentos e sentimentos), mesmo que o psicólogo não concorde com eles ou que ache melhor sobrevalorizá-los com intuito de auxiliar a criança a criar um caminho mais fácil para a mudança ou até mesmo para a proteger;
- Cooperar com a Instituição escolar onde a criança se encontra inserida, cujo objetivo consiste na proteção e controlo, mesmo que o psicoterapeuta acredite que a criança possui um potencial para se desenvolver e crescer sozinha;
- Estar expetante para corrigir as condutas problemáticas, tendo sempre presente de que o comportamento corresponde à expressão do processo fundamental que nos guia, isto é, o reforço e a conservação do organismo.

No que se refere aos resultados que este tipo de Ludoterapia revela, a maioria dos estudos comprova a eficácia da terapia.

Segundo Schmidtchen e Engbarth (1986, citado por Cooper, et al., 2013), existem certos tipos de comportamentos utilizados pelo terapeuta durante a LCC que demonstram resultados positivos na terapia, como é o caso do comprometimento pessoal, estar relaxado e calmo, criar empatia pelo processo da pessoa que está a ver e refletir sobre os sentimentos expostos pela mesma e ter uma visão global do processo terapêutico que está a ser desenvolvido.

Os resultados demonstram um melhoramento ao nível da clarificação, resolução de problemas, na ativação de processos e no acionamento de meios para conseguir atingir os objetivos (Grawe, Regli, Smith, & Dick, 1999; Grawe, 2004, citados por Cooper, et al., 2013), assim como atestam que a LCC aumenta as competências motoras, cognitivas, emocionais e de autorregulação da criança (Frohlich-Gildhoff, 2008, Cooper, et al., 2013).

Uma meta-análise confere ainda que a LCC revela eficácia na maioria dos problemas psicológicos existentes nas crianças e nos adolescentes (Holldampf, Behr, Crawford, 2010, Cooper, et al., 2013).

Para além destes estudos, a Tabela 3 indica-nos que a LCC praticada em grupo ou de forma individual revela resultados positivos. É igualmente visível que existe uma melhoria através deste tipo de intervenção ludoterapêutica ao nível dos problemas comportamentais, pessoais, sociais e das aprendizagens escolares.

Por toda a liberdade de agir, pensar e manter-se fiel a nós mesmos, que é fornecida à criança durante todo o processo terapêutico na LCC, e por os resultados positivos que esta forma de ludoterapia revela, decidimos adotar esta abordagem nos casos que tivemos oportunidade de acompanhar ao longo do estágio.

Tabela 3.

Estudos empíricos sobre os benefícios da LCC

Autores	Tipologia e variáveis em estudo	Eficácia do processo terapêutico
Tyndall-Lind, Landreth, e Giordano (2001)	<i>Estudo Quasi-experimental</i> 32 Crianças entre os quatro e os 10 anos que viviam em ambientes de violência doméstica	Realizou-se uma comparação entre a LCC em grupo, nomeadamente entre irmãos, e a LCC individual. Concluiu-se que ambas as terapias revelam resultados positivos. Na LCC com irmãos, observou-se uma diminuição de alguns problemas de comportamento, e o melhoramento da autoestima.
Fall, Navelski e Welch (2002)	<i>Estudo empírico</i> 66 Crianças entre os seis e os 10 anos pertencentes ao ensino especial	Verificou-se que as sessões semanais de LCC fizeram com que houvesse uma diminuição de alguns problemas sociais e um decréscimo das problemáticas comportamentais
Shen (2002)	<i>Estudo empírico</i> 30 Crianças entre os oito e os 12 anos em risco de problemas de desajustamento	A LCC era efetuada em grupo e demonstrou resultados positivos pois houve decréscimo da ansiedade e do risco de suicídio.
Garza e Bratton (2005)	<i>Estudo empírico</i> 29 Crianças de nacionalidade espanhola entre os cinco e os 11 anos com problemas de comportamento	Os pais verificaram que através das sessões semanais de LCC, existiram resultados positivos significativos, nos problemas de comportamento externalizante e uma melhoria moderada ao nível dos problemas de comportamento internalizante.
Ray (2007)	<i>Estudo empírico</i> 93 Crianças entre os quatro e os 11 anos com dificuldades comportamentais e emocionais	O estudo concluiu que a LCC fez com que houvesse um decréscimo do <i>stress</i> vivenciado em sala de aula.
Ray, Schottelkorb, Tsai (2007)	<i>Estudo empírico</i> 60 Crianças entre os cinco e os 11 anos com PHDA	Através da LCC houve uma diminuição da ansiedade, da labilidade emocional e um melhoramento significativo das capacidades de aprendizagem.
Ray, Blanco, Sullivan, e Holliman (2009)	<i>Estudo Quasi-experimental</i> 41 Crianças entre os quatro e os 11 anos com comportamentos agressivos	Ao participarem em sessões de LCC, duas vezes por semana, observou-se que os comportamentos agressivos diminuíram consideravelmente.

Parte II – Trabalho de Estágio

2.1 Cronograma e Projeto de Estágio

Numa primeira fase do estágio, foi proposto a elaboração de um cronograma e dos objetivos gerais e específicos para melhor se perceber qual o trabalho a desempenhar e a desenvolver durante o período de estágio.

A aquisição de conhecimentos nas várias realidades presentes na Instituição (idosos, pessoas com perturbações ao nível do foro mental, adultos e crianças), a observação do trabalho do psicólogo nas diversas áreas que a Instituição abrange, e o desenvolvimento das competências em termos de observação, avaliação psicológica e acompanhamento psicológico nestas mesmas áreas, tendo sempre em atenção as suas especificidades e carências foi o objetivo geral de estágio.

Especificamente tentámos:

- Observar, avaliar e acompanhar psicologicamente as crianças do Jardim-de-infância com idades compreendidas entre os três e os cinco anos, com intuito de contatar melhor com este tipo de população;
- Observar, avaliar e acompanhar psicologicamente os adultos que sofreram lesões motoras e cognitivas, e que por isso têm que ficar internados durante um certo período na Unidade de Cuidados de Saúde Continuados. Tendo como objetivo a perceção da realidade vivenciada por essas pessoas e a importância do psicólogo nessa mesma área.
- Realizar dinâmicas com jovens adultos que possuem perturbações mentais, com intuito de estimulá-los cognitivamente, dar algum apoio de nível afetivo e criação do sentido de pertença no grupo.
- Observar, avaliar e elaborar dinâmicas com idosos pertencentes aos lares da Instituição. Estas tarefas tinham como objetivo perceber a realidade vivenciada por idosos institucionalizados, verificar o seu nível funcional e cognitivo e para além disso, estimulá-los em termos cognitivos e psíquicos.

O estágio, como já foi anteriormente referido, teve a duração de dez meses (de Outubro a Janeiro), fazendo no total 594 horas. Foi possível acompanhar seis casos clínicos de crianças entre os quatro e os seis anos de idade, realizar 22 Avaliações Psicológicas e efetuar uma reabilitação a nível psicossocial e cognitivo, através de dinâmicas de grupo semanais, a dois grupos, sendo cada um, composto por 12 elementos. Na Tabela 4 e 5 é possível verificar todo o trabalho efetuado ao longo do estágio.

Tabela 4.

Cronograma das atividades desenvolvidas durante os primeiros meses de estágio

Mês	Outubro		Novembro					Dezembro			Janeiro				Fevereiro			
Semanas	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	2	3	4	5	1	2	3	4
Observação do local de estágio																		
Observação do trabalho do psicólogo																		
Avaliação e Observação Psicológica – Lar de Idosos																		
Reuniões de supervisão																		
Dinâmicas de CAO e LR																		
Avaliação e Observação Psicológica – Jardim-de-infância																		
Intervenção Psicológica – Jardim-de-infância																		
Avaliação e Observação Psicológica – NRP																		
Elaboração do Manual do NRP																		

Tabela 5.

Cronograma das atividades desenvolvidas durante nos últimos meses de estágio

Mês	Março				Abril					Maio					Junho					Julho
Semanas	1	2	3	4	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	
Reuniões de supervisão																				
Dinâmicas de CAO e LR																				
Avaliação e Observação Psicológica – Jardim-de-infância																				
Intervenção Psicológica – Jardim-de-infância																				
Aplicação, cotação e elaboração de relatórios das Provas Pré-Escolares																				
Avaliação e Observação Psicológica – NRP																				
Elaboração do Manual do NRP																				

2.2 Trabalho Elaborado Pelo Psicólogo Clínico na Instituição

Depois de se compreender quais os objetivos que foram previamente estabelecidos para este estágio, importa referir como é o trabalho do psicólogo clínico na respetiva Instituição.

São várias as valências que formam a Instituição e, devido a isso, o papel do psicólogo é diversificado, consoante as áreas onde atua. Nesta IPSS, trabalham três psicólogas clínicas que se encontram divididas pelas diferentes valências.

O trabalho em psicologia na Instituição passa acima de tudo por prestar apoio psicológico a casos que tenham sido referenciados, da elaboração de Avaliação e Observação Psicológica e também ao nível da reabilitação cognitiva e psicossocial. Para além desta prática clínica, as psicólogas tendem a prestar algum serviço administrativo, fundamental para a manutenção da Instituição.

Na Creche, Jardim-de-infância e ATL, o psicólogo toma especial atenção a casos de crianças que sejam identificados pelos educadores. Caso hajam sinais que evidenciam a presença de comportamentos desviantes por parte da criança em questão, é comunicado à diretora dessa valência que, posteriormente, convoca uma reunião com a Equipa Multidisciplinar (diretora da Instituição, psicólogo, terapeuta da fala, professora de ensino especial e a educadora da criança). Nesta mesma reunião comunica-se a preocupação existente com a criança em questão e, conseqüentemente, os meios necessários para melhor a ajudar. Posteriormente, elabora-se um pedido aos pais da criança para que os mesmos autorizem a criança a participar na avaliação e conseqüente intervenção nas áreas onde se encontra afetada.

Se for um caso em que a criança necessite de apoio psicológico (comportamental, emocional/afetivo, de aprendizagem), primeiramente o psicólogo efetua uma observação da criança nos vários contextos, grupal e individualmente. De seguida, após essa observação, avalia-se as necessidades da criança e, caso seja necessário, efetua-se uma avaliação psicológica para comprovar e/ou averiguar alguns dos sinais anteriormente visualizados. Caso se chegue à conclusão que é necessário efetuar uma intervenção psicológica, inicia-se o trabalho com essa mesma criança com intuito de colmatar as necessidades anteriormente observadas.

Nos lares de terceira idade, existe também um acompanhamento por parte do psicólogo. Sempre que um utente dá entrada num lar da Instituição é elaborada uma ficha psicossocial, onde se observa as causas que promoveram a institucionalização do idoso, com quem residia anteriormente, a identificação do seu suporte familiar e também uma

avaliação do seu estado funcional e mental através da elaboração de testes psicológicos (Escala de avaliação da doença de Alzheimer – ADAS-Cog, Escala de Depressão Geriátrica (Paradela, Lourenço, & Veras, 2005), Escala Global de deteriorização – GDS, Medida de Independência Funcional – MIF, *Mini Mental State* – MMS (Kurlowicz & Wallace, 1999), ou o *Montreal Cognitive Assessment* – MOCA). É importante frisar que algumas destas escalas, tais como a GDS e a MIF, necessitam de recorrer a informações fornecidas pelo cuidador do idoso. Todos estes testes psicológicos são novamente aplicados após meio ano, com intuito de observar a evolução do idoso.

É também nos lares que o psicólogo realiza, semanalmente, dinâmicas que promovem a reabilitação cognitiva e psicossocial dos idosos.

No que se refere ao Núcleo de Reabilitação Profissional (NRP), o psicólogo efetua avaliação e observação psicológica (normalmente é a aplicada a Escala de Inteligência de Wechsler para adultos – WAIS-III) (Wechsler, 2008), com intuito de verificar o funcionamento global em termos cognitivos da pessoa que pretende realizar um dos cursos profissionais disponibilizados pela Instituição. Antes da elaboração dessa avaliação, e tal como acontece nos lares de idosos, o psicólogo elabora a ficha psicossocial da pessoa que se está a candidatar ao curso, tentando assim compreender alguns aspetos do seu próprio desenvolvimento, o seu genograma familiar, a ligação que possui com a sua família, algum tipo de doenças que a pessoa possa ter e o seu desenvolvimento pessoal e social.

Referente ao Centro de Atividades Ocupacionais, ao Lar Residencial e ao Lar de apoio, numa fase inicial, isto é, quando o utente dá entrada numa destas valências, é efetuada uma ficha psicossocial semelhante às anteriores (lar de idosos e núcleo), contudo possui um enfoque maior na personalidade e na Perturbação mental ou física que a pessoa possa ter. É também efetuada uma testagem psicológica com intuito de perceber o funcionamento cognitivo e funcional do utente. Caso se averigue que é necessário uma intervenção psicológica para a pessoa em questão, disponibiliza-se esse acompanhamento desde logo para colmatar as dificuldades observadas.

Para além disso, semanalmente são elaboradas dinâmicas que possibilitam a reabilitação cognitiva, desenvolvimento psicossocial e emocional dos utentes. Mensalmente existe também uma dinâmica que possibilita a tomada de conhecimento e incremento de alguns valores sociais.

Pode-se assim concluir que o psicólogo possui um papel muito vasto dentro da Instituição. Para além da observação, avaliação e intervenção psicológica, assume a

realização de algumas dinâmicas que possibilitam o desenvolvimento e a estimulação de áreas fundamentais dos utentes.

2.3 Trabalho Elaborado Durante o Estágio

Durante o período de estágio, foram diversas as tarefas que foram desempenhadas. Primeiramente observou-se o funcionamento e o trabalho do psicólogo na Instituição, posteriormente realizaram-se avaliações psicológicas em diversos contextos (crianças, idosos, pessoas com dificuldades cognitivas), efetuaram-se alguns acompanhamentos psicológicos a crianças e desenvolveram-se dinâmicas grupais semanais ao nível da reabilitação psicossocial e cognitiva a pessoas com perturbações do foro mental.

2.3.1 Observação

Uma das componentes importantes do estágio, para quem o realiza, é a observação. Tal acontece devido ao facto de ser através da mesma que o estagiário contacta realmente com as aprendizagens que veio a adquirir ao longo dos cinco anos de aprendizagens.

Nos primeiros meses de estágio, essa observação passou pelo acompanhamento da maior parte do trabalho efetuado por a orientadora do local de estágio. Pôdesse assistir a reuniões de equipa onde se debatiam alguns casos que tinham entre mãos, a reabilitações cognitivas, a avaliações psicológicas a idosos, a dinâmicas com idosos e pessoas portadores de Perturbações Mentais e todo o trabalho mais burocrático que a mesma efetuava.

Para além deste tipo de observação, ao longo do restante período de estágio foi possibilitado o acesso às salas, às dinâmicas e atividades existentes no Jardim-de-infância, o que fez com que houvesse uma melhor compreensão dos casos que foram acompanhados. Através desta observação conseguimos perceber melhor a criança pois a mesma encontra-se a interagir no seu ambiente natural, sem qualquer fator distractor que possa alterar a sua autenticidade dos seus comportamentos. Ao compreender a forma como a criança vivência os acontecimentos da sua vida possibilita a existência de uma melhor compreensão do caso e da intervenção ser mais direcionada para a problemática observada.

2.3.2 Avaliações Psicológicas

As avaliações psicológicas, como já foi anteriormente mencionado, são uma parte importante do trabalho do psicólogo clínico. Durante o estágio puderam ser efetuadas no

total 22 avaliações psicológicas, sendo que as mesmas diferiram em termos de população-alvo.

A Avaliação Neuropsicológica Breve acontece quando existe o internamento na Unidade de Saúde de Cuidados Continuados, isto é, no momento em que a pessoa dá entrada nessa parte de Instituição é avaliada em termos neuropsicológicos para ver as sequelas que a doença ou acidente poderá ter desenvolvido, posteriormente realiza-se um plano de intervenção baseado em atividades que possibilitem a reabilitação cognitiva da pessoa. Normalmente é feita uma nova avaliação de meio em meio ano ou quando o paciente tem alta. Neste caso particular, a avaliação neuropsicológica breve realizada (Anexo 1), foi feita a uma senhora que sofrera um grave acidente de viação ficando com sequelas a nível físico e motor. Houve uma melhoria significativa desde a sua entrada na Instituição, sendo que esta seria a sua última avaliação para determinar se estava apta para lhe darem alta médica. A equipa médica que a acompanhou deu-lhe alta, determinando que a mesma deveria ter acompanhamentos esporádicos por a mesma equipa técnica.

No que se refere às avaliações para o NRP, as mesmas são muito específicas, ou seja, avalia-se se a pessoa se enquadra nos parâmetros requeridos pela Instituição para entrar nos Cursos de Formação Profissional que lá se realizam. Para isso, a pessoa deve ter mais do que 15 anos e possuir algum tipo de incapacidade ou deficiência. Para além de uma breve entrevista ao examinado, avalia-se o mesmo através do teste WAIS-III. Caso a entrevista e a avaliação comprove a existência de alguma deficiência ou incapacidade a pessoa é aceite a participar num dos nove cursos existentes na Instituição. No anexo 2 pode-se visualizar uma ficha psicossocial e o relatório efetuado a uma senhora que pediu para ingressar num dos cursos da Instituição.

A avaliação psicológica a crianças decorre quando alguma criança é sinalizada pela educadora de infância da mesma. Neste caso houve oportunidade de fazer uma avaliação completa a um menino de quatro anos que revelava défices ao nível do desenvolvimento cognitivo, pessoal e social, onde foi aplicada a Escala de Desenvolvimento Global de Griffiths (Griffiths, 1984), o desenho da família e o desenho livre. Esta avaliação virá explicada e devidamente analisada posteriormente, no tópico alusivo à avaliação psicológica na criança.

As Avaliações das Competências Pré-escolares através da Prova de Diagnóstico Pré-escolar de Maria Vitória de La Cruz (Coelho & Graça, 1993) decorreram perto do final do ano letivo, e apenas foi efetuado às crianças da sala dos cinco/seis anos de idade. A prova permite avaliar certas aptidões básicas que estão envolvidas nas aprendizagens em

contexto educacional ou escolar, sendo que as pontuações baixas adquiridas na prova não significam que a criança possui handicaps, mas sim que necessita de estimulação particular nessas áreas. No anexo 3, pode-se observar o relatório global da Avaliação das Competências Pré-escolares e um relatório de uma criança da sala, respetivamente.

A avaliação a idosos é feita nos respetivos lares de idosos, quando os mesmos dão entrada no lar e periodicamente (de seis em seis meses), com intuito de observar a autonomia, o estado cognitivo, psicológico e social do idoso. Durante o estágio houve oportunidade de se realizar uma avaliação a uma idosa que tinha dado entrada num dos lares da Instituição. Primeiramente efetuou-se uma breve entrevista à idosa com intuito de obter os seus dados psicossociais e posteriormente realizou-se a avaliação. O protocolo de testes utilizados foi o seguinte: MMS, ADAS-Cog e a DGS. Aos seus cuidadores foi ainda aplicada a MIF para verificar o seu nível de autonomia. Este relatório poderá ser observado no anexo 4.

Na figura 2 é visível o total de avaliações que foram efetuadas durante o estágio e onde as mesmas se incidiram.

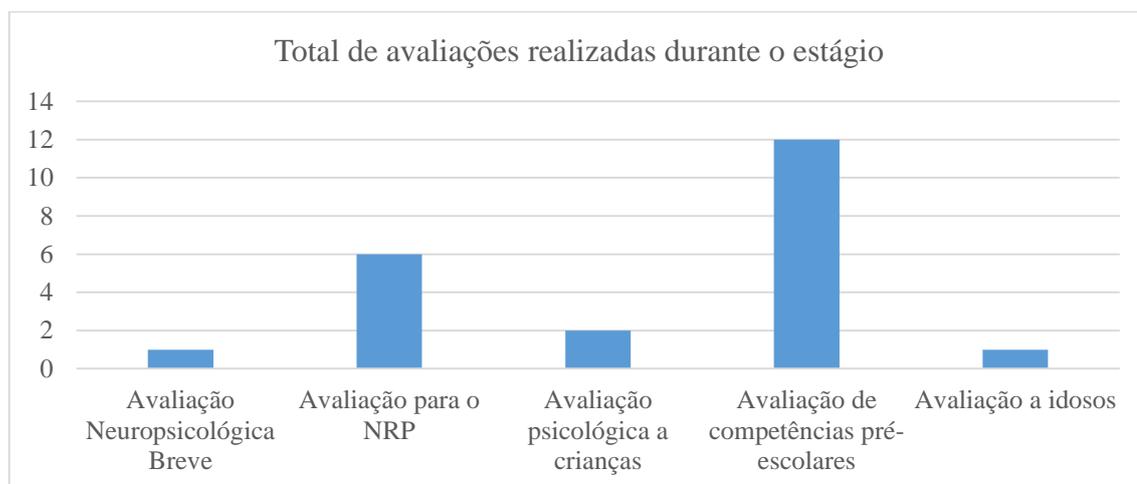


Figura 2. Total de avaliações realizadas durante o estágio

2.3.2.1 Avaliação Psicológica na criança

Nesta parte do presente relatório será apresentada uma avaliação psicológica completa a uma criança. A mesma é feita nesta parte porque não contempla nenhum acompanhamento psicológico e por ser a única avaliação psicológica realizada de forma completa, ou seja, com a anamnese efetuada aos seus pais, observação e a respetiva avaliação.

O menino em questão, o A, é uma criança com quatro anos e dois meses (50 meses) de idade que frequenta a sala dos 4/5 anos do Jardim-de-infância. A sua entrada no

Jardim-de-Infância ocorreu durante este ano letivo (anteriormente encontrava-se em casa ao cuidado dos pais) e foi pautada por algumas dificuldades de adaptação no primeiro mês, chorando bastante e solicitando a presença da mãe. Atualmente, esta dificuldade já se encontra ultrapassada, pois já se verifica uma integração a nível do grupo.

O A foi referenciado para avaliação por parte da sua educadora, devido ao facto do mesmo revelar um défice no seu desenvolvimento, isto é, observa-se que o A possui dificuldades ao nível psicomotor (motricidade fina e grossa), em termos de linguagem (recetiva e expressiva), nas aptidões Pré-Escolares e ao nível comportamental (relacionamento com os pares).

- **História Clínica**

Atualmente, o A reside com o seu pai AA (64 anos), e com a sua mãe H (40 anos). É importante referir que o A tem mais dois irmãos, mais velhos (de uma relação anterior da progenitora), com 13 e 17 anos, que não conhece, pois encontram-se a viver fora do país.

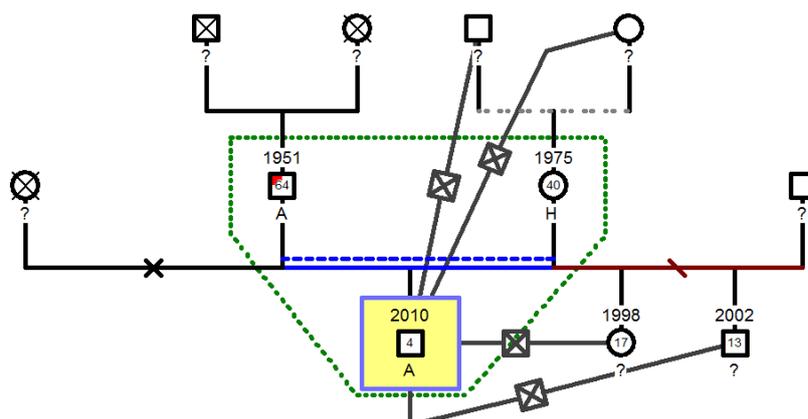


Figura 3. Genograma do Caso do A

É evidenciado na entrevista com os seus progenitores que a relação entre o menino e a mãe é de grande proximidade. Com o pai, devido aos seus problemas de saúde (problemas cardíacos e coluna), não é tão próximo, pois o mesmo não consegue acompanhar algumas atividades do filho. No entanto, o menino costuma recorrer a este, com intuito de adquirir alguns ganhos secundários (ex.: dar-lhe os objetos que deseja e que a mãe não os quer dar), os quais não consegue obter com a sua mãe.

Para além deste contacto com os pais, não foi referido mais nenhum familiar com quem o menino tivesse contacto. Tal acontece devido ao facto da sua família materna se encontrar fora do país e de não existir nenhum elemento da família paterna vivo.

O A é fruto de uma gravidez desejada e planeada, apesar de a sua progenitora só ter sido acompanhada medicamente a partir do sétimo mês de gestação, devido ao facto da mãe não se encontrar legalizada em Portugal (a mãe não é portuguesa, encontrando-se há relativamente pouco tempo no país, seis anos).

No que se refere ao parto, o mesmo ocorreu na 40^a semana de gestação e, apesar de ter sido longo, ocorreu sem qualquer tipo de complicação. Durante o período Neonatal e Pós-natal não foi referida nenhuma problemática.

No que se refere aos hábitos alimentares o menino foi amamentado até aos três anos de idade, sendo introduzidos outro tipo de alimentos mediante o desenvolvimento normal da criança.

Em termos do controlo esfinteriano, do desenvolvimento da linguagem, motor e dos hábitos de sono, foi mencionado pelos progenitores do menino, um desenvolvimento normal.

Ao nível das relações interpessoais os pais do A revelaram que antes da sua entrada no Jardim-de-Infância, o menino era uma criança que tinha pouco contacto com os pares. Segundo os mesmos, quando o A tinha possibilidade de estar com outras crianças corria para elas e abraçava-as, demonstrando ser impulsivo e com pouco conhecimento em lidar com os pares. Contudo, após a sua entrada no Jardim-de-Infância referem que o seu filho se encontra mais calmo e controlado perante situações semelhantes.

Referente ao menino, os pais caracterizam-no como uma criança ativa e dócil. Contudo, quando contrariado, torna-se um pouco agressivo.

Dados de Observação Informal (contexto de sala)

Com base no que foi observado e do que foi mencionado pela mencionada pela educadora do menino, constata-se que:

No **Domínio autonomia**, o A revela ter controlo dos esfíncteres, autonomia em algumas atividades da vida diária, tais como, vestir, calçar e em se alimentar. No entanto, em algumas situações derrama os alimentos e/ou entorna a bebida durante as refeições, segurando, por vezes, de forma incorreta os talheres. É importante mencionar que este tipo de funcionamento mais independente tem vindo a ser estimulado no Jardim-de-Infância, demonstrando, dia para dia, melhoras bastante significativas a este nível.

Referente ao **Domínio Físico**, são visíveis algumas dificuldades, nomeadamente ao nível das aptidões motoras complexas. Em termos da motricidade fina revelava uma certa rigidez em pegar no lápis, no entanto, atualmente, já faz o movimento de “pinça”. Em

termos da motricidade grossa, é visível que o A possui alguma rigidez ao nível do tónus muscular, não sendo uma criança muito ativa. No que diz respeito às gnosias visuais do menino, nem sempre reconhece objetos e pessoas do seu quotidiano. No entanto é visível que o A possui o seu contacto visual preservado.

No *Domínio da Linguagem* observa-se que o A possui alguma dificuldade ao nível da linguagem recetiva pois contém uma certa dificuldade em compreender e/ou processar algumas ordens de tarefas simples. Ao nível da linguagem expressiva, a construção frásica é simples e vocabulário pobre.

Nas *Aptidões Pré-Escolares*, o menino não consegue nomear todas as cores. Ao nível do desenho, o A encontra-se na fase de Pré-Esquematismo (segundo Piaget), ou seja, efetua o girino, isto é, uma área circular, colocada sobre duas pernas. Essa área circular é ainda desenhada de forma exagerada e omite partes importantes na figura (ex.: braços e nariz). Apesar disso, o A consegue colorir, no entanto ultrapassa por vezes os limites dos desenhos, o que é algo ainda usual na sua idade. Em determinadas atividades, o A revela alguma desatenção e pouca concentração (ex.: quando estamos a explicar-lhe alguma coisa distrai-se com aquilo que o colega do lado possa estar a fazer), sendo que isto não diverge muito da sua faixa etária, pois aos quatro anos é a altura em que os tempos de concentração vão começando a aumentar.

No *Domínio Comportamental*, é uma criança que demonstra ser introvertida e pouco comunicativa para com os seus pares. A relação estabelecida com os mesmos é um pouco impulsiva, pois o menino parece não saber como lidar com os seus colegas, chegando, por vezes a bater-lhes. Contudo, com os adultos, mantém uma relação de respeito e alguma proximidade.

Com base em tudo o que foi observado em contexto de sala e individualmente e as informações recolhidas pela educadora do A, foi elaborada uma proposta de avaliação psicológica e, conseqüentemente, a intervenção.

- **Avaliação Psicológica**

Foi solicitada uma avaliação por parte da sua educadora de infância de A, devido ao facto do mesmo revelar dificuldades ao nível da motricidade fina e grossa, em termos de linguagem (recetiva e expressiva), nas aptidões Pré-Escolares e ao nível comportamental (relacionamento com os pares).

Perante estas dificuldades e os recursos disponíveis na Instituição, pareceu ser relevante efetuar uma Avaliação Psicológica, através da entrevista clínica, observação

livre, e da aplicação de uma escala de desenvolvimento (Escala de Desenvolvimento Global de Ruth Griffiths) e das provas projetivas (do Desenho Livre, e Desenho da Família) (Tabela 6).

Tabela 6. *Avaliação Psicológica efetuada a A*

Tipo de Avaliação	Objetivo	Sessões
Observação Livre	Através da atividade lúdica percebe-se a dinâmica interna da criança.	1ª e 2ª
Desenho Livre	Análise das emoções, sentimentos e da representação gráfica.	1ª
Desenho da Família	Perceber os vínculos afetivos da criança e a dinâmica familiar do mesmo.	2ª
Escala de Desenvolvimento Global de Griffiths	Avaliar as áreas específicas do desenvolvimento da criança (locomotora, pessoal-social, audição e linguagem, coordenação olho-mão, realização, raciocínio prático).	3ª, 4ª e 5ª

○ **Desenho livre**

O desenho livre do A é iniciado com uma gaiola, sendo que enquanto ia desenhando dizia o que estava a fazer: “é uma gaiola grande de passarinhos (mostra-me a gaiola na vertical apesar de a desenhar na horizontal)” (sic). De seguida começa a desenhar os passarinhos sendo-lhe questionado quem são eles. Logo de seguida o A nomeia cada um dos passarinhos desenhados: “esta é a mãe dos passarinhos (aponta para o pássaro mãe), o pai (aponta para o pássaro pai), este... este... este... são os filhos (aponta para os restantes pássaros)” (sic). O menino desenha mais um pássaro contudo acaba por o apagar com a borracha. “Estou a ver que não queres desenhar mais passarinhos e que achas que aquele está a mais...” (sic), ao se proferir isso o menino diz que sim, enquanto o ia apagando e pegando, logo de seguida, nos lápis de cor.



Figura 4. Desenho livre do Caso Clínico do A

Começa a pintar o passarinho “mãe” de amarelo, pois diz que o seu pássaro também é amarelo. Ao nos percebermos que o menino tem passarinhos dizemos-lhe “ahh... estou a ver que também tens uma gaiola com passarinhos” (sic), o que fez com que o A esboçasse um sorriso e acenasse de forma afirmativa com a cabeça. Quando inicia a pintura do periquito “pai”, pára repentinamente e vai buscar a cor vermelha iniciando a pintura da gaiola. Começa a brincar com o lápis como se fosse um carro, chegando mesmo a proferir alguns sons idênticos a um carro a deslocar-se.

Após essa paragem, o A refere que tem “de pintar isto para os passarinhos não fugirem” (sic). O seu tom de voz é um pouco agressivo, demonstrando essa mesma agressividade ao pintar com o lápis, exercendo bastante força. Acaba o seu desenho pintando dois dos três “filhos” que desenhcou de amarelo, sendo que um deles é pintado de vermelho enquanto o A estava a pintar a gaiola, passando despercebido.

Este desenho elaborado pelo António tem intencionalidade e representa parte da realidade vivenciada pelo menino. É de salientar que este tipo de desenho é efetuado diversas vezes pelo A e por a sua mãe enquanto estão em casa (a mãe confidenciou anteriormente que costuma fazer pássaros com o menino e colori-los em conjunto). As figuras que correspondem à mãe e ao pai demonstram um maior investimento por parte da criança (são figuras que têm olhos e que são maiores), revelando uma maior proximidade com os mesmos. Para além disso, a mãe tende a ser maior que o pai, podendo significar a relação com a sua progenitora e com o seu pai.

Os dois filhos que são pintados de amarelo não revelam grande investimento, sendo que o outro filho apesar de revelar mais investimento do que outros (é um pouco maior e possui olhos) acaba por passar despercebido no desenho. Mais uma vez as vivências do A parecem estar aqui a ser demonstradas, apesar da díade parental surgir de forma fortificada, a tríade (mãe-pai-filho) revela pouca solidez, sendo que o menino surge quase de forma impercetível no desenho.

As cores utilizadas no desenho são alegres e o menino conseguiu ocupar o espaço todo da folha, revelando à vontade pelo tema escolhido. No entanto o tracejado é forçado e irregular, e há uma certa desorganização no desenho.

○ **Desenho da Família**

Com intuito de perceber melhor a dinâmica afetiva e a vivência familiar do A, foi-lhe pedido, que desenhasse a sua família – “Olha A, agora quero que me desenhas a tua família” – segundo a instruções que Porot fornecia em 1952 (citado por Ortega, 1981).

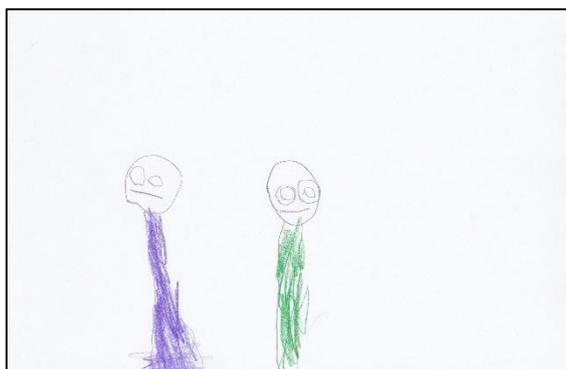


Figura 5. Desenho da Família do Caso Clínico do A

Após a instrução entregou-se-lhe uma folha branca, o lápis de carvão e os lápis de cor, para que o A pudesse iniciar o desenho da sua família. A iniciou o desenho, começando pela figura materna seguida pela figura paterna. Após terminar o desenho olhou fixamente para nós ao qual lhe foi perguntado “já terminaste o teu desenho?”, ao qual ele respondeu acenando afirmativamente com a sua cabeça. Como percebemos que o A não iria elaborar mais nenhuma figura dissemos-lhe “vejo que já terminaste o teu desenho da tua família. Podes-me falar um pouco sobre o teu desenho para que o perceba melhor?”. Pouco falou, apenas revelou quem era a sua mãe e o seu pai. Como percebemos que o menino não iria tecer mais nenhum comentário sobre aquilo que fizera demos-lhe oportunidade de escolher alguma atividade que desejasse fazer. Escolheu brincar com os

carros existentes na caixa lúdica de forma individual, sem que se pronuncia-se durante a sua brincadeira ou estabelecesse algum contacto visual connosco.

Seguindo a análise do desenho da família de Corman (1979), observa-se através do desenho feito por A, nomeadamente por desenhar em primeiro lugar a sua mãe, por ser maior que o pai (diferente do real) e por lhe dar algum movimento (cabeça parece estar virada para o lado oposto da do pai) que existe uma aproximação maior à figura materna do que à paterna, podendo também significar uma maior relevância da figura materna, pois como o pai detém alguns problemas de saúde é a mãe que tem de assegurar a parte doméstica e de cuidado familiar. É de salientar que as figuras parentais são representadas com alguma distância entre si podendo isto significar a perceção de A acerca da proximidade entre o casal.

Os dois irmãos do A, excluídos do desenho, pode ser justificado devido ao facto do mesmo nunca ter tido oportunidade de os conhecer. O facto de o A não surgir no desenho poderá revelar alguma desvalorização de si e de uma baixa autoestima.

Em termos da observação da riqueza da representação da figura humana presente no desenho, estas revelam pouco investimento e alguma imaturidade. Aos quatro anos as mesmas poderiam ser mais enriquecidas com mais elementos (braços, pernas). Apesar do desenho revelar intencionalidade, demonstra pouco pormenor, a não existência de organização espacial, proporcional e tridimensional. A cor é utilizada de forma indiscriminada. Por tudo isto pode-se afirmar que a representação é pouco elaborada, esquemática. Na figura humana apresentada na Griffiths (Figura 6), devido ao pouco investimento que o mesmo revelou na prova, a figura é representada de forma menos precisa do que no desenho da família.



Figura 6. Desenho da Figura Humana elaborado no teste Griffiths (Caso do A)

○ **Escala de Desenvolvimento Global de Griffiths**

A prova foi realizada em três sessões, em dias distintos. Durante as sessões de avaliação, o A demonstrou-se pouco atento e concentrado nas tarefas propostas, mostrando um maior investimento nas provas do seu interesse (ex.: escala motora – correr e chutar a bola). Foi necessário motivar e cativar o A para que conseguisse desempenhar e terminar as tarefas propostas.

Através da análise dos resultados obtidos, observa-se que o A, possui um desenvolvimento global ligeiramente abaixo da média para a sua idade (QDG=82.43).

Com a aplicação da escala foi possível visualizar que o menino possui um funcionamento homogêneo, pois revela resultados dentro da média nas escalas Motora (Q.D=94.75), de Audição e Fala (Q.D=83.64), de Coordenação Mão-Olho (Q.D=87.27) e de Realização (Q.D=83.64), apresentando resultados um pouco inferiores ao nível Pessoal e Social (Q.D=69,09) e também em termos de Raciocínio Prático (Q.D=76.37) (Figura 7).

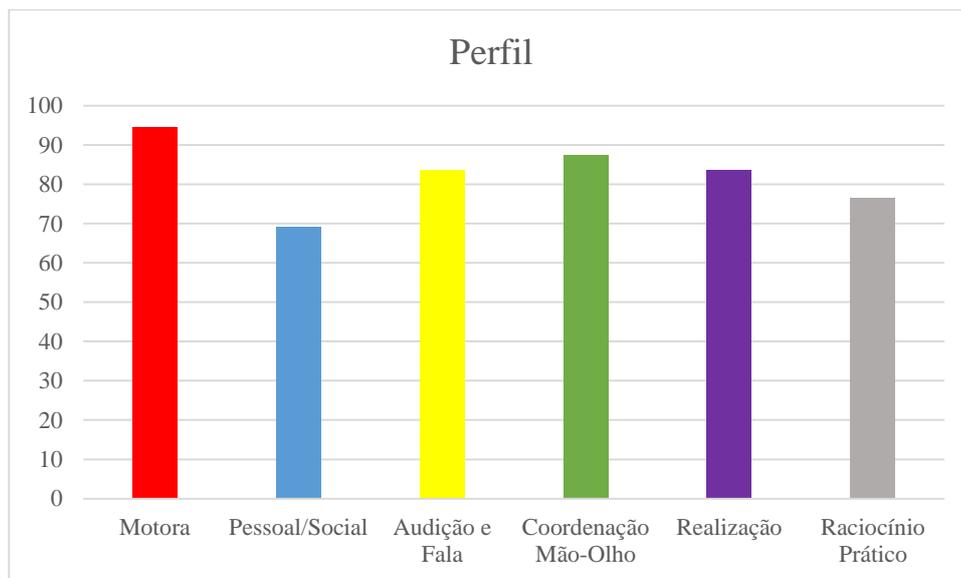


Figura 7. Resultados obtidos nas subescalas do teste Griffiths (Caso do A)

Tal como já foi mencionado, o A revelou baixos resultados na subescala *Pessoal/Social*, a interação com os pares e a autonomia pessoal deverá continuar a ser estimulada, encontrando-se abaixo do esperado para o seu grupo etário. Com a entrada do menino no Jardim-de-infância, o mesmo tem revelado uma evolução positiva ao nível da autonomia das atividades da vida diária.

No que se refere à subescala de **Raciocínio Prático**, o resultado indica apenas dificuldades em termos das competências de compreensão aritmética e na resolução de problemas práticos.

Apesar destas pequenas dificuldades demonstradas, o A, em termos **Locomotores** apresenta uma motricidade, coordenação, controlo dos movimentos e equilíbrio adequados à sua faixa etária. Os resultados na escala de **Linguagem** vão de encontro ao esperado na sua idade, no entanto revela no contato um discurso simples e pouco vocabulário. No que se refere à **Coordenação Mão-Olho**, é visível que o A detém uma boa capacidade visuo-percetiva, no entanto em termos de destreza manual e dos grafismos o menino aparenta certas dificuldades (execução dos sólidos geométricos e no desenho da figura humana de forma rudimentar). Na subescala de **Realização** é de salientar que os resultados do A poderiam ser melhores se o mesmo cumprisse os objetivos propostos em cada tarefa, no entanto é visível que o menino consegue manipular objetos, revela uma perceção visual e orientação espacial mediana. A velocidade de processamento e de execução deve ser estimulada.

- **Conclusão da avaliação**

Considerando o pedido elaborada pela Instituição, foram aplicados alguns testes que permitiram aprofundar o conhecimento acerca do desenvolvimento global de A. Os instrumentos utilizados, pertencem à Instituição sendo o plano de testagem discutido previamente em supervisão.

Os resultados das provas aplicadas, revelam que existe apenas algumas dificuldades ao nível pessoal e social e ao em termos das aprendizagens pré-escolares (ex.: compreensão aritmética). Os mesmos podem ser compreendidos devido ao facto do menino ter pouca estimulação e contacto com outras crianças até à data da sua entrada no Jardim-de-Infância. É por isso importante utilizar a área em que o A revela melhores resultados e que gosta mais, neste caso a área motora, para estimular as outras áreas onde demonstra mais dificuldades.

Após a análise do caso teria sido útil a aplicação do Bar-Ilan (Teste de figuras para crianças: entrevista semi-projetiva). Através deste teste seriam compreendidas as relações interpessoais, nomeadamente em termos familiares, com o educador, com os pares, o seu próprio pensamento e também as suas reações emocionais.

O relatório da avaliação psicológica foi fornecido e debatido com a orientadora do local de estágio e devolvidos os resultados à educadora da criança. Foi por nós sugerido

à equipa que os resultados fossem devolvidos aos pais, no entanto, a equipa decidiu aguardar até ao início do próximo ano letivo (Setembro 2015), justificando que, durante as férias podem ocorrer mudanças.

Pensamos que a devolução dos resultados aos pais seria uma mais-valia para A, devido ao facto das dificuldades que o menino apresenta (fraca autonomia pessoal, dificuldades de relacionamento com os pares e alguma impulsividade e agressividade). A sensibilização dos pais seria útil auxiliando-os em termos do seu papel parental e na estimulação do desenvolvimento e de autonomia de A.

2.3.3 Dinâmicas grupais de Reabilitação Psicossocial e Cognitiva

Devido a uma reestruturação sofrida na Instituição, surgiu a oportunidade de liderar as dinâmicas de CAO (Centro de Atividades Ocupacionais) e do Lar Residencial, com intuito de promover a reabilitação psicossocial e cognitiva. O início das dinâmicas de grupo, foram inicialmente acompanhadas pela psicóloga responsável, passando posteriormente a serem dinamizadas somente por nós.

Torna-se relevante definir o conceito de Reabilitação Psicossocial (RP). O mesmo consiste na aquisição de novas aprendizagens de capacidades e de competências que, posteriormente, permitem colmatar ou atenuar alguns handicaps que derivam da patologia que a pessoa possui (Fazenda, 2006). Outro dos objetivos deste tipo de reabilitação passa pelo fornecimento de uma melhor e maior autonomia da pessoa, no desenvolvimento das suas competências de cariz social e na diminuição da discriminação que muitas vezes os indivíduos portadores de Perturbações Mentais são alvo (WHO, 2001).

São diversas as áreas onde a RP pode intervir. Desde a formação ao nível profissional, apoio e proteção no emprego, na prestação de treinos em termos de competências sociais e pessoais, passando pelas atividades de lazer, ocupacionais ou culturais, na criação do *empowerment*, em grupos de autoajuda com as pessoas portadoras da doença e com os seus familiares, e também nas residências comunitárias e nas empresas que inserem estas pessoas, são as áreas onde se pode interceder com este tipo de reabilitação (Fazenda, 2006).

Com a reabilitação psicossocial a pessoa pode recuperar ou até mesmo adquirir certas competências que permitem uma melhor vivência em comunidade e ao nível pessoal, como é o caso da aquisição de hábitos de higiene, alimentares, de limpeza e até mesmo económicos, nomeadamente no manuseio do próprio dinheiro (WHO, 2001).

Já a Reabilitação Cognitiva (RC) pode ser definida como uma intervenção psicológica que é normalmente utilizada em casos de demência e é não farmacológica (Aguirre, Woods, Spector, & Orrell, 2013). A mesma é composta por diversas atividades que têm como objetivo atenuar e minimizar o declínio cognitivo que pode existir nas pessoas com Perturbação Mental (Clare, & Woods, 2004; Aguirre, et al., 2013). Este tipo de intervenção permite a estimulação do pensamento, da memória e da concentração, sendo o mesmo normalmente aplicado em pequenos grupos (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012).

Habitualmente a RC é efetuada em grupo ou por o familiar cuidador (Onder et al., 2005). Woods e os seus colaboradores (2012) efetuaram um estudo que comprovou que o tratamento em grupo estimula mais o desenvolvimento da cognição do que aqueles que recebem apenas os cuidados usuais ou elaboram atividades alternativas.

Um estudo avaliou o progresso de 88 pessoas com esquizofrenia antes e depois de iniciarem a Reabilitação Cognitiva, verificando assim que houve uma melhoria no funcionamento psicossocial, na sintomatologia psiquiátrica e nas perturbações psíquicas que anteriormente apresentavam. Esse mesmo estudo concluiu assim que a reabilitação psicossocial apresenta grandes benefícios nas pessoas portadores de doenças mentais severas (Murugesan, Amey, Deane, Jeffrey, Kelly, & Stain, 2007).

Para esta atividade de reabilitação implementada no CAO e no Lar Residencial, eram semanalmente preparadas dinâmicas com temas e contextos diversificados, sendo apresentadas na reunião de supervisão para aprovação.

Iniciámos as sessões de dinâmica de grupo depois de terminar o período de observação, nomeadamente no dia 12 de Janeiro, perfazendo um total 23 sessões. Ao perceber-se que a população-alvo possui dificuldades quer cognitivas e psíquicas devido à patologia que possuem, pôde-se verificar que houve uma evolução positiva das pessoas quer individualmente quer a nível grupal. Os grupos com quem se trabalhou eram bastante dispares, muito em parte devido às suas vivências, enquanto que um dos grupos era mais livre (A), isto é, ia todos os dias para casa e os fins-de-semana eram passados também em casa, o outro grupo (B) em contrapartida vivia na Instituição com os elementos do grupo, existindo por isso mesmo muito mais atritos no grupo que eram trazidos, algumas vezes, para as sessões de dinâmica e onde debatíamos e chegávamos a um consenso sobre o mesmo.

O grupo A era composto, em média, por 12 elementos de ambos os géneros. As capacidades cognitivas encontravam melhor preservadas em comparação com o grupo B,

muito em parte devido ao facto das patologias não serem tão incapacitantes como no grupo B (ex.: Défice Intelectual Grave, Esquizofrenia, Perturbação Esquizoafetiva). As próprias vivências que o grupo A possui, parecem estar ajudar a preservar os conteúdos psicossociais do próprio grupo. No grupo B, por estarem institucionalizados faz com que não contactem com a sociedade que os rodeia levando a maiores dificuldades em termos das competências psicossociais. Para além disso verifica-se que o grupo A é muito mais coeso do que grupo B, sendo que isso se deve ao facto do grupo B estar a maior parte do dia junto, levando a um desgaste ao nível relacional. O grupo B, inicialmente era composto por 17 utentes, contudo devido ao facto do grupo ser bastante extenso e de não estarem a ser aproveitadas devidamente as sessões, decidiu-se reestruturá-lo ficando com uma média de 12 utentes de ambos os géneros.

No início das dinâmicas e devido à reestruturação da Instituição foi visível alguma apreensão e pouca receptividade à nossa presença pois já estavam habituados às dinâmicas das intervenções anteriores de outros técnicos. Esta resistência foi mais notória no grupo B do que no grupo A, pois este parecia estar mais habituado a estas mudanças.

Os temas das dinâmicas eram muito diversificados, alternando semanalmente as atividades de estimulação cognitiva e psicossocial. Ao nível psicossocial foram trabalhadas: a identificação e exemplificação de estados emocionais; os papéis sociais; percepção das diferenças existentes entre os seres humanos e as consequências que isso pode trazer na vida da pessoa; a autoestima e o incremento da mesma; e o autoconhecimento das potencialidades. Em termos cognitivos, o trabalho foi focado nas funções executivas, na atenção, concentração, no desenvolvimento da linguagem expressiva, nas agnosias e nos vários tipos de memória, tais como, a de longo prazo, a visual, a semântica e a auditiva.

Após se habituarem à nossa presença e ao respetivo método de trabalho pôde-se verificar a existência de uma evolução individual nas áreas que foram abordadas, pois a maioria dos utentes de ambos os grupos revelaram que a nível psicoafectivo eram capazes de identificar e exemplificar situações sobre estados emotivos básicos e reconhecer algumas formas como o corpo demonstra as emoções que experiencia. Para além disso apreenderam conceitos que anteriormente desconheciam, como é o caso de autoestima e dos papéis sociais, por exemplo, e um maior autoconhecimento e compreensão do outro.

A nível cognitivo os resultados não foram tão visíveis em alguns utentes, muito em parte devido à perturbação mental que possuíam. Contudo, acreditamos que estas

atividades devem ser efetuadas para que as capacidades que se encontram preservadas se mantenham, promovendo a autonomia nos utentes.

No término dos grupos, foi explicado que o nosso trabalho iria terminar na Instituição devido ao findo do estágio, sendo continuado posteriormente por outro técnico. Tanto no grupo A como no grupo B verificou-se alguma relutância quando lhes foi transmitida esta notícia, salientando o facto que estavam cansados das mudanças existentes na Instituição e que quando começam a ter confiança com a pessoa que está com eles existe novamente um período de separação.

Inicialmente o utente estabelece uma relação de confiança com o técnico e que ao propiciar esta mudança constante de técnicos, essa relação de confiança terá que ser de novo contruída. Se pensarmos nesta mesma questão atendendo à ACP, observamos que o utente mesmo que tenha necessidade de continuar o trabalho que está a ser desenvolvido pelo técnico (coisa que não consegue fazer sozinho pois não se encontram em condições de autonomia embora necessite e deseje), verifica que, em situações como estas, isso não é possível. Devido a isto a transição deve ser feita de forma suave e devidamente explicitada, isto é, de forma clara e atempadamente, para que os utentes consigam integrar esta mudança e que se preparem internamente para o fim da relação com o técnico.

Apesar de haver o cuidado de explicar e efetuar a transição, os grupos manifestaram a sua participação positiva nas atividades e o desagrado e resistência à mudança. Não obstante, as dinâmicas foram uma mais-valia com resultados positivos em ambos os grupos. Ainda que a nível diferentes, verificamos alterações positivas em cada membro dos grupos. Percebemos que, ao estarmos empenhados no seu desenvolvimento, os mesmos estavam agradecidos por isso e satisfeitos com o trabalho por nós realizado. Para além do desenvolvimento individual foi notória uma maior coesão grupal, no grupo A, contudo no grupo B houve uma melhor harmonia na maior parte das sessões.

2.3.4 Acompanhamentos Psicológicos

Durante o período de estágio houve oportunidade de observar 16 casos, e realizar um acompanhamento psicológico a seis desses respetivos casos. A maioria dos acompanhamentos foi efetuado a crianças com idades compreendidas entre os quatro e os seis anos de idade.

Os acompanhamentos ocorreram, na sua maioria, devido a pedidos relativos à existência de dificuldades na aquisição das aprendizagens pré-escolares e escolares, problemas emocionais e comportamentais (Figura 8).

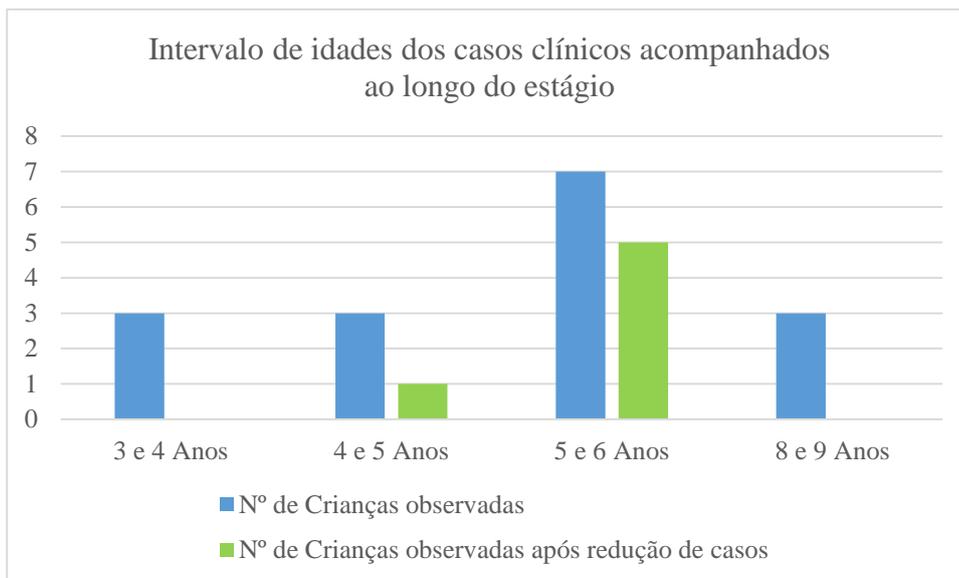


Figura 8. Intervalo de idades dos casos clínicos acompanhados ao longo do estágio

Parte III – Apresentação dos casos clínicos

3.1. Caso Clínico da S

A S é uma criança com cinco anos e sete meses (67 meses) de idade que frequentava a sala pré-escolar do Jardim-de-infância da instituição. A menina foi acompanhada pela equipa multidisciplinar da instituição no último ano letivo, devido ao Mutismo Seletivo que apresentava, por causa das dificuldades demonstradas ao nível da linguagem expressiva e recetiva, e em termos de concretização gráfica e manutenção, atenção e concentração nas tarefas propostas. Este ano letivo foi, novamente, referenciada pela sua educadora, devido ao facto da mesma continuar a demonstrar estas dificuldades (exceto ao nível das aprendizagens).

Neste sentido, iniciou-se a intervenção com a criança, numa primeira fase, contemplou a observação em contexto de sala e, posteriormente um acompanhamento psicológico individual baseado na LCC.

3.1.1. História Clínica

Antes de mais, é importante salientar que a não houve uma entrevista aos pais da S, a mesma já tinha sido anteriormente efetuada pela psicóloga da instituição. A S reside com o seu pai e a sua mãe, sendo a única filha do casal. Não foram revelados mais dados que possam ajudar a perceber a proximidade relacional com outras figuras importantes da sua família.

O desenvolvimento perinatal ocorreu sem percalços até à 34 semana de gestação, altura em que a mãe começa a ter contrações e por isso o médico aconselhou-a a ter bastante repouso para que o parto não fosse provocado antecipadamente, no entanto o parto aconteceu um pouco antes do tempo na 36 semana de gestação.

O desenvolvimento neonatal decorreu sem intercorrências, seguindo o seu desenvolvendo a nível motor, alimentar e esfinteriano dentro dos padrões normais. A progenitora afirma apenas que a aquisição da linguagem parece ter sido um pouco tardia, comparando-a com as outras crianças.

É com a entrada no Jardim-de-infância, e mais propriamente quando a mesma atinge os três anos de idade, que são identificadas algumas dificuldades. A S apenas comunicava com uma colega sua mais próxima, sendo que quando necessitava de alguma coisa do adulto pedia à sua colega para comunicar com o mesmo. Para além disso a S começa a sofrer de desmaios sucessivos sem causa aparente. Quando atinge os quatro anos de idade,

os seus progenitores decidem mudá-la para o Jardim-de-infância atual, onde a sua educadora relata estes episódios aos pais.

Antes da educadora ter mencionado estas alterações na S, os seus pais não haviam notado qualquer tipo de diferença na menina ao nível da linguagem. Para eles, a sua filha era uma menina semelhante a outras crianças da sua idade mas, um pouco mais tímida. Segundo a educadora esta seleção na comunicação apenas ocorria no contexto escolar, em casa a menina comunicava com os pais sem problemas.

A família ao perceber a gravidade do problema começou a recorrer às consultas de desenvolvimento no Hospital. Onde lhe foi diagnosticado um Mutismo Seletivo. Mais recentemente, em Fevereiro do ano corrente, referem que a menina pode possuir a Síndrome *DiGeorge*. A síndrome *DiGeorge* caracteriza-se por uma perturbação congénita devido a uma anomalia existente na migração "das células embrionárias da terceira e quarta bolsas faríngeas", provocando aplasia ou hipoplasia do timo, perturbações na paratireoide, imunodeficiência ao nível de células e o arco aórtico. Existem igualmente hipocalcemia neonatal, alterações em termos do sistema cardiovascular e imunológico e dismorfismos faciais característicos (Melo & Carvalho, 2007, p. 47).

Devido às alterações neurológicas existentes nesta síndrome, existem determinadas áreas cognitivas que podem encontrar-se comprometidas, como é o caso do cálculo matemático, do raciocínio conceitual e o raciocínio abstrato. Pode ainda existir comorbilidade com a Esquizofrenia (Perez & Sullivan, 2002, citado por Melo & Carvalho, 2007). Em termos de linguagem, as pessoas com síndrome *DiGeorge*, revelam um atraso no desenvolvimento da mesma. Tal acontece devido ao facto de existirem deformidades ao nível anatómico e alterações neurológicas (Goldmuntz, 2005, citado por Melo & Carvalho, 2007).

Quando adquirem a fala, estas pessoas tende a ter o tom de voz nasalado ou rouco e apresentarem disfunções vocais ou má articulação de palavras (Perez, & Sullivan, 2002, citado por Melo & Carvalho, 2007). Tudo isto, segundo relatos da terapeuta da fala que acompanhou o caso da S, é observável na menina. Estas dificuldades podem ainda cimentar o Mutismo Seletivo demonstrado pela S pois a mesma pode ter receio de se expressar com medo de errar.

Ao perceber a existência deste problema da S, de imediato é solicitado o apoio da equipa multidisciplinar da Instituição, onde a menina pôde usufruir de sessões ao nível da terapia da fala e de acompanhamento psicológico.

Em termos relacionais, e segundo o relato da sua progenitora, a menina parece estabelecer relações estáveis com os seus pares, apesar de às vezes demonstrar alguma timidez na sua interação com os mesmos. Com os adultos, considera que as relações que a menina estabelece são “normais” no entanto, ao ouvir o parecer da educadora da menina, pensa que a opinião da mãe pode estar enviesada. Com os progenitores, a relação é de grande proximidade e afetividade, segundo o relato da sua progenitora.

3.1.2. Acompanhamento Psicológico

Neste caso particular, os primeiros acompanhamentos passam sobre tudo por criar uma relação de confiança entre o psicólogo e a S para que ela veja que a mesma é uma pessoa em quem pode contar o que sente quer a nível verbal ou não verbal, pois não a irá julgar nem a desacreditar.

Anteriormente, a psicóloga que acompanhou a menina mencionou que os acompanhamentos com a S não eram fáceis e que o estabelecimento de uma relação com a mesma era extremamente difícil. Apesar de observar estas dificuldades decidimos aceitar este caso, tornando-se num dos mais difíceis que tivemos em termos do desenvolvimento das nossas competências de compreensão e análise clínica e de relação de ajuda psicológica.

Pelas características de S, as 11 sessões semanais de acompanhamento psicológico tiveram a duração média de 30-40 minutos.

Devido a algumas faltas por parte da S, e às atividades efetuadas no Jardim-de-infância e pausas letivas, nem sempre conseguimos realizar as sessões com a periodicidade desejada.

Apresentamos seguidamente uma síntese dos momentos de acompanhamento realizado com base na LCC, numa perspetiva humanista, centrada no cliente.

Primeira sessão

Na primeira sessão, observámos que S revela um aspeto físico cuidado, tendo apenas escoriações no queixo devido a uma queda que sofreu recentemente (segundo a informação da sua educadora de infância). O início da sessão foi pautado por alguma relutância por parte da menina, pois a mesma sentou-se no chão e apenas olhava para nós à espera que fizesse ou dissesse algo. Como era a primeira sessão explicámos, “Como tu sabes S, eu sou a Patrícia e sou psicóloga. Durante os próximos meses, uma vez por

semana vou à tua salinha para vires comigo. Aqui onde nós estamos podes fazer o que tu quiseres, apenas não podemos fazer coisas que nos magoem ou danifiquem os objetos que a Patrícia tem aqui. Tens alguma dúvida que me querias colocar?” (sic). Enquanto proferíamos estas palavras a menina revelou um olhar triste mas direto para nós, sendo que ao colocar-lhe a questão a S respondeu acenando com a cabeça que não. Para além desta apresentação, foi-lhe explicado o motivo da menina estar a usufruir destes acompanhamentos, sendo que a S manteve a sempre a mesma postura facial e corporal.

Depois disto, foi-lhe fornecida a caixa ludoterapêutica dizendo-lhe que podia fazer tudo o que quisesse com os brinquedos que estavam dentro da caixa. A S mal reagiu ao que fora dito continuando com um olhar triste. Como a menina não manifestava desejo e iniciativa em qualquer atividade tentamos fornecer a nossa compreensão do que estava a sentir utilizando um fantoche: “Olá S, parece que estás triste por estares aqui nesta salinha...querias ficar na tua sala com os teus amiguinhos” (sic). S mantinha apenas o olhar em nós sem manifestar qualquer outras reação.

Voltou-se a falar com a menina, interagindo com outro tipo de brinquedos existentes na caixa lúdica: “Temos aqui tantos brinquedos, já viste? Temos uns legos... Nesta altura a S começa a mexer nos brinquedos, contudo demonstrando algum receio. Primeiro pegou na bola e depois nos carros, colocando-os todos em fila. A esta sua atitude foi-lhe respondido: “estou a ver que gostas de colocar e de manter tudo em ordem!” (sic). Pegou também nos fantoches mais pequenos e começou a pô-los nos carros. Como viu que nós estávamos a usar alguns deles ia deixando-os no tapete para ver se necessitávamos deles. Sempre que pegava em algum brinquedo era visível a apreensão da S, estabelecendo várias vezes o contacto visual connosco com intuito de perceber se podia realmente estar a mexer nos brinquedos. Respondemos mais uma vez dizendo: “Parece que ainda não estás segura do que podes ou não fazer aqui comigo. Tens receio de mexer em alguns objetos” (sic). Apesar das respostas de compreensão empática àquilo que a menina ia fazendo, a mesma não respondia, a nível verbal, apenas olhava para nós parando o que estava a fazer quando tal acontecia.

Observámos que S aos poucos explorava os materiais da caixa lúdica, fomos também manuseando alguns (animais) de modo a que a menina não se sentisse observada, o que poderia levar a retrair-se. S começa a interagir através dos animais da selva, primeiro observou-a para ver o que estava a fazer e depois começou a agrupar os animais por categorias (tigres para um lado, leões para outro, elefantes noutra, etc.). Nesta altura, é

visível que a menina consegue ganhar mais confiança e observa-se um movimento de aproximação e de contacto psicológico para conosco.

De seguida a S foi buscar os carros e colocou-os no espaço da Selva. Nesses mesmos carros estavam alguns dos pequenos fantoches que anteriormente colocara. À medida que S organiza os brinquedos, procurámos compreender o que estava a fazer entrando no seu jogo lúdico. Apesar de não ter respondido, a S ia elaborando algumas ações como o facto de colocar cada vez mais carros consoante aquilo que era dito, através dos animais, que aquele espaço era dos animais e não dos carros. Nesse momento a S entrou mais no jogo, rindo-se enquanto falávamos e fornecíamos uma resposta de compreensão empática ao seu comportamento.

De seguida a S, demonstrou alguma impulsividade pois colocou todos os objetos que se encontravam na caixa lúdica dentro do terreno da selva. A essa sua atitude foi-lhe mencionado que: “Bem... que confusão está aqui na selva! Está tudo fora do lugar” (sic). É também numa destas intervenções que a S profere pela primeira vez umas palavras “está partido” (sic), referindo-se à porta de um dos carros que se encontrava no terreno da selva. “Olha... pois está S. Eu ajudo-te arranjar!” (sic). Através desta sua atitude pode-se verificar que a menina está a tentar testar os limites e as regras combinadas no início da sessão. Foi também a primeira vez que a S fala, como forma de pedido de ajuda.

Posteriormente, começou-se a brincar novamente com os fantoches, onde a S pegou em três deles e nós num, agora interagindo de modo mais agressivo querendo atingir o nosso fantoche com outros fantoches e peças de dominó . Durante estes atos revelou sempre um sorriso de contentamento na sua cara e tentamos responder a essa expressão. Mais uma vez a S continua a testar para ver se realmente pode confiar em nós.

Após o término do tempo da sessão, foi dito à S que estava na altura de voltar para a sala e de arrumarmos os brinquedos. Num tom de voz muito baixinho e trémulo a S disse que não estava a conseguir fechar a mala dos animais. Ajudou-se a menina nesta tarefa e concluiu-se a arrumação dos brinquedos.

Nesta primeira sessão, o objetivo principal era o de iniciar a relação terapêutica com a S. Inicialmente, foi difícil, Apesar disso pôde-se observar que a S revela estabeleceu contacto psicológico mediante o olhar e o sorriso e que dirigiu-nos a palavra com o intuito de pedir ajuda para algo. A meio da sessão a brincadeira tornou-se mais desorganizada e agressiva. Compreendemos esta alteração por atitudes nossas por vezes mais diretivas e por entendermos que foi a sua forma de testar os limites da sessão e da relação que agora começava.

Segunda sessão

Na segunda sessão, a S demonstrou uma maior receptividade em se deslocar ao acompanhamento e participou de uma forma mais ativa.

A sessão teve início, como já é habitual, com a retirada de todos os brinquedos da caixa lúdica. A S começou por pegar, em primeiro lugar nos carros e nos fantoches mais pequenos, colocando-os nos carros. Ao observar este seu comportamento dissemos-lhe: “Parece que é importante colocares tudo em ordem” (sic). A menina depois de ouvir continuou a colocar os fantoches no carro e quando terminou, começou a interagir com os animais da selva. Para que houvesse uma interação com a S, pegámos num tigre e ela colocou-o em cima do carro que ela achou melhor. “Estou a ver que tanto os fantoches como o tigre podem ir nos carros... e se for esta zebra?” (sic), mencionamos pegando noutra espécie de animal, mas desta vez a menina acenou com a cabeça negando essa ação, no entanto sorria enquanto acenava. Através dessa sua atitude é perceptível, mais uma vez que a menina tenta manter o controlo no seu jogo independentemente do que possamos introduzir, pois não é essa a sua necessidade. O deixar-nos entrar no seu jogo tem de ser ao seu próprio tempo e ritmo, não pode ser imposto.

É visível também grande impulsividade e agressividade nas suas brincadeiras (atira para o chão com força o tigre e a zebra com que estávamos a tentar interagir).

De seguida, a S colocou todos os carros em fila e deu para as nossas mãos uma das peças de ferramenta existentes na caixa lúdica. Percebeu-se que a S queria que fossem arranjados os carros, e foi-lhe comunicado isso: “Estou a ver que necessitas de ajuda... às vezes necessitamos de ajuda de alguém porque nem sempre conseguimos resolver os nossos problemas” (sic), o que fez a S responder afirmativamente acenando com a cabeça. Nesta parte da sessão a menina começou a expressar-se verbalmente, com pouco conteúdo e num tom de voz muito baixinho e trémulo, dando instruções dos locais onde era para a arranjar o carro e como haveria de ser feito esse respetivo arranjo.

Depois, fizeram-se corridas de carros. Primeiramente a S pôs os fantoches nos carros que já se encontravam prontos para partir. Ao vermos isso, a S foi questionada para que lado era a corrida até que a S verbalizou que não era para aquele lado mas sim para o lado oposto que estava a andar. Esta sua atitude fez com que lhe fosse dito que: “Estou a ver que gostas de ser tu a guiar o nosso percurso”(sic). Fizeram-se umas voltas até que a menina deitou de forma abruta todos os fantoches que tinha nos carros e colocou-os novamente numa fila, batendo com alguns deles. Ao visualizarmos essa sua atitude foi-

lhe dito: “Achas que os fantoches estavam a mais nos carros e que não era necessário levá-los (...) Ah... provocas-te um acidente com os carros, acho que quando acontece isso eles depois não funcionam” (sic). Depois de lhe ter sido mencionado isso a S esboça um grande sorriso, continuando a manifestar a sua oposição, agressividade e impulsividade.

Posteriormente, realizaram-se algumas construções de legos. Numa das partes parámos a construção para observar a menina, sendo que a mesma perguntou se a mesma não fazia a sua construção, ao qual lhe foi mencionado que sim, dizendo que estávamos a penas a ver o que ela estava a fazer. Ao visualizar o manual dos legos, a S apontou para as construções que lá haviam, e nós perguntamos-lhe se ela queria fazer aquelas construções. A menina, disse que não, que queria que nós as fizéssemos, apontando para a construção pretendida. Tentou-se responder a esta sua interação da seguinte forma: “Por vezes quando não conseguimos fazer as coisas sozinhas não tem mal pedirmos aos outros para o fazer...” (sic). Depois de lhe ter sido dito isso iniciou-se a construção que S pretendia, sempre sob o olhar atento da menina, quando estávamos quase a terminar, verificámos que não existiam peças suficientes para terminar a construção, o que fez com que lhe disséssemos: “Olha não temos as peças todas para terminar a construção que pretendias... Como podemos fazer?” (sic). A menina, de forma muito ágil e prática, usou os fantoches mais pequenos como forma de cauda e assim terminámos a construção pretendida. “Apesar dos entraves que por vezes podemos ter, como neste caso, conseguimos arranjar soluções para emendá-los” (sic). S sorriu.

Informou-se sobre o término da sessão, sendo por isso tempo de arrumar a sala. S ajudou nas arrumações e na parte final como faltava arrumar os fantoches a S pegou nele e disse “ainda falta este”(sic.) colocando o boneco na caixa.

Nesta sessão foi visível um maior contato psicológico, aproximação e confiança na relação. Existiu igualmente um maior à vontade em se expressar verbalmente, apesar de serem referidas poucas frases e num tom de voz muito baixinho.

A S teve necessidade de testar os limites da relação, manifestando o seu controlo na mesma mediante a oposição. Tivemos a perceção que as respostas de compreensão empáticas fornecidas nem sempre foram compreendidas por S, talvez porque, por vezes, tendemos a ter uma postura menos centrada na criança e mais intrusiva, ao que S reagiu. Para além disto, nesta sessão foi possível observar alguma desorganização emocional através da impulsividade e agressividade, que se manifestaram sempre que tivemos uma postura menos centrada nas suas necessidades.

Terceira Sessão

Após a deslocação até à sala onde era costume elaborar o jogo lúdico, tentou-se que a S abrisse a mala com os brinquedos e que começasse ela o jogo lúdico. No entanto a menina afastou-se e ficou a olhar para a mesma até que abrisse a mala. É notório que a S revela alguma timidez nestas situações iniciais, não se sentindo à vontade e, conseqüentemente, retraindo-se.

Depois de retirar alguns brinquedos da caixa, a S começa também a retirá-los, nomeadamente os fantoches e aquilo que ainda se encontrava colocado na caixa. De seguida esperou-se que a menina começasse a brincar mas mais uma vez continuou a olhar para nós como se quisesse afirmar que queria que dessemos o primeiro passo. Através das respostas de compreensão empática enfatizou-se isso mesmo: “Parece que é importante para ti que alguém dê o primeiro passo, neste caso” (sic). Após isso a menina foi passando alguns carros e dando-nos as ferramentas. Mais uma vez, foi-lhe referido: “Estou a ver que queres que arranje o carro...” (sic).

Posteriormente a S pega nos fantoches (pequenos) e coloca-os nos carros. Para além disso desloca um dos fantoches com figura de árvore junto da casa onde se faz o teatro de fantoches. Ao observar isso começou-se a interagir com a menina que gostava de ir dar uma volta com esse fantoche. A S coloca o boneco à janela e acena afirmativamente enquanto lhe dizia para ir dar uma volta com o nosso fantoche, mas posto isto, outro fantoche atropela o nosso. Ao fazer isso a S revela mais uma vez um sorriso irónico, no entanto vai buscar ajuda para socorrer a bruxinha, “Apesar de parecer que querias atropelar a bruxinha, depois de o fazeres achas-te importante ajudá-la” (sic).

Depois disso, a sessão foi interrompida e foi igualmente necessário abandonar a sala. A S reagiu mal, colocando os brinquedos com alguma agressividade dentro da caixa lúdica. Após se deslocarem para outra sala, referiu-se isso: “Parece que ficaste um pouco chateada por aquela interrupção” (sic). A S não respondeu e continuou a retirar os brinquedos da caixa lúdica.

Desta vez a menina focou-se nos bonecos da selva, começando por retirar o “tapete” e colocando alguns dos animais nesse respetivo tapete. Enquanto fazia isso procurava sempre o nosso olhar para ver se estávamos a seguir aquilo que a mesma estava a fazer. Fomos sempre tentando responder ao que a menina transmitia mediante a linguagem não-verbal, ao seu olhar, às suas expressões, etc.

Através da brincadeira da selva a S revelou alguma agressividade, onde havia o ataque permanente por parte de alguns animais (o leão comia tudo o que via, árvores, o fantoche rei, outro leão e até mesmo alguns tigres). A esta sua atitude foi-lhe dito: “Estou a ver que o leão é um animal bastante forte e que ninguém lhe consegue fazer frente” (sic). Depois de lhe ser referido isso, a menina faz com os outros animais se “virem” contra o leão, começando a atacá-lo. Mais uma vez respondeu-se a essa sua atitude referindo: “Às vezes aqueles que são mais fortes também perdem...” (sic). A menina continua com a sua brincadeira e faz com o leão, no meio dos ataques todos dos animais sobreviva, “Mas estou a ver que para ti nem sempre isso acontece, os mais fortes tendem a ganhar sempre, mesmo que haja muita gente contra eles” (sic). A S olha-nos atentamente, mas logo de seguida inicia outra brincadeira. Coloca nas mãos um crocodilo, mas rapidamente o tira e começa a “comer” a mesa, os carros e os animais que estavam à sua volta. Posteriormente, a S pega noutros animais e coloca-os no tapete da selva, as girafas põem-nas na sombra das árvores a dormir, e os outros animais que retira (elefantes, flamingos, etc.) coloca-os também deitados. “Parece que os animais, depois daquela luta estão muito cansados...” (sic), foi-lhe mencionado.

Nesta sessão afere-se que a interrupção interferiu um pouco, pois a S estava muito mais expressiva em termos emocionais antes de isso ter acontecido. O facto de o senhor que entrou abruptamente na sala não ter cedido e ter ficado ali, penso que gorou a expectativas de S deixando-a irritada e, revelando essa mesma frustração através da sua atitude agressiva para com o arrumar dos brinquedos. Também a interrupção por causa da interrupção de férias escolares não ajudou, fez com que houvesse alguma “separação” em termos de relação terapêutica que se tinha iniciado

Esta ideia de superioridade por parte das figuras mais fortes parece que foi o que marcou esta sessão. A luta existente e a agressividade e frustração daí resultante. Observamos porém, uma maior interação e expressão emocional em relação a nós.

Quarta Sessão

Quando se foi buscar a S à sala observou-se que a menina parecia estar um pouco retraída e recetiva em vir para a sessão, contudo não se opôs. Quando chegámos à sala, a S esperou que nós nos sentasse no tapete e que começassemos a abrir a caixa lúdica. Só depois começou a retirar os objetos da caixa, nomeadamente os fantoches. Ao perceber esta sua atitude tentou-se responder da seguinte forma: “Parece que hoje não te apetecia

vir um pouco comigo...” (sic). A menina não respondeu continuou o olhar triste na nossa direção.

Observou-se que a S não iria fazer nada se mais uma vez não se iniciasse a brincadeira. Apesar de não se achar que tenha sido o mais apropriado, mais uma vez foi seguido o conselho da orientadora de estágio na Instituição e começou-se a brincar com os legos.

Recorreu-se à construção com legos. Após o término da construção a S colocou os fantoches pequenos dentro do castelo, ao qual lhe foi mencionado que parecia que a menina queria proteger todos os fantoches, fornecendo-lhe por isso mesmo uma resposta que demonstrasse essa sua atitude: “Parece que os fantoches precisam de ficar protegidos e é por isso que os estás a colocar no castelo que fizemos...” (sic). De seguida, a S pegou nos carros e começou a bater no castelo para ver se ele se desmoronava. “Acho que já percebi... eles precisam de ser protegidos porque existem muitos perigos cá fora...” (sic), afirmou-se ao ver a sua atitude. Como a S não conseguiu “destruir” o castelo, pegou numa peça de ferramenta, para compor os carros que tinham batido nas muralhas fortes do castelo. Colocou uma das ferramentas perto de nós para que compuséssemos os carros, fazendo com que lhe fosse respondido: “Estou a ver que precisas da minha ajuda e que a mesma é importante para ti” (sic). Ao se observar que um deles estava deslocado do suporte, proferiu de forma muito baixinha que “Olha está estragado” (sic), e de seguida deu novamente uma ferramenta para as nossas mãos e o próprio carro para que o arranjássemos. Após o termos arranjado, a menina conferiu se realmente estava tudo bem e fez uma fila de carros para nós arranjarmos. Depois de serem arranjados a menina conferia sempre e levava o carro seguinte para nós compormos. A esta parte da brincadeira, respondeu-se que: “Estou a ver que andam a haver muitas avarias, e que juntas vamos conseguir superá-las todas!” (sic). Esta resposta fez com a menina esboçasse um breve sorriso.

Depois de serem arranjados todos os carros a S decidiu ir brincar com os animais. A S começou a retirar do saco os animais e atacar-nos na perna (a fingir que nos mordida) com aqueles que eram mais ferozes (crocodilo, tigre e leão). A esta sua atitude foi-lhe dito: “Ai... estou a ser atacada por estes animais ferozes! Ajudas-me S?” (sic). A menina colocou logo de seguida um flamingo e um elefante em cima das nossas pernas, no entanto estes não nos “atacaram”, ou seja, os mesmos parece que estavam a tentar proteger-nos, fazendo com que lhe disséssemos isso. Posteriormente a S pegou no saco com os animais e colocou-os todos em cima do tapete. De seguida pegou na maioria dos

animais e pousou-os junto de nós, parecendo que se estavam a tentar proteger dos ursos que os queriam atacar. Para além dos animais a menina foi também buscar outros brinquedos, como os fantoches e os carros, para junto de nós. Tentou-se responder a essa sua atitude dizendo-lhe: “Estou a ver que foste buscar reforços para me ajudarem! Muito obrigada S, não sei como conseguia vencê-los sem a tua ajuda!” (sic).

Após esta proteção dos ursos, a S colocou os animais novamente no saco (os ursos), e começou a retirar os animais que estavam “protegidos” nas nossas pernas, colocando-os por grupos na selva (leões para um lado, zebras para outro, etc.).

Posteriormente, iniciou-se outra brincadeira, desta vez com os fantoches. Através da comunicação gestual (com sinais de sim e não com o dedo e com a cabeça), conseguiu-se estabelecer um diálogo entre os fantoches.

Após algum tempo, a menina tira o fantoche dela e o nosso, dando-nos para as mãos o fantoche árvore e para ela o fantoche verde.

- Olá! Estás bom? (sic)

Não responde e pega num carro. Ao se perceber isso, perguntou-se-lhe se gostava de ir passear de carro. Em vez de acenar com a cabeça ou com o dedo afirmativamente, a menina optou por colocar logo os fantoches no carro. Questionou-se se queria ir em primeiro, respondendo apontando para nós. Posto isto começou-se a “viagem de carro”. A S ao ver que não era para aquele local que gostaria de ir pegou no nosso carro e apontou-o para outro caminho. “Parece que a direção por mim escolhida não é aquela que mais gostas” (sic), foi-lhe respondido consoante a sua atitude. Continuou a fazer isso até que decidiu ir ela à frente. Depois, por “ordem” da menina os carros chocaram, sendo que o seu fantoche ficou “ferido”. Tentou-se responder empaticamente: “Estou a ver que o teu fantoche ficou ferido por causa do acidente...Acho que precisa de ajuda!” (sic). Ao ouvir isso a menina coloca todos os outros fantoches no mesmo local onde pusera o seu fantoche como se afirmasse que todos os outros não podiam auxiliar porque também estavam mal. “Parece que não temos quem nos ajude...” (sic) foi-lhe proferido após essa sua atitude, o que fez a S pega numa das ferramentas e começa a “consertar” os fantoches ficando todos bons e deslocando-se de carro. A isto respondeu-se da seguinte forma “Apesar de parecer que não havia mais nada para nos ajudar tu conseguiste arranjar uma solução para o nosso problema! Boa S”.

Como o tempo já estava a terminar, mencionou-se que estava na hora de arrumar os brinquedos na caixa lúdica, sendo que a mesma acenou afirmativamente com a cabeça esboçando um sorriso. Arrumou as peças de ferramenta e pegou nos fantoches maiores e

começou a brincar dando-nos uma “mordidela” com o fantoche. De seguida, enquanto arrumava o resto das coisas, pegou no outro fantoche grande e começou a deitar-se no tapete, ao qual lhe foi proferido que parecia que o fantoche estava muito cansado, o que fez a S esboçar um sorriso. Posteriormente a menina deitou-se nas minhas pernas, “está mesmo cansado o fantoche” (sic). Posto isto pediu-se-lhe que colocasse o mesmo dentro da caixa para depois se deslocar até à sala. A menina pegou na nossa mão e, sorrindo, foi a saltitar até à sala.

Verifica-se através desta sessão uma evolução ao nível da relação estabelecida. Para além de conseguir expressar algum conteúdo verbal, conseguiu-se arranjar outra forma de comunicar mais adequada, neste momento, para a S, através da linguagem gestual. A última parte da sessão revelou também um maior à vontade e interação da menina para connosco, ainda que mantendo a necessidade de respeitar o seu espaço e direção do jogo lúdico.

Quinta sessão

Nesta sessão, a S revelou um aspeto em termos físicos pouco cuidado, com algumas partes do seu vestuário “rotas”. No entanto, ao contrário do que se passou na sessão anterior, a menina demonstrou interesse em se deslocar connosco, pois mal que o seu nome foi proferido, a S veio logo ter connosco.

Apesar do interesse revelado, a S estava um pouco introvertida quando chegou à sala, não abrindo a caixa lúdica nem retirando nenhum objeto da mesma. A esta sua atitude foi-lhe dito: “Parece que é difícil começares a fazer alguma coisa quando estás num espaço que é diferente daquele a que estás habituada...” (sic). Ainda se aguardou algum tempo para ver o que a menina faria perante esta resposta, mas continuou com a postura introvertida e com o olhar fixo em nós. Ao ver essa sua atitude foi-lhe dito: “Estou a ver que não te apetece começar... e se eu te ajudar? Se começarmos com os legos como fizemos na semana passada?” (sic), ao mencionar isto pegamos nos legos, o que fez com que a S começasse a ajudar a mesma com a construção, dando, primeiramente as peças para ela construir (empurrou-as para perto de nós) e de seguida fazendo ela própria, colocando as peças.

Através destas suas atitudes é visível o receio que a menina tem em dar o primeiro passo, isto é, parece existir falta de autonomia, sendo a mesma causada por este medo que a S tem em estar perante situações desconhecidas e, em particular, com adultos.

Após ter terminado de efetuar a construção, colocou os fantoches todos dentro da construção, como se fosse uma muralha de proteção. “É importante para ti criar proteções fortes contra algo que possa vir do exterior...” (sic), ao lhe ser mencionado isso a S olhou e esboçou um sorriso. Para além do castelo, a S reforçou a “segurança” do mesmo colocando todos os carros que tinha disponível à volta das muralhas do castelo. Esta sua atitude foi-lhe mencionado: “Mas por vezes uma simples proteção não é o suficiente, também é necessário recorrermos a outro tipo de proteções como neste caso os carros para que ninguém faça mal aos fantoches” (sic). Mais uma vez a menina olhou, sorriu e acenou afirmativamente com a cabeça.

De seguida decidiu dar uma volta com os fantoches de carro, ela pegou num fantoche e questionamos qual o carro que pretendia levar. Apontou para um deles, mas logo de seguida decidiu escolher outro diferente. Disse também com qual carro deveria ficar. Para além deste questionamento, perguntou-se-lhe quem ia à frente sendo que a menina respondeu colocando o carro dela à frente do nosso. “Vejo que neste caso gostas de ser tu escolher o percurso” (sic), respondeu-se-lhe consoante a sua atitude. Depois de uma volta de carro a S decidiu parar e retirou os dois fantoches dos carros colocando-os lado a lado como se tivessem a conversar. Para além disso colocou outro fantoche num dos carros e encaminhou-o até nós, colocando-o também junto dos outros fantoches.

Um dos objetos presentes na caixa lúdica é uma bola maleável e foi o objeto que a menina pegou a seguir, começando a jogar com ela. No entanto como não estava na sala onde ocorrem normalmente as sessões, ao se observar essa sua brincadeira e o perigo que a mesma podia ter para o material existente na sala, decidiu-se avisá-la: “Como te disse no início, existem certas coisas que por vezes não podemos fazer aqui... hoje como estamos numa sala diferente com materiais que se podem partir, estarmos a jogar à bola não será a melhor opção pois podemos partir algum objeto ou até mesmo nos alejarmos. Existem outras coisas na caixa lúdica que podemos fazer, é só escolheres...” (sic). Mesmo com esta observação a S continuou a brincar com a bola, brincando às “escondidas”.

Esta sua atitude revela, mais uma vez, a testagem de limites que a menina tende a ter connosco. “Compreendo que gostasses mesmo de brincar com a bola mas neste caso não podemos mesmo...” (sic). Após lhe ser dito isto, a S começou novamente a brincar com os fantoches, colocando-os todos juntos de mãos dadas. Depois virou-os de costas e começou a “ameaçá-los” como se quisesse passar com um carro por cima deles. Enquanto fazia isso, colocava um dos fantoches a espreitar essa sua ação. Ao visualizar esta sua atitude foi-lhe expresso: “Mesmo quando estamos todos juntos e parece que nada de mal

nos vai acontecer, pode surgir algum acontecimento que não estamos a prever que estraga tudo... às vezes até é necessário por alguém atento por causa dos perigos que podem surgir” (sic). Depois a S pegou em todos os fantoches e colocou-os debaixo de uma palmeira encostados a uma rocha como se tivessem a apanhar banhos de sol, o que fez com que lhe fosse proferido “Parece que apesar dos fantoches estarem com medo de algo e de estarem atentos ao que podia acontecer, tudo acabou em bem, ficando depois mais descontraídos e descansados” (sic).

Como o tempo estava mesmo a terminar avisou-se a menina de que tinha de começar a arrumar os brinquedos na caixa, ao qual respondeu (com a cabeça) que não esboçando da mesma forma um sorriso irónico. Devido a esta sua atitude explicou-se-lhe: “Uma das regras que tínhamos combinado era de que tínhamos de arrumar as coisas que usamos ao longo da sessão. Isto é importante para que os brinquedos não se estraguem e para que os outros meninos também possam brincar com eles da mesma forma como tu brincaste” (sic). A S, em vez de responder, começou logo a arrumar os brinquedos na caixa lúdica, no entanto, pegou novamente na bola e começou a brincar com ela olhando para mim e sorrindo novamente de forma irónica, fazendo com que lhe disséssemos: “estou a ver que gostavas mesmo de jogar à bola, mas não podemos fazer isso aqui é perigoso” (sic). Ao lhe ser mencionado isso a S ficou um pouco apreensiva mas rapidamente começou a meter-se correndo pela sala e deslocando-se até ela para lhe mexer no cabelo.

Esta sessão foi pautada essencialmente pelas investidas da menina ao nível da testagem dos limites. A S gosta de se impor e de ver até onde pode chegar com a mesma, para ver se realmente pode ou não confiar em nós. A situação dos fantoches e da proteção que por vezes a menina cria, parece revelar algo que sente no seu dia-a-dia pois é uma brincadeira que a menina costuma fazer várias vezes nas sessões. Neste caso específico o seu Mutismo Seletivo pode ser uma proteção que a menina encontra perante um problema que está a vivenciar.

Sexta sessão

Mais uma vez no início da sessão a S demonstrou estar pouco recetiva em se deslocar à sala. Tal deve ter acontecido porque a mesma se encontrava, muito divertida, a brincar com as suas colegas.

Como aconteceu nas sessões passadas, a menina não demonstrou interesse em abrir a caixa lúdica. Devido a isso, tomou-se essa iniciativa e espalhou-se alguns brinquedos pela sala. A menina ao observar isso começou a retirar os restantes brinquedos da caixa,

colocando-os entre a nós e ela, à frente, os carros, um jogo de memória, a plasticina. Chegou mais para a frente dois dos carros, parecendo que a vontade dela seria de brincar com os mesmos, ao que lhe foi dito: “Parece que estás com vontade de brincar com os carros, mas mais uma vez te sentes pouco à vontade em começar a brincar... gostas que alguém comece a brincar por ti...” (sic). A menina olhou seriamente para nós e chegou-nos os carros. Como se viu que a vontade da S era de sermos nós a começar a brincar, pegámos num dos carros, até que a menina iniciou a brincadeira colocando alguns fantoches sobre os carros e andando com eles também.

De seguida, a S, pegou no jogo da memória, ao que lhe foi dito: “parece que tens vontade de jogar a este jogo (memória)” (sic). Posto isto, começámos a jogar, e consoante aquilo que a menina foi fazendo, compreendemos que a mesma tinha, por vezes, necessidade de quebrar as regras, fazendo com que lhe disséssemos: “Parece que por vezes é mais fácil quebrarmos as regras do jogo para que possamos ganhar” (sic), o que fez a S esboçar um sorriso. Durante o jogo, S tenta quebrar as regras por diversas vezes, e foram várias as vezes onde a S esboçou o seu sorriso, parecendo estar contente a jogar.

Posteriormente, a menina pegou nos carros e começou a andar com eles. Descobriu que um deles anda sozinho (através da fricção) e por isso riu-se bastante quando o carro batia contra a parede, olhando para nós ao que respondemos “Achas engraçado o facto de o carro conseguir andar sozinho sem que tu o empurres, mas se o mesmo bater várias vezes pode ficar estragado” (sic). Esta resposta fez com que a S passasse para outra forma de brincar com os carros, virou o carro algumas vezes para a nós mandando-o contra o seu pé, o que fez com que se queixasse, a brincar, que o carro lhe estava a magoar o pé e sorria. Começamos depois a mandar o carro uma à outra. Nesta brincadeira a S parecia estar bastante divertida, até que parou, ficando com o carro para ela e olhando seriamente para nós. Como se observou que já não lhe apetecia brincar mais com os carros foi-lhe dito: “Parece que já te cansaste de brincar com os carros...” (sic). Sem que fornecesse nenhuma resposta, a S começou a chorar. Ao perceber essa sua atitude respondemos “estou a ver que aconteceu alguma coisa que te deixou triste e que parece que não estás bem aqui comigo, que gostavas de voltar para a sala”, ao qual a S respondeu, novamente através de gestos, com a cabeça, que sim.

Depois de perceber que a sua vontade era de ir para a sala, arrumou-se os brinquedos na caixa lúdica e encaminhou-se a menina até à sala.

Este episódio, que nunca haveria acontecido antes fez com que levantasse algumas hipóteses sobre o que poderia ter ocorrido nesta sessão para que a S ficasse assim. Existem

quatro hipóteses que podem justificar este comportamento da menina: a primeira foi o facto de quando a fomos buscar à sala, a S estava a brincar com as suas colegas, relaxada, sorrindo várias vezes, sendo que a sessão terminou esse contacto com as amigas o que pode ter deixado frustrada; a segunda hipótese colocada prende-se com o facto de não ter havido sessão na semana anterior porque a S não esteve presente por motivos de doença (tendo sido um longo período de ausência de sessões podendo ter afetado a relação terapêutica); outra hipótese refere-se ao *setting* terapêutico utilizado, ou seja, houve uma mudança de espaço, passando as sessões a ser num local menos amplo e com alguns objetos em nosso redor pelos quais a S não podia mexer, o que pode ter levado a esta reação por parte da menina pois é um espaço novo que ela não está habituada; a última hipótese exposta é em relação a algum acontecimento exterior que pode ter sido vivenciado naquele momento pela S e que a deixou triste ao recordar-se do mesmo, não querendo falar sobre o ocorrido porque ainda não se sente totalmente à vontade.

Sétima sessão

Após o sucedido no acompanhamento anterior, a S revelou-se mais colaborante e recetiva nesta sessão. No entanto demonstrou-se menos participativa comparativamente às sessões que efetuámos anteriormente. É visível que nas últimas semanas o aspeto físico da S tem sido menos cuidado do que nas sessões iniciais. Neste acompanhamento a S apresentou-se com alguns rasgões na roupa e sujidade na blusa que trazia.

Ao deslocar-se até à sala onde normalmente é costume realizar as sessões, a S ajudou-nos a levar a caixa lúdica e alguns bonecos que foram acrescentados na mesma (a família), sendo-lhe mencionado. Isto fez com que desperta-se a atenção e curiosidade da menina, levando a que a mesma começasse a retirar a família do saco, olhando sempre para nós enquanto o realizava. Esta mudança de atitude fez com que lhe fosse dito: “Estou a ver que hoje, por saberes que tens novos objetos na caixa lúdica, quiseste tomar a iniciativa e seres tu a tirares os objetos da caixa” (sic). A menina, ao ouvir isso ficou algum tempo parada a olhar fixamente, sendo que lhe dissemos: “Parece que ficaste um pouco intimidada com o que eu te disse... como sabes podes fazer tudo o que tu quiseres, desde que não estragues os brinquedos ou te aleijes” (sic), apesar do mencionado, a S continuou com a sua postura, o que levou-nos a tomar iniciativa e a retirar outros objetos existentes na caixa lúdica. Ao ver isso, a S começou a retirar também, sendo que nós, ao perceber que a mesma o estava a fazer, parámos de retirar os objetos para que pudesse ela mesma escolher o brinquedo que queria. É visível que a menina coloca tudo por ordem, os carros,

as ferramentas, os jogos, etc..., revelando uma melhor organização comparativamente às primeiras sessões efetuadas.

Após a arrumação do espaço, mencionou-se-lhe: “Parece que hoje estás com mais receio em brincar do que nos outros dias...” (sic), pois a S parou mais uma vez para olhar para nós. Após lhe ser mencionado isso, começou-se a brincar com a família, fazendo a rotina diária matinal da mesma. A S apontava os locais onde deveriam ser colocados os bonecos para que os mesmos pudessem desempenhar as suas rotinas (o menino e a menina em escolas diferentes, os pais nos respetivos locais de trabalho).

Posteriormente a S pegou num dos carros e colocou o pai em cima dele, indo buscar o filho à escola. De seguida foi buscar a filha novamente com o carro, e quando chegou a casa encostou os filhos aos pais, a mãe na filha e o pai no filho, como um gesto de carinho. Foi-lhe proferido novamente isso, ao que nada respondeu.

Depois foram todos almoçar, onde a menina coloca todos os bonecos sentados, e logo de seguida deslocaram-se de carro para irem dar um passeio. Põe todos os bonecos nos carros e desloca-se para o local onde queria que eles fossem brincar. Quando chega ao local tira todos os bonecos dos carros e vira-os de barriga para baixo. Quando foi mencionado isso, a menina vira-os ao contrário (barriga para cima).

Por iniciativa própria a menina pega nas cartas do jogo da memória e começa a retirá-las. Começou a jogar, demonstrando, pela primeira vez nesta sessão, várias vezes um sorriso. Durante o jogo é visível que a S infringe as regras, primeiramente porque espreita as cartas até encontrar o seu par. A esta sua atitude mencionou-se que: “É mais simples não ligarmos a algumas regras para que possamos ganhar facilmente o jogo do que as cumprirmos” (sic), o que fez com que a S sorrisse. No jogo a seguir, a menina torna o jogo ainda mais fácil, ou seja, vira as cartas todas para cima. Voltou-se a salientar-lhe o facto de continuar a facilitar as regras para poder ganhar de forma mais rápida e facilitada provocando novamente um sorriso na S.

Após o término do jogo, como o tempo da sessão estava a terminar, arrumou-se todo o material na caixa e deslocou-se até à sala.

Devido ao facto de ter existido uma mudança da atitude da menina nas sessões, achou-se por bem questionar a sua educadora sobre o facto de se poder estar a passar alguma coisa na vida da menina e se a mesma sabia de alguma coisa. A educadora diz que está tudo bem, que a única coisa que ocorreu foi o facto da mesma ter ficado em casa durante uma semana por ter estado doente.

Penso que nestas últimas sessões houve uma quebra na relação terapêutica que haveria sido estabelecida anteriormente. A S parece revelar um menor a vontade quer nas brincadeiras quer na sua interação.

Oitava sessão

Quando se foi buscar a S à sala, a menina demonstrou alguma relutância em se deslocar. Após sair da sala começou a chorar dizendo verbalmente “não quero ir” (sic). Ao observar-se isso, tentou-se conversar um pouco com a menina, mas mesmo assim a S resistiu e continuava a chorar. Percebeu-se que este comportamento não iria parar e que o desconforto da S era notório. Devido a isso deslocamo-nos novamente para a sala onde a educadora perguntou o que se passava. A mesma falou um pouco com a menina e de forma autoritária, dizendo-lhe para parar de fazer “birras” (sic), e que se não fosse connosco não ia brincar com os seus colegas para o jardim mais tarde.

Após esta breve conversa a S, ainda a chorar, deslocou-se connosco. Ao chegarmos à sala tentámos responder empaticamente ao que havia acontecido com a sua educadora, explicando-lhe que a S não queria ver connosco e que apesar disso sentiu-se obrigada a vir para não ficar de castigo. Após a menina se acalmar um pouco, deu-se a caixa ludoterapêutica e foi-lhe dito que podia retirar o que quisesse. A S retirou então a família e colocou todos os bonecos de pé. Depois de efetuar isso esperou que dessemos o outro passo e que começássemos a brincar mas esperou-se e perguntou-se-lhe: “E agora? O que queres fazer com estes bonecos? Queres que brinque contigo?” (sic). Antes que lhe fosse perguntado se queria brincar sozinha a S respondeu que sim à pergunta (se queria que brincassem com ela), o que fez questioná-la, mais uma vez, qual era o nosso boneco. Apontou para a personagem da avó, onde logo de seguida a questionou-se, “E tu quem és?” (sic), pegando de imediato no avô. Começou a dar mimiños à boneca (beijinhos). “Gostas de mim?” (sic), perguntou-se-lhe como se fosse a avó, ao qual a menina respondeu que sim com a cabeça.

Depois desta interação questionou-se a mesma sobre o que iam fazer, “E agora? Vamos visitar os netinhos?” (sic), acena com a cabeça afirmativamente, “E vamos como? De carro?” (sic), acena novamente de forma assertiva. Foi buscar o saco dos carros e escolheu dois carros, um para a avó e outro para o avô. Perguntou-se-lhe onde era a casa e a menina apontou para o local colocando a família nesse mesmo lugar. Questionou-se a S sobre qual o carro que levaria, o que fez a menina apontar para o carro que queria que a avó levasse. Seguiu em frente e nós a atrás.

Quando chegaram sentou todos os bonecos e começou a despi-los. Enquanto fazia isso sorria e por vezes dava os bonecos como pedindo o nosso auxílio. A esta atitude foi-lhe dito: “Parece que às vezes precisamos da ajuda, e é bom pedirmos auxílio quando mais precisamos” (sic), o que fez com que a menina sorrisse.

Depois disto retirou todos os objetos da caixa de forma impulsiva, sorrindo enquanto fazia isso. A esta atitude foi-lhe mencionado: “Estou a ver que estás com vontade de tirar tudo muito rapidamente da caixa” (sic). Em vez de responder, a menina apontou para nós e para a caixa a rir-se. Perguntou-se-lhe o que era, até que a menina, muito baixinho e sorrindo diz “arrumar” (sic), “Quem é que vai arrumar?” (sic) dissemos, apontou de imediato para nós a rir-se. “Achas engraçado desarrumares as coisas e veres-me a mim a arrumá-las... Mas já tínhamos combinado que as coisas que utilizamos da caixa lúdica são para ser arrumadas por nós e não é só por mim” (sic). E assim foi, arrumou-se os objetos, no entanto a menina distraia-se com alguns dos objetos da caixa, brincando com os carros e com as ferramentas como se estivessem estragados.

No final da sessão pode-se constatar que a S estava mais sorridente, mais aberta e comunicativa. Apesar do início do acompanhamento ter sido difícil estabelecer a relação terapêutica Para além disso, enquanto se esteve na sala com o seu grupo a menina interagiu mais connosco, sorrindo algumas vezes para nós.

É visível que a testagem de limites que outrora era mais frequente e persistente nas sessões, passou novamente a ser mais utilizada, parecendo que é importante para a menina ver se realmente somos de confiança para ela.

A recusa que existiu no início da sessão pode ter acontecido por diversos motivos, nomeadamente pelo facto da menina se encontrar em interação com os seus pares e que, por causa do acompanhamento, esse mesmo contacto ia ser interrompido; pode também dever-se a algum acontecimento ocorrido no seio familiar, sentindo algum receio em se expor connosco, e preferindo assim não ir às sessões de acompanhamento.

É visível, através da observação da menina em contexto de sala, que as dinâmicas que são desenvolvidas por a educadora e auxiliar, e pelas técnicas da Instituição, têm sido mais recetivas por parte da menina, participando mais ativamente e, por vezes, expressando-se de forma verbal, ainda que de uma forma insegura, com as mesmas.

Nona sessão

Ao se ir buscar a S à sala, mais uma vez, a menina demonstrou que não queria vir, dizendo muito baixinho “não quero ir” (sic). Devido a esta resistência constante da

menina, abordou-se esta questão com a orientadora de estágio na Instituição sobre o que se estava a passar, sendo que a mesma disse que é normal, pois a S tende a demonstrar alguma resistência para ver se as pessoas cedem. A orientadora disse também para existir uma maior persistência e uma menor cedência a este tipo de atitudes da S.

Tentou-se dar a seguinte resposta ao perceber que a menina não queria ir ao acompanhamento: “Eu sei que não te apetece ir comigo, mas já tínhamos combinado anteriormente que a Patrícia te iria buscar uma vez por semana para estarmos um bocadinho as duas” (sic). A menina não disse nada e descolocou-se até à sala onde decorrem as sessões de ludoterapia. Ao chegar à sala, houve uma grande resistência por parte da menina em começar a interação, fazendo com que fossemos nós a retirar os brinquedos da caixa lúdica. À medida que íamos tirando os objetos da caixa, mostrávamos à S e perguntávamos-lhe: “queres brincar com estes? (...) E com estes queres brincar?” (sic), até que a menina decide escolher a família.

Após escolher a família, questionou-se sobre qual boneco era ela, “És este? E este?” (sic). Todos os bonecos que lhe foram indicados a menina disse que eram nossos. Ao se perceber isso foi-lhe dito que parece que não lhe apetece brincar. Mas mesmo assim a menina continuava com uma expressão facial triste e pouco interativa.

Pegou-se então nos fantoches pequenos, nomeadamente a bruxa, e começou-se a interagir com a menina. Foi aí que a S pegou num dos fantoches e começou a interagir. Primeiramente estava um pouco retraída, mas depois começou a interagir de forma mais expressiva. Escondeu alguns fantoches por detrás das costas, até que lhe dissemos que parece que alguém se está a esconder dela. Ao referir-se isso a S esboçou um sorriso e continuou a brincadeira. De seguida pegou em outros dois fantoches e fez o mesmo. Enquanto fazia isso, dizíamos-lhe: “Parece que os fantoches gostam de brincar às escondidas comigo... acho que eles gostam de mim” (sic), ao qual a menina respondia que sim (com o fantoche no dedo fazia o gesto afirmativo).

Apesar do receio e da pouca recetividade que a menina demonstrou no início da sessão, é notável que com o desenrolar do acompanhamento a S revela estar mais envolvida na relação.

Depois de brincar com os fantoches a menina começou a interagir com os bonecos da família. Pegava nos bonecos e ia sentando-os e por vezes despindo-os. Numa das partes da brincadeira colocou-os todos a dormir e pegou num animal, a girafa, onde espreitou para as cuecas e fez um gesto como que cheirasse mal. Ao respondermos a isso a menina virou-se para ela e disse “shiuuu”, porque, supostamente, os bonecos estavam a dormir e

podia acordá-los. Depois disso, falámos mais baixo, mas quando falava a menina “acordava” o fantoche que estava a ser alvo de críticas e, perante essa atitude, brincávamos com ela escondendo-nos para que o fantoche não nos visse. Nesta parte da brincadeira a S mostrou estar bastante divertida

Posteriormente, e como o tempo estava a terminar começou-se a arrumar tudo. A S foi colocando os bonecos nos respetivos locais e por fim coloca-os na caixa.

Mais uma vez, no final da sessão pode-se constatar que a S estava mais sorridente, mais aberta e comunicativa.

Décima sessão

Ao se ir buscar a S à sala, mais uma vez, a menina demonstrou que não queria ir, dizendo muito baixinho “não quero ir” (sic). Desta vez, e contrariando aquilo que a orientadora do local de estágio aferiu anteriormente sobre a S, optou-se por compreender a vontade da S, e ficamos na sala a interagir com as restantes crianças e a observar os comportamentos da menina no grande grupo. A S ao perceber que existia uma maior aproximação da nossa parte com as suas colegas, decidiu aproximar-se para que lhe fosse dada uma maior atenção. Nessa altura, questionou-se novamente a menina se já queria ir até à sala de ludoterapia, e sem resistência a S concordou e deslocou-se.

Apesar de já não estar reticente em ir ao acompanhamento, a S não quis retirar nada da caixa lúdica. Então, para tentar que as coisas funcionassem da melhor forma, começou-se a retirar os objetos da caixa e a nomeá-los. Passado algum tempo dessa interação, a menina começou então a dar alguns objetos da caixa, mas mais uma vez de forma impulsiva, ou seja, mandava-os para cima de nós. A esta sua atitude foi-lhe dito: “Parece que não queres estar aqui e que por isso atiras os brinquedos para cima de mim de forma agressiva” (sic). Apesar de lhe ser dito isso a S não respondeu.

Depois de estarem dispostos todos os objetos da caixa lúdica no chão, e como a S não tomava iniciativa, decidimos nomeá-los até que a menina pegou nos fantoches grandes. Atira-nos um deles e agarra o outro, demonstrando agressividade. Depois começou a puxar a língua do nosso fantoche sorrindo enquanto o fazia. Logo de seguida começou aos beijos ao nosso fantoche. Isto fez com que lhe fosse dito: “Apesar de me quereses fazer mal, parece que ao mesmo tempo gostas de mim porque depois acabas por me dar mimosinhos” (sic), fazendo com que a menina sorrisse.

Após essa brincadeira, a menina decidiu brincar com a família. Começa por pegar na mãe e no pai, interagindo com esses bonecos de forma carinhosa, ao que lhe foi

mencionado: “Os pais parecem ter uma relação forte e saudável” (sic), o que fez, mais uma vez, a menina olhar para nós e esboçar um sorriso. De seguida diz, com um tom de voz muito baixo e trémulo, apontando para os meninos, “escola” (sic), ao que se entendeu, a menina queria que eles fossem para a escola, e assim se expressou essa sua vontade, sendo que a mesma disse que quem levava os meninos à escola eram os pais. A mãe levava a menina e o pai levava o menino. Posteriormente proferiu que os pais iam para o trabalho, dispondo cada um dos bonecos num local distinto da sala. Para além disso, referiu que os avós iam também trabalhar, e colocou a avó junto do pai e o avô junto da mãe. Ao se observar esta sua interação afirmou-se: “Parece que existe uma rotina... Normalmente são os pais que levam os filhos à escola e depois vão, cada um deles, para o seu trabalho. O mesmo acontece com os avós” (sic).

Depois disso mencionou que era tempo de ir buscar os meninos à escola. A mãe foi buscar primeiramente o menino e depois a menina, passando também no trabalho do marido e no dos avós. Quando chegaram a casa a menina disse que já era de noite e que por isso iam dormir mas em locais separados (algo bastante enfatizado pela menina), pois os meninos não podem dormir com os pais segundo o que a mesma disse. A isto mencionou-se que: “Estou a ver que é muito importante que cada um durma no seu quarto... os pais num quarto e os meninos noutra” (sic).

Após estarem todos deitados começa a fazer caretas e a dizer “cheira mal”, apontando primeiramente para a avó. Ao se perceber isso perguntou-se-lhe num tom de voz mais alto “a avó cheira mal?” (sic), ao qual ela respondeu de imediato para a nos calarmos pois ela podia ouvir e se chatear. Repetiu esse processo com todos os bonecos da família até que por fim disse que o menino ia tomar banho e a menina ia a seguir. Algo que se pode reparar é que este processo era todo realizado pelos mais pequenos, excluindo as figuras parentais, expressando-lhe isso mesmo: “estou a ver que os meninos já são muito independentes e não necessitam da ajuda dos pais para tomarem banho” (sic), ao qual a menina respondeu acenando afirmativamente com a cabeça.

Se observámos as brincadeiras que a menina tem com a família, contata-se que existe uma forte interação entre os vários elementos que compõem o seio familiar. Algo notório nesta interação, prendesse com o facto dos papéis e tarefas desempenhados por cada elemento da família se encontrarem muito bem definidos. Outra questão familiar que tem sido frequente nas sessões prende-se com o facto de a menina insinuar que os elementos que compõem o seio familiar “cheiram mal”. Ao refletirmos sobre este tipo de conduta, achamos que a mesma pode estar acontecer porque é uma forma que a S tem de interagir

abertamente conosco, demonstrando essa mesma satisfação através do seu sorriso e verbalização. No entanto, não excluímos a hipótese de que esta forma de brincar possa ter relevância no próprio seio familiar onde a mesma se insere.

De seguida a menina começou a brincar com um dos carros, mandando-o contra nós. Fingimos que nos magoámos, e quando o íamos mandar para a própria S, ela sorriu e disse que não porque senão magoava-se, fazendo com que lhe fosse dito: “Parece que querias aleijar a Patrícia mas não queres que a Patrícia faça o mesmo porque tens receio” (sic), levando a S a esboçar um sorriso irónico.

Como o tempo estava a esgotar-se foi-lhe dito que estava na hora de arrumar os objetos na caixa. Mais uma vez houve alguma relutância por parte da menina durante esta prática, sendo que a mesma ia pegando em alguns bonecos e brincando para não ajudar, “Como já te tinha dito anteriormente é fundamental arrumarmos as coisas no local onde estavam pois só assim podemos encontrar tudo bem quando vieres na próxima vez” (sic), o que fez com que a S ajudasse nas arrumações.

No início e durante as sessões, parece existir uma ambivalência em termos emocionais. A ambivalência está presente na interação pois ora agride e ataca, ora procura atenção e afeto positivo. A S demonstra que não quer ir aos acompanhamentos, mas se há uma interação com as suas colegas e durante o decorrer das sessões, a menina revela que quer estar nas sessões e que gosta daquilo que fazem pois sorri, interage cada vez mais e comunica verbalmente. Esta sessão, em particular, foi pautada por verbalizações constantes por parte da menina. Pela primeira vez a menina disse mais do que simples palavras soltas para descrever alguns processos que estavam a decorrer durante a sessão. Pode-se assim aferir que já existiu uma evolução nesta última sessão, e que as palavras dela podem ser interpretadas como um sentimento de segurança quando está em acompanhamento, pois caso contrário não o faria.

Décima primeira sessão

Quando se foi buscar a S à sala, a menina demonstrou-se mais recetiva a ir comparativamente aos outros dias. Deslocou-se até à sala psicossocial e de seguida deu-lhe a caixa lúdica para escolher os brinquedos que desejava. Como a menina não tomava a iniciativa, começou-se por abrir a caixa e retirar alguns dos objetos existentes na mesma. Posteriormente, a menina começou por retirar também os brinquedos, agrupando-os por categorias (carros num sitio, os fantoches noutra, a família noutra, etc.).

Ao ver essa sua atitude foi-lhe mencionado: “É bom termos os brinquedos todos arrumados e organizados, pois assim sabemos sempre onde se encontram” (sic).

De seguida a menina pegou num dos carros que se encontrava sem porta, dando-o a nós para ver se o arranjava. Mais uma vez, percebeu-se que a menina estava a pedir ajuda então explicitou-se-lhe isso: “Parece que nem sempre conseguimos fazer as coisas sozinhos e que temos que pedir ajuda a alguém, a Patrícia vai-te ajudar no que precisares” (sic). Depois de consertado esse carro colocou uma fila de carros também para serem consertados. Num deles, a menina começou por efetuar o arranjo sozinha, mas ao se aperceber que não conseguia, pediu novamente o nosso auxílio, a qual lhe disse “eu ajudo-te sempre que precisares” (sic). Posteriormente, a S começou a arranjar os carros sozinha através das ferramentas que tinha à sua disposição. Ao se observar essa sua atitude mencionou-se que apesar de algumas das vezes necessitarmos da ajuda dos outros, por vezes conseguimos superar as coisas sozinhas.

Após esta brincadeira com os carros, a menina foi brincar com a família. Começou por dizer e colocar os meninos na escola. Depois colocou os restantes membros da sua família em carros separados (a mãe num carro, o pai noutro, a avó noutro e o avô noutro). Disse primeiramente que era a mãe que ia buscar os filhos à escola, no entanto, como não havia espaço no carro e como o carro do avô tinha mais espaço, mencionou que era ele que ia buscar os meninos à escola. É visível nesta sua interação a existência de agilidade, ou seja, quando algo não é possível fazer algo a S tenta alterá-lo para que se consiga concretizar. Foi-lhe dito isso mesmo, levando a que a menina esboçasse um sorriso.

De seguida, perguntou onde era a casa, e nós dissemos-lhe que podia ser ao pé dela (pois existia um espaço mais amplo). A menina disse-nos para levar o carro com os meninos e o avô até casa, enquanto que ela conduziu o carro da mãe. Depois a S disse para levar o pai, enquanto que ela levou o carro da avó para casa. Após colocar toda a família em casa a menina pegou na “casa” dos fantoches e disse novamente para nós arrumarmos ali os carros. Conforme os levava, a menina ia arrumando-os. De seguida foi-lhe questionado sobre o que a família ia fazer, ao que a S respondeu que não sabia. Como não dizia nada perguntou-se-lhe se eles não teriam fome. Sem proferir ou indicar nenhuma ação, a menina pega na avó e entrega-a a nós pois ela tinha um avental logo seria ela a cozinhar. Questionou-se sobre a comida que se deveria fazer mas mais uma vez a S disse que não sabia. Ao se observar isso foi expresso à S que a avó precisava de ajuda, então a S deu a boneca menina para auxiliar a avó.

Depois desta interação, a S decide esconder a mãe e perguntar onde estava a boneca, pegámos no menino e começámos à procura da mãe até que a encontrou. Esta descoberta fez a S esboçar um sorriso e voltar novamente a esconder outra figura, mas desta vez o menino. Ao ir à procura dele a S refere que o menino está na escola. Ao se perceber isso perguntou-se-lhe se era necessário ir buscá-lo, no entanto a menina referiu que ele ia a pé sozinho, ao que lhe foi dito: “Oh pois é... o menino já é independente e já consegue ir para casa sozinho!” (sic). Quando o menino chegou a casa, passado um pouco colocou-o novamente na escola. Percebendo isso afirmou-se-lhe que parecia que o menino tinha uma grande vontade de aprender. A S não respondeu ao que lhe foi dito, apenas esboçou, novamente, um sorriso. Desta vez quem foi buscar o menino à escola foi a mãe, segundo o incentivo da S.

Posteriormente a S coloca toda a família a dormir, e começa, tal como tinha acontecido anteriormente, a referir que alguns dos membros da família cheiravam mal. Enquanto fazia isso, esperava que nós proferíssemos algo e que dissesse para a mesma se calar pois os membros da família podiam acordar e ouvir a conversa, ficando chateados. Fez isso com todos os elementos da família, levantava-os assim que dizíamos alguma coisa e ficava com uma cara de espanto quando era dito algo.

De seguida, a S decidiu colocar a família toda dobrada (as pernas) e começou a dançar com eles. Como o tempo estava a terminar, foi-lhe novamente lembrado que esta era a última sessão com a menina e que daqui adiante (como já haveria sido dito noutra ocasião em conjunto com a sua educadora e a psicóloga do Jardim-de-infância) iria ser acompanhada pela psicóloga, o que fez a menina ficasse com uma expressão um pouco apreensiva. A esta sua atitude foi-lhe dito que: "eu compreendo que seja difícil que haja novamente uma mudança de psicóloga nos acompanhamentos S, mas vais ver que vai ser divertido e que ambas vão gostar muito" (sic). A menina não respondeu, ficou apenas com um olhar triste. Após ter-lhe sido mencionado isso, foi-lhe dito que estava na altura de arrumar todos os brinquedos na caixa lúdica. A menina ficou bastante agitada depois de lhe ter sido mencionado isso, mandando os bonecos ao ar e alguns contra a parede. Explicou-se-lhe que apesar de não lhe apetecer arrumar os brinquedos é fundamental fazê-lo porque só assim é possível preservá-los. Ao se dizer isso a menina ficou menos reticente e acabou por colaborar na arrumação da caixa lúdica.

3.2. Caso Clínico do V

O V é uma criança com seis anos e dois meses (74 meses) de idade que frequenta a sala pré-escolar do Jardim-de-infância. O menino tem sido acompanhado pela equipa multidisciplinar da instituição nos dois últimos anos letivos, devido ao atraso no desenvolvimento da linguagem com implicações na relação com os pares e adultos. São também visíveis algumas dificuldades em termos de aprendizagens Pré-Escolares e ao nível comportamental, como é o caso da impulsividade, agitação motora, o não cumprimento de regras e limites comportamentais e dificuldades ao nível da atenção e concentração.

Este ano letivo foi, novamente, referenciado pela educadora, devido ao facto do mesmo continuar a demonstrar as dificuldades em cima reveladas.

3.2.1. História Clínica

Através dos dados obtidos em entrevista à sua mãe (anteriormente efetuada pela psicóloga da Instituição), pode-se constatar que o V reside com o seu pai, com a sua mãe e a sua irmã de nove anos

A relação existente entre os seus pais nem sempre foi estável, após uns meses do V nascer (Outubro de 2009), os seus pais decidiram separar-se, no entanto, passados dois anos, reconciliaram-se. Durante este período o menino viveu sempre com a sua mãe e irmã. Assim sendo, é visível a existência de uma forte relação com a sua irmã e com a sua mãe, mencionando-as várias vezes durante os acompanhamentos individuais.

O V é caracterizado pela sua mãe como como um menino ágil e que gosta de colaborar nas tarefas domésticas.

O menino é fruto de uma gravidez desejada e planeada. Apesar da mãe referir que foi acompanhada medicamente durante o período de gestação, existiram alguns problemas durante a mesma. Quando completou os cinco meses de gestação começa a ter contrações, sendo forçada a ficar de repouso até ao final da gravidez.

Relativamente ao parto, o mesmo ocorreu na 35^a semana de gestação. Durante o período Neonatal não existiu qualquer tipo de problemática. Contudo, no período Pós-natal o menino desenvolve uma bronquite e desde aí foram várias as complicações e as idas constantes ao hospital. Para além dos problemas em termos respiratórios existentes no período Pós-Natal, o V também sofreu de uma hérnia umbilical e de insuficiência renal

antes de completar um ano de vida. Atualmente, o menino não tem revelado nenhuma crise ao nível respiratório.

No que diz respeito ao seu crescimento e desenvolvimento infantil, em termos do controlo esfíncteriano, o mesmo não se encontra preservado. No desenvolvimento da linguagem demonstra dificuldades na linguagem expressiva (vocabulário, fonética e dicção). O desenvolvimento motor, segundo a mãe foi dentro do esperado, tendo iniciado a marcha aos 13 meses.

Após a sua ida a uma Consulta de Desenvolvimento (Março de 2014), foi solicitado um acompanhamento por parte da Equipa de Intervenção Precoce do Hospital e diagnosticada uma “Perturbação de Oposição e Negativismo e Perturbação Específica da Linguagem”.

Dados de Observação Informal (contexto de sala)

Com base no que mencionado pela educadora do menino, constata-se que:

No ***Domínio do Funcionamento Independente***, o V revela autodomínio no vestir, calçar e na alimentação. No entanto, em algumas situações derrama os alimentos (sopa) e segura, por vezes, de forma incorreta os talheres. Ao nível do controlo esfíncteriano, são verificadas algumas perdas durante o dia (segundo a educadora, as mesmas são intencionais, com intuito de testar os limites comportamentais) e durante a noite (enurese).

Referente ao ***Domínio Físico***, revela apenas algumas dificuldades ao nível da motricidade fina, que em certa parte se devem à sua falta de motivação em desempenhar as tarefas que envolvem este tipo de motricidade (por exemplo na pintura de desenhos). Em termos da motricidade grossa é visível que o V se encontra com um desenvolvimento esperado para o seu grupo etário.

No ***Domínio da Linguagem*** observa-se que o V possui algumas dificuldades. A linguagem recetiva encontra-se preservada pois o menino compreende o que lhe é dito e solicitado. A sua linguagem expressiva é primária, com uma construção frásica simples, dificuldades na articulação e dicção de palavras, e vocabulário pobre.

Nas ***Aptidões Pré-Escolares***, são também salientes algumas dificuldades. O V já reconhece todas as cores, contudo não identifica, não reconhece e não realiza letras e números (reconhece apenas o número 1 ao 4, representando-os com dificuldade). São visíveis as dificuldades ao nível da atenção e concentração nas tarefas propostas, prejudicando as suas aprendizagens.

No *Domínio Comportamental*, pudemos observar em contexto de sala junto dos pares, que o V é uma criança que demonstra ser extrovertida e comunicativa para com os seus pares e adultos. No entanto continua a demonstrar alguma agitação psicomotora e impulsividade. São também salientes as dificuldades em compreender os limites e regras que lhe são impostos, fazendo com que o V não os respeite.

Com base em tudo o que foi observado em contexto de sala e individualmente, as informações recolhidas pela educadora do V e os testemunhos deixados pela anterior psicóloga da instituição que acompanhou este caso, foi mantido o acompanhamento psicológico de modo a continuar a elaborar com o menino uma intervenção terapêutica para colmatar a impulsividade e a agitação psicomotora, o cumprimento de regras e limites, e também para melhorar as dificuldades ao nível da atenção e concentração.

Foram apenas realizadas cinco sessões de acompanhamento psicológico. Tal como aconteceu no caso da S, as sessões tiveram a duração média de 30-40 minutos pois tivemos oportunidade de observar que as sessões se tornavam muito mais rentáveis para a criança.

3.2.2. Acompanhamento Psicológico

Primeira sessão

Esta sessão inicial serviu para perceber um pouco melhor a criança e explicar-lhe como iriam ser os acompanhamentos.

Fisicamente, o menino revela uma postura desleixada, com a roupa pouco cuidada e arranjada. Em termos de higiene, demonstra igualmente algum desleixo. No primeiro contacto com o V, percebeu-se que era uma criança extrovertida que gostava de se expressar bastante.

Iniciou-se a sessão com uma breve apresentação. Como o V não sabia o que era uma psicóloga, explicou-se-lhe o que costumávamos fazer. Enquanto ouvia o menino prestava muita atenção e revelava interesse ao que estava a ser proferido.

De seguida informou-se o V de como iriam decorrer as sessões: “A Patrícia irá buscar-te à sala uma vez por semana para irmos para este gabinete falar um pouco e fazermos uns jogos divertidos... Se por alguma razão não estiveres na sala ou não poderes vir devido às atividades que estás a fazer com a tua educadora, a Patrícia vai-te buscar na semana a seguir... Pode ser V?” (sic), muito entusiasmado o menino assentiu aquilo que ouviu. Para além disto foi lhe dada a informação de que existiam alguns limites nas

sessões: “Não podemos fazer nada que nos magoe ou que estrague os materiais que utilizamos” (sic). Foi igualmente mencionado o intuito dos acompanhamentos psicológicos, nomeadamente, para dar continuidade ao trabalho iniciado pela psicóloga anterior e para conseguir perceber e minizar as questões comportamentais que a sua educadora expressou. Após estas explicações mostramos-lhe a caixa lúdica, deixando-o mais uma vez bastante entusiasmado.

O V, enquanto ia brincando com alguns animais da selva e posteriormente com os carros que se encontram na caixa lúdica, contou alguns factos sobre a sua vida, nomeadamente o de ter uma irmã, a F, ao qual demonstra ter uma relação bastante próxima, e falou muito da sua mãe, o que revela igualmente a relação de grande proximidade que tem com a mesma. Sobre o pai, não discursou muito, apenas referiu que por vezes costuma ir às compras com ele mas ele “nunca me compra aquilo que eu quero” (sic), ou seja, observa-se que a dinâmica entre a díade pai filho parece menos fortificada comparativamente com a sua mãe.

No término da sessão, o menino revelou alguma desilusão: “Ohh já vamos embora? Queria falar mais contigo...”. O que nos fez responder: “Parece que gostaste de estar aqui comigo e ires embora agora deixa-te um pouco desiludido, no entanto o nosso tempo por hoje acabou. Na próxima semana a Patrícia vai-te buscar outra para conversarmos mais um bocadinho e brincarmos com aquilo que pudeste ver na caixa lúdica”. Ele anuiu com a cabeça e logo de seguida deslocámo-nos até à sala.

Segunda sessão

Mais uma vez o V apresenta-se com uma postura descuidada em termos físicos, demonstrando alguns rasgos na sua roupa. Para além disso revela pouca higiene, tendo algumas partes do seu corpo sujas.

O menino começa por contar o que fez durante o fim-de-semana, afirmando que passeou com os seus pais e com a sua irmã. Após isto deu-se-lhe a caixa lúdica e o menino disse que gostava de fazer um desenho. Fornecesse prontamente uma folha de papel e os lápis para desenhar. O menino começa a revelar uma postura facial de tristeza, referindo logo o caso do “Pá”. O V explica um pouco sobre quem era o “Pá”: “o “Pá” era um velhinho que vivia no topo de uma montanha muito... muito... muito alta.” (sic). Descreve o local onde o mesmo vivia e afirma que só ele sabe onde o “Pá” morava. Diz também, mantendo uma expressão muito triste, que o “Pá” já morreu. Depois desta explicação, tentou-se responder empaticamente: “Parece que o “Pá” era uma pessoa muito

importante para ti... e que a sua perda deixou-te muito triste” (sic), o menino diz-me que sim fazendo uma cara triste, como se quisesse chorar.

Numa das partes da sessão o V contradiz-se um pouco afirmando que o Pá ainda estava vivo, no entanto, quando é confrontado, o menino refere que ele já morreu (esboçando um sorriso quando faz essa mesma contradição). Ao verificar isto e o facto de o V afirmar que nem o seu pai nem a sua mãe o conhecem, pode-se concluir que esta “pessoa” pode ser imaginária, no entanto parece que a sua “morte” causou impacto no menino pois o mesmo demonstra alguma tristeza quando fala sobre este assunto.

Após esta breve conversa, o menino decide desenhar o “Pá”, como se estivesse a fazer o retrato do mesmo, contudo o V percebe que será uma tarefa difícil porque não consegue fazer “um esqueleto” (sic). Ao observar essa sua preocupação disse-lhe: “faz como consegues, não precisas de ficar preocupado” (sic). Isto revela novamente que o “Pá” é uma pessoa que neste momento está morta.

De seguida, o menino pôs-se muito pensativo, fechou os olhos e esteve de cabeça baixa durante um tempo, fazendo com que dissesse: “ Parece que estas a pensar em alguma coisa” (sic), ao qual ele respondeu “estou a tentar lembrar-me de como era a cara do “Pá”. Após este tempo, o V começa a desenhar a cara do “Pá” descrevendo-o enquanto o desenhava.

Após desenhar todos os pormenores do “Pá”, começa a pintar o desenho. Cansa-se rapidamente de pintar e diz que quer pintar o “Pá” no próximo dia.

De seguida, no verso da folha onde desenhou o “Pá”, o menino começa a desenhar a casa do senhor. Enquanto desenhava dizia alguns pormenores da casa. Diz também que nunca lá dormiu, mas gostava de o ter feito.

Após este desenho, o V começa a descrever algumas atividades que fez com ele. Diz que brincavam às cavalitas, jogavam à sardinha, computador, à ponte (fazia de ponte e o V passava por debaixo dele) e o senhor imitava animais para o V adivinhar. É de salientar que enquanto o V abordava estes jogos exemplificava como cada um deles era elaborado, demonstrando uma relação bastante afetuosa com o “Pá”.

O menino, depois de descrever as brincadeiras, introduziu um novo elemento na história, a mãe do “Pá”, dizendo que a mesma jogou com ele à bola e andou com ele de skate.

Termina a sessão a elaborar outro desenho, desta vez mais composto, ou seja, da casa do “Pá” nas montanhas e as lápides do “Pá” e dos animais que o “Pá” tinha tido. Por baixo das montanhas desenha também uma casa que diz ser sua. Não se pôde abordar mais esta

temática devido ao tempo da sessão estar a terminar. Este assunto, parece ser constrangedor para o V, e abordar isto no final da sessão demonstra isso mesmo.

Através desta segunda sessão é possível concluir que a postura descuidada em termos físicos que o V tende a apresentar nas sessões de acompanhamento pode revelar a existência de pouco investimento por parte das figuras parentais ao nível dos cuidados de higiene que são prestados ao filho.

É igualmente importante prestar atenção à história do “Pá”, devido ao facto desta figura já estar morta e causar um grande sofrimento na criança.

Terceira sessão

A sessão foi iniciada com o V a perguntar sobre o desenho que tinha efetuado na sessão anterior. Ao percebermos que era do seu interesse abordar a temática da última sessão fornecemos-lhe as folhas com os desenhos que tinha feito. O V começou por contar novamente alguns pormenores que tinha mencionado anteriormente. Um dos dados importantes que o V acrescentou ao desenho foi o facto de mencionar que as estrelas que tinha feito simbolizava ele próprio e a F (irmã). Como viu que faltava o pai e a mãe, desenhou mais duas estrelas para os simbolizar. Ao ver esta sua reação foi-lhe dito: “Estou a ver que é importante para ti colocares o teu pai e a tua mãe no desenho porque tens uma relação muito próxima com eles” (sic). O menino sorriu e disse que sim, continuando o seu desenho.

O menino não quis continuar a abordar o desenho, começando a desenhar um papagaio. Disse que no dia anterior, tinha estado a brincar com um papagaio com a sua irmã. Enquanto pintava o desenho observou-se que o V altera frequentemente o seu discurso, ou seja, menciona algumas questões importantes mas “foge” rapidamente delas passando para outra temática completamente diferente.

Uma das temáticas abordadas pelo V refere-se ao facto do mesmo continuar a ter enurese noturna. O mesmo menciona o assunto quando diz que dormiu novamente na cama dos pais (afirma que intercala com a irmã, uma vez dorme a irmã na cama dos pais, noutra vez dorme ele). Refere que isso aconteceu devido ao facto da sua cama estar “mijada e não suja” (sic). Afirma também que fez chichi na cama porque estava com medo de uma boneca que não tem braços e tem várias “coisas” na barriga, sendo que depois de fazer chichi se escondeu debaixo da cama (hábito frequente quando os episódios de enurese ocorrem). “Estes episódios apenas parecem acontecer porque estás com medo de alguns objetos à tua volta” (sic), afirmou-se depois de ele ter mencionado a questão da

boneca. O menino responde afirmativamente, colocando uma expressão de medo. Apesar de serem mais frequentes as perdas durante a noite, o V menciona que durante o dia também já fez chichi, o que levou a mencioná-lo: “Por vezes não te consegues controlar durante o dia também, o que parece deixar-te ansioso”.

Após abordar brevemente este assunto, passa para outro completamente diferente. Mais uma vez é visível a fuga repentina que o mesmo faz a assuntos relevantes na sua vida que lhe estão a causar sofrimento. Isto revela que o V ainda não se encontra preparado para falar abertamente sobre o que sente.

De seguida, informa que tem duas casas, uma que está estragada devido a um incêndio que ocorreu, sendo que agora existem lá fantasmas. O seu tom de voz quando menciona este facto, revela algum medo e insegurança em relação aquela casa, sendo que isso é-lhe mencionado. Revelou também que os monstros não existem apenas na casa que está estragada, ou seja, na sua casa, onde se encontra a morar, existe um monstro pequenino e que o “Pá”, agora um *zombie*, também costuma ir a sua casa e assusta-se com ele. Por causa do “Pá” fez novamente chichi na cama e foi para debaixo da mesma para se esconder. Ao dizer isto mencionou-se-lhe: “Existem muitas coisas dentro da tua casa que te assustam e te fazem perder o controlo” (sic).

Depois de abordar estes medos, o V afirmou e desenhou no verso da folha onde tinha feito o papagaio, uma menina. Essa menina, segundo o que o V, tinha surgido enquanto ele estava sentado num banco na sua sala, mais precisamente no dia 3 de Maio (revela esta data após pensar um pouco, sem saber que a mesma ocorreu num domingo). Esta jovem chama-se F e segundo o que o menino mencionou, a mesma possuía um *spray* que mata os monstros. “Parece que a menina que te veio ajudar com os monstros que tu vês em casa tem o mesmo nome da tua irmã” (sic), o mesmo sorri após a afirmação e acena novamente com a cabeça assentindo ao que lhe foi proferido.

É visível que durante esta sessão o V revelou alguma agitação motora e um discurso pouco coerente mudando radicalmente de assunto enquanto falava connosco. Esta mudança revela que os conteúdos abordados pelo mesmo ainda lhe causam muita ansiedade e receio, o que promove sua fuga ao mesmo.

Se atendermos aos conteúdos mencionados pelo V durante esta sessão (boneca que não tem braços e tem várias “coisas” na barriga, fantasmas, a casa incendiada, o *zombie* “Pá” e os monstros) observamos que os mesmos são de cariz ansiogénico e que parecem estar a causar e sofrimento ao V.

Quarta sessão

No início da sessão o V começou por referir alguns acontecimentos do fim-de-semana, como é o caso de ter ido às compras com o pai porque o mesmo necessitou de comprar algumas coisas e disse também que tinha estado mau tempo muita chuva e trovada, ficando, devido a isso, com medo. “Se eu percebi, o mau tempo deixa-te muito receoso” (sic), afirmou-se depois do V ter dito o que tinha feito durante o fim-de-semana.

Posteriormente, o menino pegou na base do teatro, um boneco da família (o pai) e um fantoche grande (dragão). Pegou no fantoche e com a boca do mesmo pega no boneco da família, referindo que está a dar de comida aos filhos (do dragão). Isto leva a que seja fornecida uma resposta empática ao que estava a fazer: “É importante que o pai dragão arranje alimento para os seus filhos, protegendo-os” (sic).

De seguida, e depois de arrumar os bonecos com que tinha brincado, pegou no jogo do dominó. E começa a referir que “estou a fazer uma coisa” (sic), nomeadamente uma torre. Quando as peças começaram a cair, começa a agrupá-las consoante o número de pintas, sendo que antes de o fazer contava-as em voz alta e de seguida agrupava-as. Após essa brincadeira, tenta arrumar as peças (tentativa e erro) até as conseguir arrumar corretamente e fechar, consequentemente, a caixa. “Nem sempre conseguimos fazer as coisas corretamente logo na primeira vez, mas estou a ver que tu és persistente e que depois consegues fazer as coisas sozinho” (sic) afirmou-se ao ver a sua persistência com as peças de dominó.

Após esta interação pega nos animais e começa a colocá-los na mesa, sendo que sempre que o fazia, proferia em voz alta o nome do respetivo animal – “O crocodilo, a girafa...” (sic). Depois arruma-os e vai buscar os carros, no entanto pouco brinca com eles.

De seguida pega no dominó das cores, mas desta vez interage connosco dizendo que também jogamos. As regras do jogo são ditadas pelo menino. Primeiramente jogou-se da seguinte forma: o V questionava se tinha uma cor, se tivesse, colocava as cartas na mesa e ele ganhava, caso contrário, ou seja, se ele tivesse e nós não, ganhávamos. Depois nós tirávamos uma carta à qual ele não via e voltava a colocá-la no baralho. O objetivo consistia no V “descobrir” qual a carta que nós tínhamos visto. Neste jogo o menino fazia “batota” pois via onde colocava a carta e deixava-a num local onde pudesse aceder à mesma facilmente. Esta sua atitude levou a dizer-lhe que: “Parece que é importante para ti ganhares, nem que tenhas de alterar as regras que estipulaste inicialmente para me

ganhares” (sic). O menino, depois de se dizer isso, olha seriamente para mim e concorda com o que eu lhe digo.

No final da sessão o V pediu para brincar mais um pouco mas informamos-lhe que já não havia mais tempo e que por isso era altura de arrumar os brinquedos na caixa lúdica.

Conclui-se com esta sessão que o V, no jogo lúdico, parece revelar uma maior organização, pois coloca as peças do dominó por ordem. Para além disso, durante as sessões ludoterapêuticas é notório que o V compreendeu e acartou as limitações que lhe foram impostas logo no início dos acompanhamentos, sendo que, ao não querer mais brincar com algo, o menino tende a arrumar esse brinquedo e só depois passa para outra brincadeira de forma independente. No entanto é também visível que as regras do jogo são normalmente deturpadas para que o mesmo possa facilmente vencê-lo.

Quinta sessão

Na última sessão efetuada com o V, tentou-se elucidar a criança sobre aquilo que tinha sido observado nas últimas sessões de acompanhamento e também para relembrar o mesmo acerca da nossa saída da Instituição.

Começámos por lhe dizer que “nestas últimas semanas que temos estado juntos V, a Patrícia achou que estiveste mais calmo e que conseguiste tranquilamente compreender os limites que te disse no início das sessões” (sic), ao ouvir isto o V interrompe-nos e diz “quais limites? Ahh... Já sei! O disseste sobre os bonecos que temos de guardar para não partirem!” (sic), respondemos-lhe afirmativamente e concluímos o nosso raciocínio: “sim isso mesmo... e até colocaste tudo arrumadinho na caixa!” (sic), o menino ao ouvir isto sorriu. Continuamos a nossa conversa expressando a tristeza que tinha sido demonstrada quando nos contou pela primeira vez a história do “Pá”, o medo que sente da noite, dos monstros e fantasmas que podem aparecer nessa mesma altura e que por isso fazem com que faça “chichi na cama” (sic) deixando-o triste e um pouco assustado. A tudo isto que foi dito o V anuiu com a cabeça confirmando aquilo que nós dissemos.

Dissemos-lhe igualmente algumas estratégias que podiam ser utilizadas em casa para atenuar esta ansiedade e angústia que a noite lhe trás, nomeadamente, pedir aos pais para lhe lerem uma história antes de dormir. O V ao ouvir isto disse logo “sim... sim, boa ideia! Vou pedir à mãe ou a F para lerem o livro do *SpiderMan!*”

Depois desta breve síntese dos acompanhamentos que foram realizados, e como ainda havia algum tempo, dissemos ao V que podia ir buscar a caixa lúdica. O V quis brincar

com os carros e com os legos, construindo algumas torres de forma autónoma e sem evocar a nossa participação.

No final do nosso tempo, informámos, mais uma vez, que esta seria a nossa última sessão de acompanhamento. Ao que menino revelou que “Oh... gostava de ficar mais um bocadinho para brincar contigo! Não podes ficar mais tempo?” (sic) posto isto foi-lhe respondido que “percebo que queiras ficar mais tempo a brincar e que gostes de estar aqui, mas como tu sabes o tempo da sessão está a terminar e já te tinha dito anteriormente que esta era a nossa última sessão V” (sic). O V anuiu com a cabeça e inciou o processo de arrumação dos brinquedos deixando a sala arrumada.

Parte IV – Discussão dos casos clínicos

4.1. Caso Clínico da S

S, em termos físicos, apresenta uma estrutura estato-ponderal superior ao seu grupo etário (segundo os dados fornecidos pela DGS), uma expressão facial pouco expressiva e com um olhar por vezes triste. Ao nível relacional com os adultos, a menina demonstra ser introvertida e pouco comunicativa, havendo uma maior dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica.

Perante os critérios mencionados anteriormente sobre o Mutismo Seletivo, é visível, através da observação efetuada e dos dados anteriormente recolhidos, que a S preenche alguns dos critérios de diagnóstico que são indicados para esta Perturbação. Segundo as informações fornecidas pela mãe, a S consegue expressar-se sem qualquer tipo de problema quando está em casa, excluindo-se assim a hipótese de que a menina possa ter alguma dificuldade em se expressar oralmente (critério A e D).

É também visível que as dificuldades de expressão demonstradas ocorrem perante situações novas que envolvam o contacto social. Tal ocorreu nos acompanhamentos psicológicos realizados, onde a S pouco ou nada se expressou oralmente, mostrando-se pouco a vontade durante as sessões. Para além disso, quando a menina é abordada na sala pela educadora para responder a alguma questão, a mesma tende a não se expressar pois sente-se bastante envergonhada por os outros meninos e auxiliares a estarem a observar. Esta dificuldade de verbalização tem sido referida pela sua educadora desde que a menina entrou na instituição (Critério C). Apesar deste critério se encontrar presente, deve-se tentar compreender o porquê da existência desta dificuldade ao nível de interação. Observa-se que a menina interage normalmente com os seus pares e connosco. Contudo, como a educadora tende a ser autoritária e a apresentar estratégias coercivas, faz com que a relação entre ambas não seja tão fácil. Para a S é fundamental que se construa uma relação de confiança ao longo do tempo e, para além disso, que se sinta próxima e aceite nessa mesma relação.

Analisando as sessões com a S, pode-se comprovar que as mesmas eram pautadas, inicialmente, por introversão, alguma relutância e pouca recetividade, sendo necessário interagir com a S para que se sentisse mais à vontade e com menor receio. Nesta interação, por vezes, eram introduzidos por nós alguns elementos, não deixando a menina escolher por si mesma os elementos que realmente queria. A S perante este tipo de situações não aceitava os elementos que lhe eram fornecidos e acabava por interagir segundo o seu

próprio jogo e necessidades. Concluiu-se assim que esta atitude por nós usada não deveria ter sido posta em prática.

Denota-se também que no decorrer das sessões S era mais extrovertida e mais participativa.

Ao longo dos acompanhamentos foi visível a agressividade e impulsividade que outrora haviam ter sido mencionados pela sua educadora de infância. A S revela também uma grande insegurança em confiar nas pessoas mais velhas que a rodeiam, testando os seus limites com intuito de observar qual o nível de aceitação das mesmas e se pode realmente confiar nessas pessoas. Revela também alguma ambivalência emocional, ora “magoando”, ora curando e aproximando-se, quer na relação terapêutica conosco quer ao nível do expresso no jogo lúdico.

Nas últimas sessões, apesar de continuar reticente em ir aos acompanhamentos, consegue-se perceber que há uma maior coesão na relação terapêutica. Para além disso a menina demonstrou parte das suas dinâmicas familiares, revelando a importância da relação entre os diversos elementos da família e das rotinas, e papéis familiares.

Em termos de comportamento, a agressividade e impulsividade demonstradas inicialmente, nas últimas consultas, começaram a decrescer, assim como a atitude de testar constantemente os limites para saber se eramos realmente de confiança. Revela uma maior agilidade na resolução de problemas, algo que anteriormente não era visível, procura ajuda e resolve alguns aspetos autonomamente, recorrendo gradualmente à comunicação verbal, ainda que de forma tímida e trémula.

Apesar destes avanços, observa-se que a S ainda tem bastante receio de estar perante situações novas, que desconhece. Isto pode ser bastante prejudicial, nomeadamente na nova fase da sua vida em termos de percurso escolar (irá ingressar no primeiro ano de escolaridade). O facto de ir para uma turma nova onde terá convivido com poucas crianças que a compõem e de existir uma professora diferente, pode levar a um retrocesso de todo o processo iniciado com a mesma.

É fundamental que a S continue o apoio psicológico para que consiga lidar mais facilmente com situações novas e que a agressividade, impulsividade e as dificuldades na interação social e comunicação com o outro se atenuem ainda mais.

O caso da S apresenta vários aspetos e situações vivenciadas durante as sessões terapêuticas que podem ser analisadas à luz da teoria da personalidade e do desenvolvimento de Carl Rogers.

O primeiro grande desafio consistiu em estar perante uma pessoa cuja comunicação verbal oral era bastante limitada. Tal situação implica ter presente as primeiras proposições postuladas por Rogers (1951). Assim, sabe-se que o organismo reage ao campo fenomenal como um todo, sendo para o indivíduo a sua realidade (proposição II e proposição III), e sabe-se igualmente que os processos de desadaptação psicológica (proposição XV), devido à incongruência da experiência e o conceito de *self* que se vai desenvolvendo estão na origem dos diferentes tipos de perturbação (Rogers, 1959).

Nesse sentido, no âmbito de uma relação de ajuda procurou-se proporcionar um ambiente que fosse aceitante e compreensivo, ao mesmo tempo em que se fez um esforço para tentar aceder ao quadro de referência interno da S para compreender o seu comportamento de mutismo (proposição VII, Rogers, 1951).

Durante as sessões de acompanhamento, a S apresentou uma grande limitação a nível da comunicação verbal oral. Esse comportamento pode ser explicado pelo facto de que todo o comportamento da pessoa é uma resposta dada pelo indivíduo como um todo, tendo em conta o seu campo fenomenal que para ele é a sua realidade (proposição II e proposição III) (Rogers, 1951).

Apesar desta barreira comunicacional, a S foi ao longo das sessões expressando a sua vontade, alguns receios e dinâmicas interiores através de expressões, olhares, comunicação gestual e por vezes comunicação verbal oral. Todos estes tipos de comunicação foram aumentando em quantidade e qualidade ao longo das sessões terapêuticas. Antes de fazermos uma análise evolutiva do caso, é possível dizer que este crescimento comunicacional parece corresponder a dois postulados da teoria da personalidade de Rogers, nomeadamente ao facto de que a emoção facilita o comportamento (proposição VI), e que o organismo tem uma tendência fundamental para a sua atualização e crescimento (proposição IV). Nessa medida, alguns exemplos como apontar, acenar e sobretudo verbalizar pedidos de ajuda explícitos, demonstram que nas situações em que a S sente a necessidade de exprimir o que quer, ela faz um esforço para satisfazer essa necessidade.

Logo na primeira sessão, após a explicação de como funcionariam as sessões de ludoterapia, as reações da S foi de observar e aguardar para que fosse tomada a iniciativa de começar as interações lúdicas. Esse momento de espera por parte da S, parece ter sido acompanhado por alguma apreensão e receio de alguma espécie de avaliação. Isto parece corresponder ao facto, como Rogers explica, que a maior parte das formas de comportamento adotadas são aquelas consistentes com o conceito de *self* (proposição

XII). É muito provável que esta insegurança seja transmitida quando põe o fantoche a exprimir que tem algum receio e vergonha em brincar connosco. Também nas sessões finais quando ela verbaliza que “não quero ir” (sic), novamente volta a adotar um comportamento consistente com o seu *self*.

Note-se que Rogers (1959), vem mais tarde aprofundar esta questão explicando o conceito da avaliação condicional por parte de outras pessoas critério. Assim, foi importante iniciar o jogo retirando algumas peças da caixa lúdica de forma a incentivar que a S fizesse o mesmo sem se sentir observada ou avaliada. Tal comportamento parece de facto ter ajudado a S a conseguir iniciar a atividade. Mesmo assim foi possível notar que houve uma tendência por parte da S em organizar os objetos em categorias e de forma muito ordenada, como se tentasse conferir alguma segurança e organização a uma situação que era para ela nova.

Numa das sessões, durante a interação houve por parte da S iniciativa em desorganizar um pouco todo o conjunto, e começar a colocar brinquedos como os carros fora do contexto para verificar o tipo de resposta que lhe poderia ser dada. Nessa altura, verificou-se que a S demonstrou muita curiosidade sobre o tipo de reação que se teria sobre o facto de estar a alterar as regras do jogo (batia nos bonecos, olhava para nós, misturava as categorias carros com a animais da selva e sorria ironicamente)

Pouco depois, continuou a insistir nos carros, demonstrando alguma graça em perceber um espanto que uma possível “girafa”, a nossa personagem, tinha em não compreender o quê que um carro fazia ali no meio da selva. Este tipo de resposta mais voltada para compreensão do que propriamente para julgamento de uma possível desorganização de categorias, fez com que a S tivesse a iniciativa de verbalizar e solicitar um pedido de apoio para arranjar um carro partido. Estes acontecimentos podem de certa forma adequar-se à questão da valoração externa dos comportamentos na medida em que foi possível verificar um teste de limites por parte da S que a pudesse ajudar a compreender até que ponto ela podia ou não sentir-se mais à vontade para brincar e explorar livremente. A postura de aceitação incondicional proporciona assim uma maior liberdade de expressão emocional por parte de S, facilitando a confiança e a mudança terapêutica.

Ao longo das sessões houve outros aspetos chave no processo terapêutico, nas primeiras sessões a S nunca quis tomar a iniciativa de retirar os brinquedos da caixa lúdica por si mesma (como já foi mencionado anteriormente), contudo quando apontava para que eu começasse a iniciar o jogo, ela própria depois começava a retirar os objetos e a

conduzir o tipo de brincadeiras ou a liderar os percursos. Este receio de iniciar, parece traduzir uma apreensão que é transversal na sala de aula e no início de todas as interações sociais vivenciadas com receio inicial e retraimento.

Por outro lado, após o início dos jogos a S, apresentava sempre um ciclo que consistia primeiramente em organizar o brinquedos por categorias para depois criar cenários de desordem com episódios de agressividade e lutas, mas que depois eram sempre revertidos com alguma personagem que não deixava acontecer uma tragédia, ou que conseguia reverter a situação. Normalmente durante esses processos estava muita atenta às nossas reações e passado pouco tempo, apresentava algum brinquedo partido e conseguia brevemente verbalizar um pedido de ajuda para consertá-lo. Esta dinâmica de aguardar e ter algum receio em iniciar o jogo lúdico e verificar as reações ao longo do mesmo, parece traduzir uma ansiedade neste processo de exploração. Tal corresponde aquilo que Rogers (1959) enuncia como um comportamento defensivo e que está por detrás de um processo de desadaptação psicológica (proposição XIV) (Rogers, 1951). Por outro lado, quando a S consegue apontar claramente para um fantoche e explicar com o acenar de cabeça às possíveis hipóteses do que ela pretende com o jogo, demonstra uma intencionalidade na dinâmica e consegue traduzir comportamentos através dos fantoches que vão ao encontro daquilo que lhe é permitido no seu mundo imaginário ou até mesmo (por vezes) o seu mundo real. Estas expressões parecem traduzir comportamentos que estão de acordo com a sua estrutura de *self* (proposição XII). Verifica-se igualmente o movimento de desorganização e organização, reparação manifestando alguma ambivalência emocional na relação.

Outro aspeto é que nas primeiras sessões quando era explicado as regras do jogo e a necessidade de arrumar as coisas no final da sessão a S parecia colaborar espontaneamente com as regras. Mas esta dinâmica inverteu-se nas últimas sessões, ou seja, em certas sessões ela começa por ser ela a abrir e retirar por si própria os objetos e continua a liderar as diferentes brincadeiras, mas depois de uma forma de aparente distração tenta arranjar subterfúgios para não arrumar a caixa lúdica no fim. Isto parece uma nova exploração dos limites e das nossas reações. Porém, mais do que uma tentativa de testar reações, estes comportamentos novos parecem representar um ganho de segurança por parte da S e isto pode indicar que houve um movimento de menor preocupação com algum julgamento da nossa parte, aliás durante as sessões do meio e as sessões finais, ela consegue também explorar cada vez mais as personagens agressivas e consegue dizer que não quer ir às sessões. Em suma todos estes movimentos de maior

expressividade da sua vontade, manifestando a necessidade de controlo da situação e das sessões e da expressão do seu self organísmico, ou seja, uma maior liberdade para ser. Parecem traduzir uma perceção de aceitação da sua pessoa permitindo-lhe explorar livremente a sua experiência organísmica. Este movimento por mais que ainda ténue parece ir ao encontro ao que Rogers menciona com a adaptação psicológica onde existe lugar para assimilar e simbolizar as experiências do organismo mais livremente (proposição XV).

Contudo, nestas sessões finais em que a S procurava subterfúgios (manter as brincadeiras) para não ter de arrumar a caixa, eram lhe lembradas e explicadas de uma forma compreensiva as regras do jogo. Assim ao mesmo tempo que se exprimia a compreensão pelo facto de ela querer continuar a brincar e que gostava daquele tempo e espaço, também se explicava a importância de deixar as coisas arrumadas e de terminar a sessão. O tempo é organizador e “guardião” daquele *setting* terapêutico e da relação nele desenvolvida. Nestes momentos a S acabava sempre por ajudar, nem que seja no fim, a arrumar a caixa. Esta escolha de um comportamento social mais integrado, mesmo que por vezes fosse tardio (no tempo da sessão), parece representar, o que Rogers explica no fim da proposição X, de uma escolha dela própria e não por haver o efeito de uma condição de valor, ou seja, toda esta situação parece refletir um quadro em que ela sentia que era aceite e que o que ela experimentava era aceite, mas que era um comportamento que não fazia parte daquele contexto, e isto por si só parece ter ajudado a que ela própria pudesse experimentar a sua vontade sem se sentir ameaçada e conseguir optar por um comportamento socialmente integrado.

Houve um momento particular que aconteceu durante o processo de acompanhamento. Este episódio corresponde a um único jogo específico que foi diferente de todos os outros. Tratou-se de uma situação em que nós e S enviámos um carrinho de fricção uma para a outra sem haver nenhum líder nesse jogo. Ao princípio essa situação parece ter sido vivenciada com muito prazer mas subitamente transformou-se num momento de grande dor e expressão de choro incontrolável. Este episódio decorreu numa parte mais final do acompanhamento e num ciclo de sessões em que a S já se sentia mais à vontade em explorar as suas brincadeiras. Depois desse episódio a S conseguiu começar a expressar verbalmente o que não queria fazer. Estas situações parecem corresponder a um processo de contacto com a sua vontade de uma forma mais livre, e isto parece ter um efeito emocional muito grande e ao mesmo tempo um efeito de mudança no seu comportamento. Ela começa realmente a exprimir o que quer. Tais situações, parecem

traduzir aquilo que Rogers explica quando fala da TA (proposição IV) e nas condições facilitadoras no processo de mudança terapêutica (Rogers, 1957). De facto um ambiente aceitante, parece permitir que a S explore mais e contacte mais com as suas emoções fazendo com que modifique o seu reportório comportamental. Nessa medida a tendência vai-se exprimir e atuar de forma diferente de um contexto em que ela não se sinta segura.

De uma forma geral podemos dizer que o próprio comportamento defensivo traduzido num Mutismo Seletivo pode corresponder a uma manifestação da TA pois este movimento para o crescimento não se faz de uma forma uniforme, mas através de avanços e recuos e de algum sofrimento (proposição IV). Como Rogers explica na sua teoria do desenvolvimento (1959) o sentido de ameaça que se gera pela incongruência das experiências incongruentes com a estrutura do *self* que se vai formando mediante as CV pode estar na base de mecanismos defensivos e comportamentos desorganizados que estão na génese dos processos psicopatológicos. Se atendermos ao facto do padrão sequencial de grande parte das sessões, existe sempre um momento em que a S opta por dinâmicas de jogos em que manifesta a necessidade de locais de proteção como o castelo, que são sistematicamente atacados por figuras ameaçadoras. Porém, essas figuras acabam por nunca conseguir totalmente uma destruição, e neste processo, quando algum dos objetos se danifica ou finge estar danificado ela pede ajuda para consertá-los e nessas alturas faz uma comunicação mais explícita do que qualquer tipo de comunicação durante todo o jogo.

Parece estar implícito nestes cenários de recorrentes ameaças um sentido de proteção e de uma necessidade de algum apoio. Dado que neste caso não houve possibilidade de contactar a família e perceber qual o quadro da dinâmica da mesma, várias hipóteses podem ser colocadas neste tipo de comportamento defensivo da S: pode tratar-se de um núcleo familiar da qual não haja um grande investimento na relação afetiva com ela ou no qual ela mesmo se possa sentir ameaçada, sendo que a literatura refere este fator como precipitante do Mutismo Seletivo (Hultquist, 1995; Crundwell, 2006; Preston, 2014); por outro lado não parece haver nenhuma presença de agressões de companheiros de sala de aula com a S mas sim o contrário; se atendermos ao facto dos mecanismos de desadaptação psicológica por detrás destes comportamentais defensivos podem estar a levar a um grau de incongruência que se traduza numa manifestação psicopatológica (mutismo).

Uma das situações da qual se verificou que se poderia ter tido uma resposta mais empática, foi quando foi salientada a atitude da S de estar a retirar novos objetos da caixa

lúdica. Verificou-se que se se mantivesse uma observação mais longe, não teria interferido com o processo de mudança na S. Nessa medida procurou-se posteriormente não deixar que o nosso quadro de referências se sobrepusesse ao quadro de referências da criança. Foi importante o conselho dado pela supervisora de seminário de estágio e felizmente isso ajudou a conseguir recuperar o enfoque terapêutico noutras situações posteriores (proposição VII).

Este acompanhamento parece ter conseguido facilitar alguma mudança na S no sentido de se poder sentir mais livre para explorar através do jogo a sua vontade e consequentemente levou à capacidade de alguma verbalização da mesma. Nesse sentido parece importante para a S poder usufruir de um acompanhamento desta natureza com uma duração mais extensa de forma a conseguir ganhos mais proveitosos.

Atendendo agora à compreensão do caso segundo a Teoria Psicoafectiva do Doutor Hipólito, percebesse que no caso particular da S, e se vier a confirmar a existência da Síndrome DiGeorge, a menina pode ter nascido com uma mutação genética que pode estar a prejudicar o desenvolvimento saudável da mesma, isto é, existiu um trauma nas potencialidades. A nível biológico, para além da existência deste “trauma”, a sua progenitora revelou que a gravidez decorreu sem problemas e que o desenvolvimento da S foi dentro do esperado para a sua idade, com exceção da área da linguagem onde parece ter existido um atraso pouco significativo.

Em termos psicológicos, apesar da menina revelar uma boa autonomia e agilidade, o processo de adaptação ao Jardim-de-infância foi difícil, sendo que é nesta fase que é pela primeira vez evidenciado o caso de Mutismo Seletivo da S.

Posto isto, observa-se que as condições bio-psico-sociais da S não estiveram totalmente presentes podendo ter desencadeado um trauma na atualização das suas potencialidades, sendo esta mais visível ao nível social, fazendo com que a S não consiga estabelecer uma relação saudável com os adultos que a rodeiam.

Neste caso particular, a S parece ter uma relação próxima com os seus parentes mais próximos (pais e avós). Contudo, esta ilação é apenas baseada nas manifestações do jogo da família e no relato da mãe que a psicóloga precedente transmitiu. De facto, a falta de observação e dados sobre o sistema familiar não permitem claramente verificar se as dinâmicas familiares são ou não favoráveis ao desenvolvimento das potencialidades da S. Por outro lado, também não existem dados de agressividade na escola para com a S e sim o contrário.

Aqui, se a hipótese do Síndrome DiGeorge se mantiver, pode-se afirmar que todos estes comportamentos menos adaptados socialmente se devem maioritariamente ao facto da S não ter nascido com as suas potencialidades plenas. Para se poder afirmar que outras dinâmicas possivelmente pudessem afetar e representar um trauma nas condições de desenvolvimento, seria importante conhecer mais aprofundadamente a sua história clínica e o enquadramento sociofamiliar da S.

No entanto, ao longo das sessões, o aumento gradual da comunicação e o movimento mais exploratório do jogo parece ir ao encontro de que havendo um ambiente mais favorável para que a S possa explorar sem ameaça ao seu *self* em desenvolvimento, permite a expressão da sua TA e um movimento de maior autocrescimento. Concluímos que, mais relevante do que qualquer diagnóstico e verificação para presença dos seus critérios de classificação, é o olhar positivo da pessoa, o acreditar nas suas potencialidades de desenvolvimento e no estabelecimento da relação terapêutica e condições favoráveis à mudança terapêutica. Se este processo for efetuado precocemente no desenvolvimento e forma continuada, podem ser devolvidas as condições necessárias e suficientes para o desenvolvimento mais saudável e adaptativo da criança no futuro. Apesar da intervenção não ser centrada na queixa - no diagnóstico de Mutismo Seletivo – mas sim nas necessidades da criança, no contexto terapêutico, houve um decréscimo dos sintomas, mudanças na interação social também na sala de aula junto dos pares, facilitando a sua adaptação social.

4.2. Caso Clínico do V

O V, em termos físicos, apresenta uma estrutura estato-ponderal superior ao esperado para a sua idade (segundo os dados da DGS), uma expressão facial simpática, com um olhar expressivo e curioso. Revela também alguma agitação psicomotora. Ao nível relacional, o menino demonstra ser simpático, descontraído e muito comunicativo, revelando assim facilidade no estabelecimento da relação. Durante os acompanhamentos individuais, mostrou-se colaborante e participativo, revelando sempre interesse em vir às sessões.

Uma das maiores dificuldades ao nível das sessões individuais foi a compreensão do conteúdo manifestado pelo menino devido às dificuldades na linguagem expressiva. Para que o menino se sinta compreendido e para que possamos perceber corretamente o que o mesmo estava a dizer, foram utilizadas as respostas de compreensão empática. Este tipo

de respostas ajudam a perceber melhor os sentimentos expressos pela criança e a aferir até que ponto se sente compreendida por nós. São transmitidos verbalmente os conteúdos e sentimentos que a criança expressa, com intuito de a compreender verdadeiramente e para que a mesma perceba melhor a sua própria realidade.

Nos desenhos livres do V, o menino tem tendência a elaborar conteúdos ansiogénicos como é o caso da morte. Esta temática verificada nos desenhos do V, pode estar associado a um acontecimento marcante na vida do menino e, conseqüentemente, à dificuldade que o mesmo está a ter em ultrapassar este episódio. Mas pode simplesmente ser a expressão das suas angústias através da expressão de desenho livre. Ao se tentar perceber mais afincadamente esta história, o V tende a não responder, desviando o assunto para outra temática. Tentou-se igualmente falar com a sua educadora para perceber se se estava a passar algo no seio familiar da criança e se a mesma tinha experienciado um acontecimento traumático recentemente, no entanto a mesma diz que não sabia de nada e que era tudo da imaginação do menino.

Na realidade, as crianças tendem a ter alguma dificuldade em perceber o conceito de morte. Tal acontece porque esta noção é complexa devido ao facto de englobar crenças culturais e sociais, as problemáticas emocionais e pessoais, os valores religiosos e outros tipos de percepções conceptuais (Slaughter, 2005). Estudos efetuados nesta área indicam que o conceito de morte, para as crianças, tem subjacentes quatro sub-conceitos, como é o caso da inevitabilidade, não funcional ou finalidade, causalidade e irreversibilidade (Speece & Brent, 1996, citado por Bonoti, Leondari, & Mastora, 2013). O conceito de morte está sempre em constante mudança, alterando-se e complexificando-se com a idade, isto é, as crianças mais velhas, devido ao seu desenvolvimento cognitivo, detêm um conhecimento mais preciso sobre a morte (Orbach, Talmon, Kedem, & Har-Even, 1987; Speece & Brent, 1984, citados por Bonoti, et al., 2013). Entre os cinco anos e os dez anos de idade, a criança começa a adquirir alguns sub-conceitos de morte, como é o caso da finalidade, inevitabilidade e irreversibilidade, atingindo, aos dez anos de idade, um conhecimento completo sobre a morte (Speece & Brent, 1984, citado por Bonoti, et al., 2013).

Pode-se assim aferir que este conceito parece ainda não se encontra bem interiorizado no V. Para além disso, esta noção de morte ao ser representada várias vezes nos seus desenhos parece que, de alguma forma, o pode estar a perturbar, devendo ser analisado, esta mesma questão, na continuidade do acompanhamento psicológico.

No que se refere à dinâmica familiar que se pode observar durante o estágio, conclui-se que existe uma certa desorganização, podendo mesmo classificar-se esta família como emaranhada. A relação que o V tem com a sua mãe é bastante próxima, demasiado próxima talvez, pois não está a permitir que a criança se torne autónoma. Esta afirmação advém das constantes noites que o menino afirma ter passado na cama dos pais, onde dormia com a sua mãe e o seu pai ia dormir para a sala. A irmã do V, pelo que o mesmo relatava, apesar de ter um quarto próprio, dormia num colchão no quarto dos pais.

Problemas emocionais, o *stress* (Norfolk, & Wootton, 2012) e o desajustamento parental (Barros, 2014), parecem ter alguma influência em perturbações de eliminação, como e o caso da enurese. O V revela ter este tipo de problemas sendo que o mesmo pode estar a ser incentivado devido à existência deste tipo de problemáticas na sua vida.

Como solução para este problema tentou-se falar com a mãe do menino, visto ser a pessoa com maior acessibilidade, no entanto, a instituição achou melhor aguardar visto que o V, no próximo ano letivo ingressará na novamente na instituição na parte do ATL.

No nosso ponto de vista, a conversa com a mãe poderia elucidá-la sobre a problemática e do filho e, conseqüentemente, elaborar estratégias conjuntas que pudessem fomentar um funcionamento parental e familiar promotor de uma maior autonomia e desenvolvimento mais adaptativo. A solução encontrada de dormir com a mãe e irmã no quarto dos pais, reduz a sua autonomia a diversos níveis, mantém a troca de papéis familiares, o “emaranhamento” emocional da família, e afeta a relação marital.

Dos relatos da mãe que enaltecia o V e das explicações que quando ele não conseguia conter os esfíncteres por ficar ansioso à noite o levava para a cama, parecem revelar uma dinâmica que, de certa forma, corresponde a uma superproteção. Por outro lado quando o V descreve a mãe, é sempre a figura mais importante e que o protege e sabe o que é melhor para ele (a mãe ajuda-o quando ele fica com medo à noite por causa dos monstros e do *zombie* “Pá”). Quando o V se sente mais nervoso vai logo para a cama para ficar junto da mãe, mesmo alterando a rotina do subsistema marital. Quando está aflito ou acontece algo aflitivo a mãe surge como figura significativa afetivamente e de segurança

Este tipo de dinâmica pode estar a dificultar o desenvolvimento do seu *self*, sentindo-se impotente e pouco autónomo, e sem poder de decidir e explorar por si. Concomitantemente, o V num ambiente escolar dentro da sala não consegue uma atenção individualizada e apresenta muitas dificuldades de conseguir estar em grupo, de respeitar regras pré-estabelecidas ou manter a sua atenção. Paralelamente quando vem às sessões

de acompanhamento procura ser cuidadoso, atento às regras e conseguir uma atenção individual. Nota-se que com a mãe e conosco pela proximidade afetiva, apresenta uma postura muito diferente no contexto de sala de aula, respeitando as regras, procurando apoio. Daí a importância de observar os diferentes contextos e sistemas onde a criança se insere, a manifestação das queixas não são, na maioria das vezes, constantes e estão associadas às condições nos diferentes ambientes e relações.

Num contexto de pares com a educadora ou quando está no *setting* terapêutico em que somos um par dele, já se nota desorganização, mudança constante de atividade e uma tendência para quebrar regras mesmo no jogo. Se nós não estamos a brincar de acordo com o ele faz batota (cartas do dominó), mas se tiver a fazer um papel de maternal protetor já existe organização. Estes dois tipos de cenário de um V mais integrado e de um V com mais dificuldades socialmente só podem ser compreendidos consoante o seu quadro de referências interno (proposição III). Por outro lado o V explorador junto das figuras de apoio parece ficar menos à vontade para corresponder à imagem de um V merecedor de apoio. E por isso, os seus comportamentos parecem neste contexto ir ao favor da sua imagem de *self* (proposição XII). Por outro lado um V que não tenha de interagir a uma figura critério como explica Rogers (1959) na teoria do desenvolvimento, parece ser um V que se desorganiza e que tem comportamentos desadaptativos. Este tipo de explorações parecem não estar congruentes com a construção do *self* do V e este processo de incongruência ou desadaptação psicológica parecem manifestar-se em mecanismos de ansiedade e de angústia e ameaça

Ao experienciar situações em que o V tem que ser igual aos outros e que não represente nenhuma atenção ou apoio especial, este desacordo com o seu *self* cria-lhe desorganização, ansiedade, e angústia (proposição XVI).

Pode-se estar a dar aqui o caso de haver uma desadaptação psicológica por haver rejeição ou recusa de experiências no seu *self* (proposição XI e XIV). Por outro lado o contexto familiar do V passou de um contexto de afastamento e perda, para um contexto emaranhado mas conflituoso no presente, os pais voltam a viver juntos mas continuam num processo de interação desarmoniosa. As fronteiras do casal parecem ser bastante difusas e existe uma interferência do subsistema filial neste subsistema. É preciso notar que o “Pá” e o pai são figuras que estiveram durante algum tempo ausentes e que quando regressam passam a ser antagonistas de algumas situações de bem-estar. O pai não lhe deixa fazer todas as vontades e estar em mais contacto com a mãe e o “Pá” volta como uma figura que agora é assustadora (“*zombie*”). Por outro lado não deixam de ser figuras

critérios e fontes de amor, um é o pai que ele gosta e o outro era um amigo. O facto de poder estar a vivenciar alguma revolta com estas figuras parece não ser compatível com o V merecedor de amor e apoio e de um “menino fantástico” (sic) tal como a mãe o descreve.

A expressão do seu sofrimento e dificuldades relacionais, devem igualmente ser compreendidos á luz das alterações familiares ocorridas, exigindo uma adaptação e esforço constante. Esta família encontrava-se a lidar com uma crise exigindo esforços e mudanças de todos os elementos. Nestas situações, as crianças, tendem a demonstrar comportamentos e manifestações sintomáticas do mau estar do sistema familiar.

Mais uma vez parece haver incongruência entre alguma experiência de animosidade contra estas figuras e a necessidade de afeto que sente por parte delas. Este processo pode estar na origem de alguns comportamentos desadaptativos e alguma ansiedade e tristeza sentida pelo V. Não parece ser ao acaso que o pai e o “Pá” têm que ser comidos por monstros e que ao mesmo tempo o monstro leve-os de comida para os filhos e para a mãe (brincadeira dos fantoches – quarta sessão).

Os episódios de enurese primária têm sido mantidos após nova união dos pais, sendo que estes mesmos episódios tendem a ser relatados com alguma satisfação porque permitem que o V esteja mais noites na cama com a mãe e sobrepondo-se ao pai e à irmã, embora ainda no plano interpretativo não se pode deixar de excluir que existe alguma funcionalidade neste mecanismo comportamental para uma satisfação orgânica (proposição V).

Embora o caso tenha sido muito curto, as sessões permitiram que num contexto lúdico, o V pudesse através de um plano imaginário dar vida e satisfação a algumas experiências que não faz na sua vida. Este tipo de explorações parecem ter permitido que o V encontre novas formas de comunicar a tensão e sofrimento vivenciado de uma forma bastante espontânea. Esta exploração feita num contexto que procurou ser aceitante parece corresponder ao facto de que havendo um clima favorável a tendência de organismo é de crescer e explorar novas perspectivas nem que seja num plano linguístico e imaginário.

É igualmente importante percebermos este caso à luz da Teoria Psicoafectiva do Doutor Hipólito. No início da sua vida, verifica-se que o V detinha a TA que permitia desenvolver as suas competências ao máximo. No entanto, como anteriormente se referiu as mesmas apenas se desenvolvem se existirem condições bio-psico-sociais favoráveis.

No caso do V, existiram alguns problemas durante a gravidez da sua progenitora, o que revela a existência de uma condição deficitária em termos biológicos. Para além disso, a este nível é ainda visível um ligeiro atraso em termos da aquisição da linguagem e da perceção da mesma, o que pode levar ao surgimento de certos entraves ao nível das condições sociais.

Para além destas condições, a nível psicológico parecem existir problemas ansiogénicos e depressivos que estão a prejudicar o desenvolvimento saudável desta criança. O facto de esta família revelar um padrão comportamental pouco funcional pode igualmente afetar o V a nível psicológico, não o deixando ganhar a autonomia.

Neste caso particular parece existir uma dissociação nas CV, ou seja, as CV do menino parecem estar em contradição com as da mãe, pois apesar do mesmo pretender ganhar autonomia, o comportamento que a mãe revela perante o menino transmite uma excessiva proteção não deixando incrementar a autonomia no mesmo. Isto pode estar a causar alguns sintomas, nomeadamente, como é caso dos comportamentos impulsivos, agitação motora e não cumprimento de regras e limites.

Se pensamos novamente na situação familiar deste caso, percebemos que as dissociações existentes nas CV da criança, podem ser o resultado de problemas verificados no subsistema marital. Tal acontece porque o facto de os pais não conseguirem lidar com as suas problemáticas, pode criar dissociações nos filhos (neste caso no V) para que seja mantida a tão desejada homeostase do sistema familiar.

Parte V – Conclusão

Findados dez meses de estágio é importante observar e refletir sobre tudo aquilo que foi realizado e o contributo que esta experiência trouxe, não só em termos profissionais como em termos pessoais.

O percurso durante este estágio foi sinuoso, sabia-se que não ia ser fácil. Houve períodos em que se ponderou sobre se era este o caminho mais correto que havia sido escolhido para a vida futura. No início parecia tudo muito fácil e acessível, existia um grande apoio por parte da orientadora na instituição, no entanto essa ajuda, com o passar do tempo e do término do período de observação, estava a desvanecer. Existiu, nessa altura, a perceção de que era tempo de ganhar mais autonomia e tomar decisões próprias, sempre com supervisão.

Como é normal, houve críticas ao trabalho desempenhado, pois achavam ser necessário um melhor desempenho e mais pormenorizado em determinadas ocasiões. Hoje há uma compreensão daquilo que queriam, e as críticas que foram feitas permitiram uma maior fortificação enquanto pessoa e profissional desta respetiva área.

A existência de duas psicólogas com abordagens diferentes no seu trabalho foi algo que por vezes causou alguma confusão. Eram conhecidas as suas formas de trabalhar e a dedicação que ambas imponham naquilo que faziam. No entanto, em determinadas situações, eram sentidas algumas emoções ambivalentes. Sabia-se que ambos os trabalhos estavam corretos mas eram diferentes, e que existia uma maior identificação com a corrente humanista centrada na pessoa, apesar das duas excelentes psicólogas pertencerem a correntes mais diretivas (psicodinâmica e cognitivo-comportamental). Em certas ocasiões e por falta de experiência foram colocadas em prática algumas ajudas que as mesmas forneciam, mas sempre que possível, punha-se em prática a intervenção centrada no cliente. Ou seja, tudo aquilo que se veio a aprender ao longo dos anos de formação académica e, acima de tudo, deixar que a pessoa com quem se estava a trabalhar pudesse pensar por ela mesma e ganhar autonomia para que seguisse o seu próprio rumo sem intromissão do exterior. Mais uma vez houve críticas a esta atuação, pois pensavam que estar a dar as chamadas “respostas de compreensão empática” não iria ajudar a pessoa, podendo tornar-se numa brincadeira banal sem conteúdo terapêutico. Tentou-se explicar o nosso ponto de vista e corrigir alguns erros que pudessem ter sido cometidos nas respostas de compreensão empática que foram fornecidas durante as sessões de acompanhamento. Por vezes, implementou-se algumas formas de trabalho que a orientadora fornecia, para ver se realmente sortia mais efeito do que aquilo que estava a ser realizado. Neste ponto específico há, da nossa parte, alguma apreensão, e

incongruência. Devíamos ter acreditado mais no nosso trabalho e nas capacidades dos outros em se autodesenvolverem. Verificamos que, quando utilizávamos estratégias mais diretivas, ocorria uma alteração no curso da sessão e na relação terapêutica, não verificando por isso qualquer utilidade em utilizar em simultâneo e para o mesmo caso, diferentes abordagens terapêuticas.

Apesar de terem existido críticas, sabemos que a maioria das pessoas com quem lidamos gostaram do trabalho desempenhado. Sentiu-se isso nos últimos dias de estágio. As crianças, os membros de CAO, as educadoras do Jardim-de-infância e as suas auxiliares afirmaram que iriam sentir a nossa falta e que tinham gostado do nosso trabalho em equipa. Para além disso, questionaram sobre o futuro próximo e se o mesmo podia passar de novo por aquela instituição, dando a entender esse apreço que sentiram. Foram pessoas extraordinárias, e agradecemos por todo apoio e dedicação que demonstraram durante este período. Sem elas era impossível realizar este estágio e ter forças para continuar quando se achava que o trabalho desempenhado não era o melhor que podia ser feito.

Para além deste contributo importante, a UAL também auxiliou nos momentos em que mais houve necessidade. As aulas dos seminários de estágio que possibilitaram retirada de todas as dúvidas que tinham surgido e, algumas formas de como se haveria de compreender e lidar com os casos em questão.

No que se refere à experiência profissional e académica, ter oportunidade de estar perante todas as populações com quem o psicólogo trabalha é sem dúvida alguma uma mais-valia. Por vezes em psicologia clínica existe a ideia pré-concebida que é sempre num *setting* de consultório, de acompanhamento individual. Através deste estágio pode-se averiguar que o trabalho do psicólogo clínico é multifacetado, sendo por isso relevante que o mesmo seja aberto e recetivo a novas formas e contextos de trabalho. O psicólogo não pode estagnar num consultório, é importante que vá para além disso.

Trabalhar com crianças foi uma experiência incrível, era algo que realmente se desejava. À partida sabíamos que não ia ser uma tarefa fácil. É importante estabelecer uma relação forte com elas e falar com as mesmas da maneira que melhor entendem e se expressam, ou seja, através do brincar.

Os três casos que tivemos o privilégio de trabalhar e de expor neste relatório, foram sem dúvida dos mais difíceis que acompanhámos. A menina, a S, testou-nos vezes sem conta e parece que tinha construído uma “muralha” em torno dela e que poucos a conseguimos penetrar. Com o desenrolar das sessões, essa “muralha” foi-se dissipando

até que se conseguiu observar alguns comportamentos, atitudes e vivências que a mesma tem no seu dia-a-dia. Apesar de todo o trabalho efetuado, sabemos que a S continua a precisar de ajuda e que era fundamental a continuação do nosso trabalho com ela mas os caminhos por nós traçados fizeram com que nos separássemos. Através do contacto com esta menina podemos reter vários conhecimentos, nomeadamente a persistência, a determinação e a busca incessante de informação sobre casos idênticos ao dela.

O V deixou-nos bastante preocupadas após ser percebida toda a ansiedade, receio e angústia que o mesmo estava a passar. Mais uma vez as aulas de seminário de estágio facilitaram a compreensão do caso. Salientamos assim a importância da supervisão do trabalho clínico para o desenvolvimento de uma prática refletida e do desenvolvimento de competências de compreensão, avaliação e de intervenção clínica. Apesar das conversas que pudemos ter com a educadora do menino, sentimos que esta não compreendia as atitudes do mesmo, que o mau comportamento dele não tinha qualquer explicação e que por isso era excluído várias vezes do grupo onde estava inserido. Neste sentido, sublinhamos a importância da comunicação e trabalho conjunto não apenas com os pais mas com a escola, educadores, professores e técnicos. A perceção dos comportamentos de V de uma outra perspetiva mais compreensiva e fenomenológica por parte da comunidade educativa pode facilmente alterar suas posturas e comportamentos face ao menino, promovendo assim mudanças positivas. Neste caso, os comportamentos de V são um sintoma daquilo que ele está a sentir. Teria sido útil também para o desenvolvimento do caso que tivesse surgido uma oportunidade de falar com os progenitores do V, pondo-os a par do que se passa com o menino ajudando-os na compreensão da problemática e na criação de estratégias para lidar com a mesma.

O único caso que não houve oportunidade de fazer acompanhamento psicológico foi o do A. Contudo pôde-se efetuar a avaliação psicológica com base nos anseios expressos pela sua educadora e previamente observados por nós. Conclui-se que realmente existem dificuldades neste menino que devem ser colmatadas o mais rápido possível para que se possa promover o seu desenvolvimento ótimo em todas as áreas avaliadas. Também neste caso, o contacto e trabalho conjunto com os pais seria extremamente relevante pois permitiria sensibilizar para uma maior estimulação e autonomia do menino no seio familiar. Criar estratégias e fornecer informações que auxiliem os pais a promover um melhor desenvolvimento para o seu filho é algo que deve ser feito por o psicólogo.

Para além das crianças, o trabalho através das dinâmicas de grupo com pessoas com perturbação mental fez-nos enriquecer bastante os conhecimentos sobre esta população

em específico. Já tínhamos tido oportunidade de trabalhar neste contexto, contudo o tempo de estágio não tinha sido tão longo como este e a interação que existia era meramente presencial. Perceber as suas preocupações, as dificuldades que cada um possui, permitindo-lhes que alargassem o seu leque de conhecimentos e, de alguma maneira, ajudá-los a superar algumas adversidades que continham, fez com que enriquecêssemos os nossos conhecimentos nesta determinada área.

Fazendo agora uma reflexão pessoal sobre tudo o que ocorreu nestes meses. A nossa vida mudou por completo, tornámo-nos mais autónomas e mais ricas devido a esta experiência. As adversidades tornam as pessoas mais fortes e foi isso que nós sentimos. Trabalhar com problemáticas graves, superar os nossos receios e críticas que por vezes surgiram não foi algo fácil, no entanto com o apoio das pessoas que mais se gosta e daquelas que ao longo do percurso académico nos têm ajudado, conseguimos superar todos estes entraves tornando-nos numa pessoa mais ágil, experiente e vigorosa.

Apesar das limitações (diferentes abordagens teóricas, não contacto com as famílias para recolha de dados clínicos e elaboração das problemáticas conjuntamente) conclui-se que esta experiência foi bastante positiva e enriquecedora. Conseguiu-se cumprir grande parte dos objetivos que tinham sido delineados no início do estágio (apenas não se observou, avaliou e acompanhou psicologicamente as pessoas pertencentes à Unidade de Cuidados de Saúde Continuados, e se efetuou dinâmicas com idosos) e, inclusive, acrescentar outras experiências que se pensou não ser possível de concretizar (como é o caso das avaliações psicológicas no NRP).

Referências Bibliográficas

- Aguirre, E., Woods, B., Spector, A. E., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 253–262. Doi: doi:10.1016/j.arr.2012.07.001
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios Familiares* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, Estados Unidos: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Press.
- Anstendig, K. (1998). Selective Mutism: A review of the treatment literature by modality from 1980-1996. *Psychotherapy*, 35(3), 381-391.
- Arcaro, N. T., Herzberg, E., & Trinca, W. (1999). O psicodiagnóstico infantil no atendimento psicológico a populações carentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 37-52.
- Axline, V. M. (1947). *Play Therapy*. Cambridge, Inglaterra: Houghton Mifflin.
- Axline, V. M. (1973) *Dibs: Em busca de si mesmo*. São Paulo, Brasil: Círculo do Livro (Obra original publicada em 1964)
- Bandeira, A., Barreira, J. L., & Matos, P. (2007). Prevalência da enurese noturna em crianças em idade escolar na zona Norte de Portugal. *Nascer e Crescer*, 16(2), 65-69.
- Barcalow, K. (2006). Oppositional Defiant Disorder: Information for School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 22(1), 9-16.
- Barros, L. (2004). *Perturbações de eliminação na infância e na adolescência*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI EDITORES
- Bonoti, F., Leondari, A., & Mastora, A. (2013). Exploring children's understanding of death: through drawings and the Death Concept Questionnaire. *Death Studies*, 37(1), 47-60. doi: 10.1080/07481187.2011.623216
- Bozarth, J. (2002). *Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário*. Lisboa, Portugal: Edial. (Obra original publicada em 1998)
- Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0089440>

- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
- Brites, R. S. R., & Pires, M. R. T. (2008). A ética e o processo de avaliação psicológica. *Anais - Série de Psicologia – Psique*, 4(4), 145 – 156.
- Cepeda, L. M., & Davenport, D. S. (2006). Person-centered therapy and solution-focused brief therapy: an integration of present and future awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 1-12. doi: 10.1037/0033-3204.43.1.1
- Clare, L., & Woods, R. T. 2004. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer’s disease: a review. *Neuropsychological Rehabilitation* 14(4), 385–40. Doi: 10.1080/09602010443000074
- Cochran, N. H., Nordling, W. J., & Cochran, J. L. (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. Nova Jérсия, Estados Unidos: John Wiley & Sons
- Coelho, H., & Graça, R. (1993). *Provas de Diagnostico Pré-escolar de Maria Vitoria de La Cruz*. Lisboa, Portugal: Cegoc – tea.
- Coelho, V. (2012). Retrato de uma profissão: quem somos, quantos somos?. *PSIS* 21, 3, 20-23.
- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1085–1097. Doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01662.x
- Cooper, M., O’Hara, M., Schmid, P. F., & Bohart, A. (2013). *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling* (2nd Ed.). Nova Iorque, Estados Unidos: Palgrave Macmillan
- Corman, L. (1979). *O Teste do Desenho da Família*. São Paulo: Mestre Jou
- Costa, T. (2006). Enurese nocturna: Fisipatologia e tratamento. *Nascer e Crescer*, 15(3), 174-179
- Cuddy-Casey, M. (1997). A case study using child-centered play therapy approach to treat enuresis and encopresis. *Elementary School Guidance & Counseling*, 31(3), 220-226
- Fall, M., Navelski, L. F., & Welch, K. K. (2002). Outcomes of a play intervention for children identified for special education services. *International Journal of Play Therapy*, 11(2), 91-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0088866>

- Fazenda, I. (2006). Saúde Mental: do Hospital à Comunidade, dos Cuidados à Cidadania. In Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Ed.), *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania* (pp. 6-15). Lisboa, Portugal: Tipografia Marcalo
- Ferreira, S., Nogueira, S., Fernandes, B. (2011). “O meu filho põe-me à beira de um ataque de nervos” – A perturbação de oposição e desafio. *Saúde Infantil*, 33(2), 70-75.
- Fine, S. (2013). A critical look at psychological testing in Israel and comparisons with its European neighbors. *International Journal of Testing*, 13, 249–271. Doi: 10.1080/15305058.2012.716803
- Flykt, M., Lindblom, J., Punamäki, R., Poikkeus, P., Repokari, L., Unkila-Kallio, L., Vilksa, S., Sinkkonen, J., Tiitinen, A., Almqvist, F., & Tulppala, M. (2011). Prenatal expectations in transition to parenthood: Former infertility and family dynamic considerations. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 31-44. doi: 10.1037/2160-4096.1.S.31
- Fonseca, C. B. (2002). Enurese nocturna – prevalência na comunidade. *Rev Port Clin Geral*, 18, 155-61.
- Franco, V., Melo, M., & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. *Educar em Revista*, 43, 49-64.
- Freire, E. S., Koller, S. H., Piason, A., & Silva, R. B. (2005). Person-Centered therapy with impoverished, maltreated, and neglected children and adolescents in Brazil. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(3), 225-237.
- Frick, P. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Can J Psychiatry*, 46, 597-608.
- Garza, Y., & Bratton, S. C. (2005). School-based child-centered play therapy with hispanic children: outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14(1), 51-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0088896>
- Guerney, L. (1983). Play therapy with learning disabled children. In C. E. Schaefer & K. L. O'Conner (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 419-435). Nova Iorque, Estados Unidos: Wiley.
- Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito F., & Nicholson, J. M. (2013). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child: care, health and development*, 40(3), 327–336. Doi: 10.1111/cch.12028

- Görür, S. (2013). Letter to the Editor: Prevalance of enuresis nocturna among a group of primary school children living in Diyarbakir. *Turkish Journal of Urology*, 39(3). doi:10.5152/tud.2013.043
- Gomes, C. A., Henriques, S., Tavares, A., & Fonseca, C. Enurese em crianças portuguesas – prevalência e relação com hábitos de sono e pesadelos. *Rev Port Med Geral Fam*, 28, 338-42
- Green, E. J., Fazio-Griffith, L., & Parson, J. (2015). Treating Children With Psychosis: An Integrative Play Therapy Approach. *International Journal of Play Therapy*, 24(3), 162–176. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039026>
- Gür, E., Turhan, P., Günay, C., Akkus, S., Sever, L., GüzelÖz, S., Çifçili, S., Arvas, A. (2004). Enuresis: Prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey. *Pediatrics International*, 46, 58-63.
- Griffiths R. (1984). *The abilities of young children*. Londres, Inglaterra: The Test Agency Ltd.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa, Portugal: EDIUAL
- Homeyer, L. E., & Morrison, M. O. (2008). Play Therapy – Practice, issues, and trends. *American Journal of Play*, 1(2), 210-228.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149. doi:10.1037/0022– 0167.38.2.139
- Huey, D. A. & Britton, P. G. (2002). *A portrait of clinical psychology*. *Journal of Interprofessional Care*, 16(1), 69-78. doi: 10.1080/13561820220104186
- Jackson, Y., Alberts, F. L., & Roberts, M. C. (2010). Clinical Child Psychology: A Practice Specialty Serving Children, Adolescents, and Their Families. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4(1), 75-81. doi: 10.1037/a0016156
- Jafari, N. J., Mohammadi, M. R. M., Khanbani, M., Farid, S., & Chiti, P. (2011). Effect of Play Therapy on Behavioral Problems of Maladjusted Preschool Children. *Iran J Psychiatry*, 6, 37-42.
- James, R. L., & Roberts, M. C. (2009). Future directions in clinical child and adolescent psychology: a delphi survey. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1009-1020. doi: 10.1002/jclp.20604

- Jones, E. M., & Landreth, G. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy, 11*(1), 117-140. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0088860>
- Karakaya, I., Şişmanlar, S. G., Öç, O. Y., Memik, N. C., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., & Yavuz C. I. (2008). Selective mutism – A school-based cross-sectional study from Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(2), 114-117. Doi: 10.1007/s00787-007-0644-x
- Kool, R., & Lawver, T. (2010). Play therapy: Considerations and Applications for the Practitioner. *Psychiatry (Edgemont), 7*(10), 19–24
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: a population-based study: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(2), 257-262. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01859.x
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H., & Somppi, V. 1998. Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(1), 24-29.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of Selective Mutism. *CNS Drugs, 16*(3), 175-180. Doi: 10.2165/00023210-200216030-00004
- Kurlowicz, L. & Wallace, M. (1999). The Mini Mental State Examination (MMSE). *The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 3*, 1-2.
- Landreth, G. L. & Sweeney, D. S. (1997). Child-Centered Therapy. In K. J. O'Connor, & L. M. Braverman (Eds.), *Play Therapy Theory and Practice: A Comparative Presentation* (chapter 1). Nova Jérsea, Estados Unidos: John Wiley & Sons
- Landreth, G. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). Londres, Inglaterra: Routledge.
- Laptook, R. (2012). Prevalence, assessment, and treatment of selective mutism: Heterogeneity in clinical presentations. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, 28*(2), 3-5. doi: 10.1002/cbl.20157
- Lemmens, M. (2011). Parent effectiveness training. *Issues in Mental Health Nursing, 32*(2), 137-139. doi: 10.3109/01612840.2010.505314.
- Lundh, L. (2012). Nondirectivity as a therapeutic stance, and dimension of therapeutic relating. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 11*(3), 225-239. doi: 10.1080/14779757.2012.700284
- Machado, M. (2012, Maio 20). Compreender a terapia familiar. *Portal do Psicólogo*. Retrieved from http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0626

- Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil – conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 669-676
- Melo, K. M., & Carvalho, B. T. C. (2007). Síndrome de DiGeorge: Aspectos clínico-imunológicos e manejo. *Rev. bras. alerg. imunopatol*, 30(2), 47-50.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W. & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: a review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56(2), 128-165. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(4), 537-544.
- Murray, H. A. & Colaboradores. (2004). *Manual TAT, CAT, SAT – Técnicas Projectivas* (5th ed.). Madrid: TEA Ediciones
- Murugesan, G., Amey, C. G., Deane, F. P., Jeffrey, R., Kelly, B., & Stain, H. (2007). Inpatient psychosocial rehabilitation in rural NSW: assessment of clinically significant change for people with severe mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(4), 343-350. Doi: [10.1080/00048670701213260](http://dx.doi.org/10.1080/00048670701213260)
- Nakao, K., Takaishi, J., Tatsuta, K., Katayama, H., Iwase, M., Yorifuji, K., & Takeda, M. (2000). The influences of family environment on personality traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 91-95.
- Nigussie, B. (2011). Efficacy of play therapy on self-healing and enhancing life-skills of children under difficult circumstances: the case of two orphanages in addis ababa, ethiopia. *Ethiopian Journal of Education and Sciences*, 6(2), 51-56.
- Norfolk, S., & Wootton, J. (2012). Nocturnal enuresis in children. *Nursing Standard*, 27(10), 49-56.
- Olivera, J., Braun, M., Penedo, J. M. G., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505-516. doi: [10.1037/a0033359](http://dx.doi.org/10.1037/a0033359)
- Onder, G., Zanetti, O., Giacobini, E., Frisoni, G.B., Bartorelli, L., Carbone, G., Lambertucci, P., Silveri, M. C., & Lambertucci, B. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 450–455.

- Ordem dos Psicólogos (2015). *Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses*. Retrieved from: https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico
- Ortega, A. C. (1981). O Desenho da Família como técnica objetiva de investigação psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33(3), 73-81
- Ozden, C., Ozdal, O. L., Altinova, S., Oguzulgen, I., Urgancioglu G., & Memis, A. (2007). Prevalence and associated factors of enuresis in Turkish children. *International Braz J Urol*, 33(2), 216-222
- Paladino, C. E. (1983). Psicología clínica infantil: Exigencias que plantea su ejercicio. *Revista de Psicología*, 9, 1-3.
- Papp, L. M., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2004). Mothers' and fathers' psychological symptoms and marital functioning: examination of direct and interactive links with child adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 469-482. Doi: 1062-1024/04/1200-0469/0
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista Saúde Pública*, 39(6), 918-923
- Pereira, M. G., & Morais, A. P. (2007). Impacte do conflito familiar na saúde. In M. G. Pereira (Ed.), *Psicologia da saúde familiar: Aspectos teóricos e investigação* (Chapter 3). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores
- Pereira, C., & Fernandes, A. (2001). Terapêutica Farmacológica nas Perturbações do Desenvolvimento Infantil — Generalidades. *Acta Pediatr. Port.*, 32(1), 51-5
- Pires, P. (2003/2004). O psicodiagnóstico em contexto do Counselling centrado na pessoa. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 11/12, 71-87
- Ray, D. C. (2007). Two Counseling Interventions to Reduce Teacher-Child Relationship Stress. *Professional School Counseling*, 10(4), 428-440
- Ray, D. C., Blanco, P. J., Sullivan, J. M., & Holliman, R (2009). An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*, 18(3). 162-175. doi: 10.1037/a0014742
- Ray, D. C. & Bratton. S. C. (2010). What the research shows about play therapy: twenty-first century update. In J. N. Baggerly, D. C. Ray, & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (Chapter 1). Hoboken, Estados Unidos: JohnWiley & Sons

- Ray, D., Bratton, S., Rhine T., & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 85-108. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0089444>
- Ray, D. C., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95–111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1555-6824.16.2.95>
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias: Discurso e perspectivas em terapia familiar*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Ribeiro, J. P., & Leal, I. P. (1996). Psicologia clínica da saúde. *Análise Psicológica*, 4(14), 589-599
- Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. *Paidéia*, 24(59), 331-339. Doi: 10.1590/1982-43272459201407
- Rogers, C. R., & Kinget, G. M. (1997). *Psicoterapia e relações humanas: Teoria e prática da terapia não diretiva*. Belo Horizonte, Brasil: Interlivros
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science* (pp. 184-256). Nova Iorque, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (2003). *Client Centred Therapy*. Londres, Inglaterra: Constable & Robinson. (Obra original publicada em 1951)
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Santos, C. (2005). Abordagem centrada na pessoa: relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(2), 18-23.
- Schottelkorlo, A. A., & Ray, D. C. (2009). ADHD Symptom Reduction in Elementary Students: A Single-Case Effectiveness Design. *Professional School Counseling*, 13(1), 11-22.
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter C., & Lilly J. P. (2003). effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 7-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0088869>

- Shen, Y. (2002). Short-Term Group Play Therapy with Chinese Earthquake Victims: Effects on Anxiety, Depression, and Adjustment
- Shreeram, S., He, J., Kalaydjian, A., Brothers, S., & Merikangas, K. R. (2009). Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(1), 35–41. doi:10.1097/CHI.0b013e318190045c
- Silva, A., Freitas, A., Oliveira, P., & Machado, E. (2004). Enurese: Prevalência e factores associados em crianças em idade escolar (primeiro ciclo) – estudo epidemiológico. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35, 413-419.
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40(3), 179–186. doi: 10.1080/00050060500243426
- Strickland, B. R. (Ed.). (2001). *The Gale encyclopedia of psychology* (2nd ed.). Farmington Hills, Estados Unidos: Gale Group
- Swank, J. M., & Shin, S. M. (2015). Nature-based child-centered play therapy: an innovative counseling approach. *International Journal of Play Therapy*, 24(3), 151-161. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0039127>
- Teves, C. M. *Uma Viagem entre satisfação e proximidade conjugais e aliança parental* (Tese de Mestrado). Lisboa, Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53 – 83. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0089443>
- Ulbricht, J. A., Ganiban, J. M., Button, T. M., Feinberg, M., Reiss, D., & Neiderhiser, J. M. (2013). Marital adjustment as a moderator for genetic and environmental influences on parenting. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 42-52. doi: 10.1037/a0031481.
- Universidade Autónoma de Lisboa - UAL. (2015, Setembro 4). *Regulamento Geral de Mestrados e Doutoramentos*. Retrieved from: http://autonoma.pt/resources/docs/universidade_autonoma/departamentos/ciencias_da_comunicacao/mestrado/regulamento/regulamento_de_mestrado.pdf?mid=519
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-III: Escala de Inteligência para adultos – 3ª edição*. Lisboa: CEGOC-TEA

- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, doi:10.1002/14651858.CD005562.pub2
- World Health Organization (2001). *Relatório mundial da saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, Suíça: World Health Report