

# **CASO CLÍNICO: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE UMA CRIANÇA COM CAPACIDADE LÚDICA INIBIDA**

(2007)

**Camilla Volpato Broering  
Grazielle Rocha França**  
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Email:  
[grazirf@yahoo.com.br](mailto:grazirf@yahoo.com.br)

---

## **RESUMO**

No contexto psicoterápico a criança brinca, verbaliza, desenha, dramatiza e expressa seus sentimentos e problemas. Às vezes, a criança não consegue expressar o que sente porque sua capacidade lúdica está inibida devido à psicopatologia que se manifesta. Para instrumentalizar o acesso à capacidade lúdica os psicólogos podem utilizar a Hora de Jogo Diagnóstica (Woscoboinik et al., 1981), a fim de conhecer a realidade que a criança trazida à consulta apresenta. A metodologia de tal recurso consiste em observar o brincar por meio dos indicadores da hora de jogo. Além deste recurso, a anamnese infantil deve ser levada em conta, pois é por meio dela que os psicólogos têm acesso às informações sobre a criança, o meio em que ela vive, sua história de vida, suas reações passadas e presentes. A hora de jogo permite aos psicólogos prever o curso do caso, fazer os encaminhamentos necessários e principalmente, direcionar a atuação buscando recuperar os aspectos menos preservados da criança, a fim de resgatar o seu desenvolvimento. Deste modo, o presente artigo procurará exemplificar a Hora de Jogo Diagnóstica por meio da apresentação de um caso clínico, de um menino de 9 anos de idade, com capacidade lúdica inibida. Seu desenvolvimento foi interrompido pelo assassinato de sua mãe por meio de seu próprio pai, passando ele então, a residir num orfanato, seguido de um processo de adoção frustrado. Segundo a anamnese infantil e os indicadores da hora de jogo, hipóteses diagnósticas de stress pós-traumático, comportamento agressivo, enurese noturna, dificuldade em manter a atenção e retraimento social foram levantadas, como consequência da ruptura do laço familiar, do abandono e da adoção. Em função de tais hipóteses, a criança foi encaminhada em situação de urgência para psicoterapia individual, para que a intervenção clínica pudesse contribuir para a elaboração de suas perdas.

**Palavras-chave:** Avaliação psicológica, Hora do jogo diagnóstica, hipóteses diagnósticas e encaminhamentos

## **INTRODUÇÃO**

O presente artigo tem como objetivo apresentar um caso clínico, de um menino de nove anos de idade, com capacidade lúdica inibida. A fim de conhecer a realidade do garoto trazido à consulta, utilizou-se a Hora de Jogo Diagnóstica (Woscoboinik et al., 1981), cuja metodologia consiste em observar o brincar da criança por meio dos indicadores da hora de jogo.

O atendimento foi realizado como atividade curricular para a Disciplina de Psicologia Clínica, no Laboratório de Desenvolvimento Humano, da Clínica de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

O garoto chegou à Clínica por indicação de uma aluna do Curso de Psicologia, que trabalha com sua tia adotiva, com a queixa de “ele é agitado quando sai de casa” (sic). Devido a sua história de vida conflituosa, apresenta dificuldades em se expressar emocionalmente, capacidade lúdica inibida, decorrentes das psicopatologias que manifestam e comprometem sua personalidade.

A seguir, identificar-se-á a criança, contar-se-á alguns fatos relevantes de sua história de vida (Anamnese Infantil), apontar-se-á os indicadores da Hora de Jogo Diagnóstica e seus significados (Woscoboinik et al., 1981), nomear-se-á as hipóteses diagnósticas e os encaminhamentos, e por fim, discutir-se-á o caso clínico, fazendo uma correlação entre o que se percebe e o que apontam as literaturas psicanalítica e psiquiátrica.

### **Dados de identificação**

M., 09 anos, Segunda-série do Ensino Fundamental de uma Escola Pública, reside com uma tia adotiva e dois primos.

### **Motivo da consulta**

“M. não se dá bem com a professora. Ele é agitado quando sai de casa, nem parece o mesmo, vira outro” (Segundo relato da tia responsável pela criança).

### **Anamnese infantil**

M. nasceu aos 18 dias do mês de fevereiro do ano de 1992, apresenta pele em tonalidade mulata, é brasileiro e cursa a segunda série, do ensino fundamental, numa escola pública, localizada em uma cidade do litoral de Santa Catarina.

M. foi trazido à clínica por sua tia, com a qual não tem laços parentais, porém, é ela quem o educa e lhe dá na medida do possível, o que é necessário. Devido a pouca ligação que possui com ele, a tia não soube informar sobre o nascimento, a gestação e o desenvolvimento do garoto.

O fator relevante que ela trouxe foi o fato de que M. aos três anos de idade, juntamente com sua irmã (na época com 1 ano e 5 meses), presenciou o assassinato de sua mãe por seu próprio pai. A mãe foi asfixiada, permanecendo em casa com M. e sua irmã, por três dias consecutivos, até que a vizinhança percebesse que algo estava errado com o sumiço da mãe e com o choro das crianças. O pai de M. fugiu após o assassinato, e nunca mais teve contato com o garoto.

Após a morte da mãe, M. ficou vivendo em um orfanato. Depois de um ano do ocorrido, foi adotado. Na sua família adotiva (na qual seu pai adotivo era o irmão da tia que o trouxe à clínica), ele apanhava muito, era deixado para fora de casa, não era alimentado, segundo a tia que respondeu à entrevista. Todos esses maus tratos eram protagonizados especialmente, pelas duas mulheres que seu pai adotivo conviveu neste período, as quais o detestavam, chamando-o de “diabinho”, e afirmando que “ele deveria morrer” (segundo relato da tia que o trouxe à clínica).

Conforme sua tia, a empregada doméstica da casa de seu irmão, relatou os maus tratos que M. sofria, o que fomentou a vontade de adotá-lo, porém, sem partir para os trâmites legais da adoção, alegando que “demora muito e eu não tenho tempo para perder com isso... se fosse rápido eu o adotaria” (sic).

M. reside com a tia que afirma ser casada, apenas por aparências, afirmando “nem conversar com seu marido”. “Não me separo dele por causa de meus filhos, é com ele que as crianças ficam enquanto eu trabalho” (sic). A tia tem dois filhos biológicos com seu marido, um com nove e outro com dois anos de idade.

Quanto à escolaridade, M. “vai bem” na escola, gosta de estudar, apesar de ser bagunceiro, e por isso, “já levou três dias de suspensão” (sic). Ele fala corretamente, havendo apenas a necessidade de uso de aparelho ortodôntico, identificado na escola, o qual, sua tia alega não ter condições financeiras para pagá-lo.

A rotina do garoto consiste em acordar por volta das nove horas, brincar um pouco, almoçar, e ir para a escola. Em seu tempo livre, assiste novelas, filmes e desenhos animados. Sempre dorme por volta das 22 horas. Gosta muito de brincar de bola de gude e de andar de bicicleta.

M. dorme no quarto de sua tia, enquanto, as outras crianças dormem no quarto do marido dela. O tio do garoto apenas cuida das crianças. A tia é vendedora de bolsas numa loja.

Segundo relato da tia de M., ele é um “avião” (sic), agitado, “tem alguns costumes de moleque de rua” (sic). “Ele deve se sentir livre quando sai de casa... ele se transforma, é outra pessoa... ele deve ter dupla personalidade, normal ele não é... os meus não são assim... nunca foram” (sic).

Ainda, a tia afirmou que M. não se relaciona bem com as professoras, é muito mal-criado e agressivo com ela e com os colegas de sala de aula.

A tia comentou que o garoto “faz xixi na cama à noite” (sic). Contou que M. costuma esconder o colchão e as roupas molhadas, colocando várias cobertas em cima da cama.

Os únicos parentes vivos e conhecidos de M. são um avô, não se sabe se paterno ou materno, que não quer manter nenhum contato com o garoto; e a sua irmã, a qual foi adotada por outra família.

## **AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

### **1) Uso de instrumento: Indicadores da Hora de Jogo Diagnóstica**

Para Woscoboinik et al. (1981), a Hora de Jogo Diagnóstica constitui um recurso ou instrumento técnico que o psicólogo utiliza dentro do processo de psicodiagnóstico, com a finalidade de reconhecer a realidade da criança que foi trazida à consulta.

Woscoboinik et al. (1981) aponta que a Hora de Jogo Diagnóstica deve ter começo, desenvolvimento e fim em si mesma, sendo que a mesma opera como uma unidade, e deve ser interpretada como tal.

A hora de Jogo Diagnóstica de M. ocorreu em duas sessões. Numa sala de desenvolvimento humano da instituição das pesquisadoras estavam os seguintes brinquedos: materiais estruturados relacionados à escola (lápiz de cor, giz de cera, tesoura, papel ofício, canetinha); jogos diversos (Cara-a-Cara, varetas, dominós de bichos, dominós de figuras geométricas); quebra-cabeças; família de bonecos articulados; fantoches em forma de pessoas e de bichos; cozinha e utensílios de casinha; casinha da Ludoterapia; além de brinquedos, como “as montanhas-russas” (sic) e os colchonetes.

Assim, de acordo com a Hora de Jogo Diagnóstica que M. realizou, os indicadores apontados são:

- a) Escolha de brinquedos e de brincadeiras:** Tal indicador está relacionado com as características individuais, que a criança apresenta na hora de jogo diagnóstica. Em se tratando desta modalidade de abordagem do brinquedo, M. apresentou-se como dependente na maior parte do tempo. Nas brincadeiras de fantoches, Cara-a-Cara e dominó, M. necessitava de intervenção e permissão quando queria trocar de brinquedo. Por vezes, tinha a iniciativa de pegá-los, mas não falava nada, apenas olhava para as pesquisadoras, como se pedisse uma autorização com os olhos.
- b) Modalidades de brincadeiras:** Este indicador se refere à forma em que o ego manifesta a sua função simbólica. Conforme Woscoboinik et al. (1981), cada sujeito

estrutura o seu brincar de acordo com uma modalidade que lhe é peculiar, e que lhe implica num traço caracterológico. Quanto à criança, M. tinha uma brincadeira organizada, apesar de não conseguir expressar sua vida emocional através de diversos conteúdos de brincar. No seu caso, encontra-se a modalidade de plasticidade, que se refere à expressão de fantasias ou defesas através de mediadores diferentes, ou uma grande riqueza interna por meio de poucos elementos que cumprem variadas funções. M. expressava a sua plasticidade por meio de mediadores diferentes, ou seja, de vários brinquedos.

- c) **Personificação:** Woscoboinik et al. (1981) mostra que se trata da capacidade de atribuir ou assumir papéis de forma dramática. Através da manipulação de fantoches, percebemos que M. não apresenta habilidades para assumir, nem para delegar papéis. Por ser um púbere, está absolutamente de acordo com sua idade, pois “no brincar de pré-púberes observa-se uma inibição desta capacidade porque se torna possível a atuação real de suas fantasias” (Woscoboinik, 1981, p. 178).
- d) **Motricidade:** É um indicador que aponta a adequação da motricidade da criança à etapa evolutiva que atravessa. Quanto aos indicadores de M., pode se perceber que ele se movimentou pela sala (deslocamento geográfico), manipulou objetos, encaixou peças do quebra-cabeça (encaixe, prensão e manejo), utilizou as mãos esquerda e direita (alternância de membros), movimentou-se para os lados, sentou-se, agachou-se (movimentos voluntários e involuntários), e não exagerou no ritmo dos movimentos.
- e) **Criatividade:** É a capacidade de criar, de unir ou relacionar elementos dispersos num elemento novo e diferente. Para tal, exige-se um ego elástico, capaz de abertura para experiências novas, tolerante a não estruturação do campo. Para M. há uma dificuldade em manifestar e desenvolver a criatividade. Brincando com os fantoches, o garoto verbalizava para as pesquisadoras, “eu não sei o que eu falo” (sic).
- f) **Tolerância à frustração:** Este indicador é detectado na Hora do Jogo pela capacidade de aceitar as instruções, com as limitações que elas impõem (o estabelecimento de limites e a finalização das tarefas) e pelo desenvolvimento da atividade lúdica (pela maneira de enfrentar as dificuldades inerentes à atividade que se propõe realizar). Assim, M. manifestou tolerância à frustração, porém, em alguns momentos dos jogos demonstrou impaciência em esperar a sua vez, e vontade de burlar as regras.
- g) **Capacidade simbólica:** Woscoboinik et al. (1981) afirma que o brincar é uma forma de expressão da capacidade simbólica e a via de acesso às fantasias inconscientes. Pelo brincar a criança consegue a emergência dessas fantasias, através dos objetos suficientemente afastados do conflito primitivo, e que cumprem o papel de mediadores, aqueles que possibilitam a elaboração secundária de expressar a fantasia. No caso de M., no que se refere à riqueza expressiva, percebemos que não havia a busca de

suportes materiais que veiculassem suas fantasias e seus conflitos. O garoto se expressa verbalmente muito pouco nas brincadeiras. Quanto à capacidade intelectual, percebe-se que M. evidencia uma discriminação e manipulação da realidade adequada a sua idade evolutiva.

- h) Adequação à realidade:** M. mostrou-se adequado à realidade, tanto na aceitação do enquadramento espaço-temporal, quanto na possibilidade de colocar-se em seu papel e aceitar o papel do outro.

## 2) Questionário complementar escolar

O questionário complementar escolar é o roteiro de perguntas que aborda o comportamento da criança em sala de aula. Por meio deste questionário, a professora informou que M. “é um aluno que gosta de fazer gracinhas perante a turma. É um pouco agitado, mas vem demonstrando melhora no comportamento depois que mudou de família. Às vezes, é inconveniente” (sic).

A professora relatou que quando chama a atenção de M., “ele ri, nem se preocupa” (sic); “é uma criança sozinha, pois ele debocha de tudo o que os colegas falam” (sic). Contou que o relacionamento entre eles melhorou “quando disse que gostava muito dele, e que não queria que ele ficasse me incomodando” (sic).

Ainda, a professora relatou que todos os profissionais da escola sabem dos problemas que o garoto vem enfrentando, e por isso, compreendem suas atitudes. Falou que o desempenho de M. é muito bom. “Ele tem interesse em aprender, é inteligente, e tem um ótimo raciocínio” (sic).

## HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Diagnóstico é uma palavra que significa reconhecimento. O diagnóstico infantil é construído por meio da queixa principal, das próprias falas do paciente, de seus responsáveis, e da escola, bem como, dos comportamentos observados durante as sessões de Hora de Jogo Diagnóstica.

De acordo com as informações coletadas, recebidas e verificadas pelas pesquisadoras, levantar-se-ão as seguintes hipóteses diagnósticas apresentadas por M.:

- Comportamento agressivo;
- Dificuldade em manter a atenção;
- Dificuldade no controle dos esfíncteres (Enurese Noturna);
- Stress pós-traumático;

- Retraimento (Vivência da perda da mãe, separação dos pais e da irmã, ruptura de laço familiar, abandono e desapego, e adoção).

## ENCAMINHAMENTOS

De acordo com Cunha (1997), os pacientes dificilmente chegam a solicitar uma consulta psicológica. Geralmente, o encaminhamento é feito por um profissional, amigo ou parente. Quanto se trata de um profissional, no caso, um psicólogo, Cunha (1997) sugere que o mesmo deve agradecer o encaminhamento e se colocar disponível para maiores esclarecimentos. Quanto às pessoas, amigos ou parentes, o profissional da Psicologia deve encerrar o processo com uma entrevista devolutiva de informação a respeito do paciente.

M. foi encaminhado para a Clínica de Psicologia da UNIVALI por uma estudante da universidade, que trabalha com sua tia. Assim, não há nenhum laudo para ser encaminhado para outro profissional da área da saúde. Então, frente ao caso atendido, elaborou-se os seguintes encaminhamentos:

- Psicoterapia para a criança;
- Psicoterapia para a tia;
- Orientação para a escola e para a tia do garoto.

## DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

A tia de M. chegou a Clínica de Psicologia se queixando que o garoto não se dava bem com a professora. M. é descrito por ela como um garoto agitado, que quando sai de casa “não parece o mesmo, vira outra pessoa” (sic). Assim, de acordo com a queixa apresentada levantou-se a hipótese diagnóstica de Transtorno de Conduta.

Soifer (1992) propõe o agrupamento dos sintomas que definem o Transtorno de Conduta, segundo os mecanismos de defesa que os determina, conforme a seguinte classificação:

- Sintomas derivados do predomínio dos mecanismos esquizóides: Autismo, simbiose, esquizofrenia infantil e do adolescente, oligotimia, auto-agressões, estados depressivos, hipomania;
- Sintomas derivados do predomínio dos mecanismos de angústia e áreas confusionais: Birras, caprichos, impulsos, crises de cólera, ausência, hipercinesia, convulsões, equivalente epilético, dores de cabeça, tiques nervosos;
- Sintomas derivados do predomínio dos mecanismos paranóides: Suscetibilidade, irritabilidade, indisciplina;

- Sintomas derivados do predomínio de mecanismos obsessivos: obsessões, rituais, oposicionismo, desobediência, neurose obsessiva;
- Sintomas derivados do predomínio de mecanismos de recalçamento e da angústia de castração: histeria de angústia infantil, enfermidade fóbica crônica ou aguda, manifestações histéricas, neurastenia;
- Sintomas derivados do predomínio dos desvios da libido: travestismo, tendências homossexuais, genitalização precoce, fetichismo;
- Sintomas derivados do predomínio de mecanismos psicopáticos: destrutividade, condutas sádicas, roubo, mentiras, dependência de drogas.

Dentre os sintomas do Transtorno de Conduta, enfatizar-se-á a agressividade infantil, a qual se manifesta por meio de crises de cólera, ataques físicos a outras pessoas: bater, atirar coisas, extenuar, beliscar, morder, puxar o cabelo, ameaçar com objetos cortantes, ou assumir características destrutivas, rasgando, dilacerando, jogando pela janela objetos próprios ou alheios.

Soifer (1992) afirma que a impulsão se desencadeia por causa das angústias confusionais, ou seja, são uma mescla da ansiedade de perda e da ansiedade paranóide, originando-se então, dos sentimentos de impotência e raiva, inveja e ciúme, que ocorrem frente a situações carenciais, nas quais a criança não pode resolver a problemática que lhe propõe as circunstâncias que está vivendo.

A autora ainda afirma que a situação agressiva sustenta-se dos mecanismos esquizóides, assumindo a forma da identificação maníaca com o perseguidor, enquanto que as partes dissociadas do ego são identificadas projetivamente com o mundo externo. A mania, a onipotência, e a negação aliam-se aos outros mecanismos e conferem a intensidade particular que caracteriza a impulsão.

De acordo com Ajuriaguerra (1992), ninguém pode negar a agressividade do homem, já que somos testemunhas e vítimas permanentes dela. No entanto, durante muito tempo a criança foi considerada um ser puro e doce; e as suas reações agressivas foram amenizadas. Atualmente, sabemos que desde muito cedo se manifestam pulsões agressivas, porém, podem ser consideradas como um estágio passageiro ou como parte da evolução individual.

Foi a Psicanálise que valorizou a importância da agressividade no desenvolvimento, utilizando termos como pulsão de morte, pulsão de destruição, pulsão de agressão. Freud, citado por Ajuriaguerra (1992), introduz a noção de pulsão de morte, instinto de morte que investe o objeto e o ego, bem como a libido, o que representa a tendência fundamental de todo o ser vivo de retornar ao estado inorgânico.

Estudando a agressividade em crianças, Lebovici (1992), também citado por Ajuriaguerra (1992), admite que suas manifestações sejam monótonas, unívocas e evolutivas. O autor as considera relativas não só quanto às condições externas, como também, àquelas que foram sendo

internalizadas, tais como as que são constituídas a partir da história dramática individual da relação objetal diferenciada paulatinamente. Assim, a criança pode ser agressiva na sua maneira de comer, de dormir, de se movimentar e de controlar seus esfíncteres. Mais tarde ela pode ser agressiva através de cóleras mais ou menos violentas; no âmbito escolar, sobre a forma de recusas, de oposição e negativismo; no plano social, sob a forma de brutalidade, de destruições ou vandalismo.

O que entra em discussão é a existência ou não de um instinto inato de agressão, sendo que alguns autores consideram que os impulsos agressivos fazem parte de uma constituição de homem, e outros, que é reativa. Seja o que for, sabemos que a agressão está em todos os homens e que são encontradas desde as fases mais precoces da vida da criança.

Ajuriaguerra (1992), afirma que as reações psicoemocionais constituem relação e a criança através do seu corpo, exprime-se, chama ou protesta como uma relação contra o mal-estar e o desconforto.

Assim, existem, pois, durante o desenvolvimento da criança e no âmbito de uma normalidade psicofisiológica, formas de reação agressiva imediata, formas de reação agressiva adiada, e uma agressividade posterior socializada.

Na escola, às vezes, M. é agressivo com a professora e com os colegas. A agressividade também foi uma hipótese diagnóstica levantada.

Durante as sessões de Hora de Jogo Diagnóstica, M. apresentou-se um pouco tímido. Falava pouco, porém, exercia um contato visual muito intenso, sorrindo constantemente. Quando era perguntado sobre seus pais biológicos, ele pouco respondia, alegando não recordar dos acontecimentos. A tia do garoto nos disse que em casa ele também fala pouco. Às vezes, conta algo sobre a escola, mas fala muito pouco.

A partir dos pontos elencados acima, chega-se à hipótese diagnóstica de timidez e retraimento. Consoante Soifer (1992) a timidez e o retraimento aparecem como traços habituais em crianças de dois anos de idade em diante, ao se encontrarem diante de pessoas desconhecidas, mas costuma se instalar, como características de conduta, nas crianças que depois desenvolvem quadros fóbicos.

Fenichel (1991), citado por Soifer (1992), assinala que a psicopatologia deste sintoma ocorre pelo recalçamento do exibicionismo e do escotofilia, tendências características do segundo e terceiro anos de vida. Efetivamente, são as crianças que coram e se escondem quando lhes falam indivíduos que não correspondem ao seu mundo social imediato. O rubor corresponde ao sentimento de vergonha, ou seja, formação reativa contra a sexualidade perverso-polimorfa, pois o exibicionismo e o voyeurismo pertencem a esta fase na qual também é comum a tendência de tocar nos genitais e masturbar-se em presença de outros. A angústia de castração impulsiona o recalque destas tendências.

Os fatores ambientais têm importância na superação destas atitudes ou em sua instalação como sintomatologia. Podemos afirmar que dependendo das possibilidades que a criança tem de realizar seu aprendizado de convivência social, pode elaborar ou atenuar seu medo a estranhos e sua vergonha. Porém, a vergonha além de se apoiar nestes casos, na modalidade endogâmica da família, também responde ao fato de que genitores continuam alimentando as atitudes voyeuristas e exibicionistas da idade normal.

Uma das queixas secundárias relatadas pela tia de M. refere-se a “fazer xixi na cama à noite” (sic). A tia afirmou já ter pedido para que ele não esconda quando acontecer, entretanto, o garoto esconde, colocando algumas cobertas em cima da cama.

Chama-se de enurese a falta de controle na emissão da urina diurna e noturna, aparentemente involuntária, que aparece ou persiste após a idade em que é adquirida a maturidade fisiológica, por volta dos três anos de idade.

A organização do controle esfinteriano entra no quadro geral da organização das condutas, e suas conseqüências posteriores não podem ser separadas da tolerância da criança à composição deste aprendizado e das satisfações que ela obtém na atividade esfinteriana (Ajuriaguerra, 1994).

À parte, o jogo de excrementos, o mecanismo das expulsões-retenções, torna-se um mecanismo inter-relacional, de comunicação, de rejeição ou de doação. Contribui, então, fora do auto-erotismo, para afirmação da personalidade nascente. A criança utiliza seus esfínteres para o seu próprio prazer e regula mais ou menos o seu corpo em função da organização deste prazer.

A enurese primária caracteriza-se pelo atraso na manifestação do controle esfinteriano, imposta pela falha ou pela falta de vigilância, por maus hábitos adquiridos e rapidamente arraigados, distinta de uma enurese congênita, que seria uma perturbação do ritmo urinário. Por outro lado, a enurese secundária, apresentada por M., é aquela que aparece ou reaparece após um intervalo de duração mais ou menos longo de higiene organizada, ocorrendo em meios sócio-econômicos mais modestos, em crianças com atrasos, dificuldades escolares e distúrbios de comportamento, sendo a debilidade mental muito freqüente.

Ajuriaguerra (1994) elenca que vários autores se dedicaram à descrição de uma tipologia psicológica da criança enurética. Kanner e Doumic, citados pelo autor, sugere dois pólos caracteriológicos: os agitados hiperativos excitáveis, os chorões rabugentos irritáveis, e os desavergonhados rancorosos e teimosos.

Já Gerard, ainda citado pelo mesmo autor, estabelece diferenças quanto ao sexo: os meninos seriam passivos, retraídos, autodepreciadores, atemorizados, dependentes, tendo uma grande necessidade de afirmação; enquanto que as meninas seriam independentes, com senso de competição para com os meninos, por sua forte ambição.

O papel atribuído à influência dos pais na gênese da enurese pode ser alcançado de dois modos: ação inadequada no plano orgânico esfíncteriano da criança; ou ação mais geral sobre o plano de desenvolvimento afetivo. Atitudes neuróticas dos pais podem desfavorecer o controle dos esfíncteres, seja através de ações coercitivas ou permissivas. Deste modo, uma atitude inadequada dos pais pode estar relacionada principalmente a mulheres obsessivas, com regras de limpeza muito rígidas, ou fóbicas, com medo de sujeira.

No geral, a atitude dos pais acarreta uma forma particular de organização da afetividade de cada criança, seja ela, uma atitude superprotetora, ou cruel e repelidora.

A tia de M. contou que ele não se relaciona bem com a professora e com os colegas. Ajuriaguerra (1994) aponta que o professor é quem representa o conhecimento e a autoridade. Todo o aluno chega com seus desejos, sua história, sua insatisfação, expressas por um simbolismo próprio, existindo nele pelo menos dois personagens: o inconsciente, através do qual se expressam os desejos, e o consciente, que se expressa no papel social.

O professor deve agir sobre esses dois lados apesar de que ele também desempenha dois papéis: transmitir conhecimentos e responder as transferências do grupo, em relação a seus próprios problemas. Então, um bom relacionamento entre professor-aluno depende de como é o professor inconscientemente, de seu grau de maturidade afetiva; de suas reações ao comportamento da criança, de onde resultará a natureza de seu diálogo.

Os pais parecem ausentes deste processo professor-aluno, porém, sua participação é útil quando consentida e sentida pela criança como demonstração de afeto e apoio. A ajuda pode ser sentida como agressiva, quando os pais são obsessivos por perfeição; a criança pode ter necessidade de auxílio porque foi habituada a ele, mas ao mesmo tempo, revoltar-se pela impressão de perda de autonomia.

Após a morte de sua mãe, M. foi morar em um orfanato. Depois de quase um ano, foi adotado por uma família. Na sua família adotiva, ele era deixado para fora de casa, não era alimentado, e apanhava muito, contrariando a finalidade da adoção, que é de responder às necessidades da criança e permitir que ela encontre numa nova família, um ambiente afetivo satisfatório e ao mesmo tempo formativo.

A adoção pode ser um bom parto sem gravidez, desde que seja uma mistura de um ato gratuito e de doação no sentido único de aceitação. No jogo que oferece a vida, se aceita o parto para a felicidade ou para a infelicidade que a criança pode reservar, e se aceita o fruto das entranhas de uma a outra (Ajuriaguerra, 1994).

Para o comitê de especialistas da OMS, a adoção é o meio mais completo para recriar relações e uma vida familiar para a criança privada de família, desde que ocorra de maneira legalizada. Assim, prima-se pela necessidade de adoção de toda a criança que não tenha família, seja ela, recém-nascida, ou aquelas que ficaram desassistidas de uma hora para a outra.

M. na casa de sua família adotiva sofreu algumas agressões. Não se pode afirmar o grau das agressões porque a verdade dos fatos não foi realmente contada pela tia do garoto, que procurou preservar os acontecimentos por ser seu irmão, o pai adotivo de M..

A criança em sua fraqueza pode ser vítima de um adulto. Este pode encontrar na criança a vítima fácil, vulnerável, que lhe permite saciar sua agressividade ou seus desejos. Isto pode acontecer no quadro social geral ou no quadro familiar (Ajuriaguerra, 1994).

Cabe diferenciar a 'criança negligenciada', à qual faltam os cuidados físicos, e a 'criança brutalizada', que pode, por outro lado, ser limpa, bem alimentada, e bem vestida; mas em certas condições sócio-econômicas, uma criança pode ao mesmo tempo ser negligenciada e brutalizada. A título de informação, as crianças brutalizadas além de lesões ósseas, podem sofrer lesões buconasais e anomalias oculares.

A criança brutalizada pode reagir passiva ou reativamente, podendo uma ou outra aumentar a agressividade da mãe ou do pai. O maior perigo é que a brutalidade seja integrada na forma de diálogo, implicitamente aceito pelo agressor e pela vítima.

Em curto prazo, os efeitos da brutalidade podem ser: mudança na aparência e no comportamento, mudança de atitude em relação aos pais brutais, estresse emocional, enurese diurna e noturna, encoprese, rejeição de alimentos, vômitos, etc..

Inicialmente, as crianças se mostram apáticas e carentes de interesse, porém, mais tarde, adotam um comportamento violento, como uma manifestação de ser reconhecida através do desejo da descarga de energia muscular. Além disso, manejam mal o corpo, levando a uma regressão ou perda das habilidades adquiridas.

Não se têm informações a respeito da concepção e da gestação da mãe de M., nem dados sobre o seu desenvolvimento infantil. Entretanto, sabe-se que o garoto sofreu inúmeras perdas, separações e privações. Ele se separou de seus pais biológicos, de sua irmã biológica, de seus pais adotivos e de sua irmã adotiva. Sofreu privações de carinho, de amor, de afeto, de alimento, e de sono.

Segundo Lewis (1995) o impacto da privação e separação de entes queridos no bebê e na criança em desenvolvimento tem sido um tema para psiquiatras infantis e outros especialistas em crianças há muitos anos. A extensão nas quais as separações traumáticas ou produtoras de crescimento produzem ansiedade excessiva ou sentimento de luto, ou evocam respostas adaptativas resultando em um sentimento de bem-estar, constituem uma parte importante para a compreensão da criança.

Privação experiencial é um termo mais útil e preciso do que privação materna, para expressar uma variedade de situações não-suficientes que caracterizam a vida de muitas crianças.

A literatura sobre privação materna inclui crianças residentes em instituições por períodos prolongados; crianças temporariamente separadas por causa de doenças de seus pais; crianças

cuidadas por várias pessoas diferentes, suportando separações múltiplas; crianças grosseiramente negligenciadas ou maltratadas por suas famílias, experimentando não somente a falta de cuidado adequado no sentido mais positivo, mas também um trauma de um tratamento insensível, invasivo ou hostil por figuras parentais (Provence, 1995).

Em se tratando de separação os conceitos atuais incluem a consideração de individualidade, isto é, tornar-se uma pessoa separada das demais e eventos de separação em que ocorrem durante o ciclo vital.

Segundo Provence (1995), na adolescência alguns conflitos de separação facilitam o crescimento psicológico e o desenvolvimento da personalidade ao mobilizar novas oportunidades para o aprendizado e adaptação. As separações que envolvem perdas de pessoas importantes antecipam os estados de confusão, raiva, ansiedade, luto, sendo dolorosas e traumáticas. Algumas separações envolvem altos graus de stress psicológico e psicobiológico, mecanismos adaptativos e defensivos são mobilizados com vários graus de eficiência; sentimentos de superação ou impotência são aspectos desta resposta.

A privação e a separação traumáticas trazem risco ao desenvolvimento da relação de apego sadio com os outros e a formação de vínculos sociais. A linguagem, tanto como fala, quanto como comunicação não-verbal é sensível à privação e à separação.

Provence (1995) aponta que a separação e a privação promovem atrasos de desenvolvimento no comportamento motor, na linguagem, intelectual, social/emocional e adaptativo. Tais atrasos podem ocorrer isoladamente ou em combinação, que é a forma mais freqüente. Além disso, ocorrem distúrbios em áreas como a qualidade das relações sociais, expressividade emocional, versatilidade em lidar com desafios ou stress e flexibilidade no pensamento e na resolução de problemas.

Quanto ao luto, pela história de vida pregressa do garoto, percebe-se que em alguns momentos com o luto, ele se deparou.

De acordo com Weller & Weller (1995), a morte de um amigo íntimo ou de um parente é um dos eventos mais estressantes da vida. Os autores colocam que a experiência é ainda menos fácil quando o indivíduo enlutado é uma criança que perdeu um dos pais. A criança, segundo os autores, não é apenas emocionalmente apegada aos pais, mas também financeiramente depende deles, recaindo sobre ela uma carga emocional e financeira.

Perda é a definição de uma separação ou afastamento, que deixa alguém destituído. Ela se refere à separação física do indivíduo. Luto é caracterizado pela dor emocional ou agonia que sente com a perda de um ente querido. Luto antecipado é uma dor similar que pode ocorrer frente a uma morte eminente.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), o luto normal não é considerado patológico. Contudo, uma das preocupações dos psicólogos e psiquiatras é que a perda que ocorreu na infância torne-se

uma complicação na vida adulta. Várias são as teorias a respeito do luto. Algumas teorias acreditam que o luto pela perda dos pais na infância persiste até a vida adulta. Outras acreditam que se a criança tiver um substituto parental, não há contribuição para a patologia na vida adulta.

Weller & Weller (1995) apontam que a reação de uma criança à morte depende de sua maturidade emocional e cognitiva. A compreensão sobre a morte difere nas crianças conforme a maturação.

As crianças de três a cinco anos, acham que a morte é como o sono. As crianças de cinco a nove anos são capazes de aceitar o fato de que a morte pode ocorrer, porém, para elas isto não acontece com todas as pessoas, especialmente com elas. Já as crianças de nove e dez anos, sabem que a morte é inevitável, e que pode acontecer com elas.

Consoante Weller & Weller (1995), a criança pode vivenciar o seu luto e o luto do pai ou da mãe sobrevivente, assim como, o da sua própria família.

No caso de M., o garoto afirma que seu pai biológico morreu e que seu pai adotivo viajou. Quanto a sua mãe, não disse nada sobre ela ou a sua morte, alegando que não se lembrava de nada. Na verdade, pelas informações obtidas, o pai biológico de M. está foragido da polícia e não morto, como ele alega. Entretanto, sabe-se que o garoto não tinha o apoio de seu pai, após a morte de sua mãe, já que foi ele que a asfixiou, matando-a.

A anamnese de M. não evidenciou nada sobre a relação do menino com sua mãe biológica enquanto ele era bebê. Parece que a dificuldade de M. em estabelecer contato maior com as pessoas é decorrente de um apego inseguro.

Bowlby (1969, 1973) afirma que o apego inseguro fornece um início psicossocial mais fraco, e diferentes formas de concepção de si mesmo e dos outros. A qualidade do apego varia numa dimensão de segurança-insegurança, pois os bebês desenvolvem segurança nos seus cuidadores com base em suas experiências anteriores de cuidado sensível, sustentador e responsivo. O apego seguro resultante é adaptativo porque deriva da confiança do bebê de que os sinais de busca de sua ajuda receberão uma resposta pronta apropriada.

A instabilidade da família de M. provocou a ruptura do laço familiar existente entre eles. Segundo a teoria de Kaplan et al. (1997), M. no meio familiar em que se encontrava estava propenso a ter problemas de: baixa auto-estima, risco aumentado de abuso da criança, incidência aumentada de divórcio, maior incidência de transtornos mentais. Frente às desavenças que ocorriam com seus pais (brigas verbais, conforme afirmou o garoto), nada podemos afirmar já que não temos informações suficientes para analisá-las.

Para que o cliente tenha o diagnóstico de portador de stress pós-traumático, ele precisa ter vivenciado um stress emocional de tal magnitude, que seria traumático, para praticamente, qualquer pessoa.

M. quando tinha três anos de idade, presenciou o assassinato de sua mãe por seu próprio pai. A mãe foi asfixiada, permanecendo em casa com M. e sua irmã por três dias e três noites, até que a vizinhança estranhou o sumiço da mãe e o choro excessivo do garoto.

Frente aos acontecimentos relacionados com a mãe do garoto, percebe-se que ele vivenciou um stress emocional intenso. Pode ser que naquela época, ele não tivesse idéia do que realmente havia acontecido com sua mãe, porém, pela intensidade dos fatos, é provável que ele seja portador de stress pós-traumático.

Segundo Kaplan et al. (1997) o transtorno de stress pós-traumático consiste em:

- revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante a vigília;
- evitação persistente de coisas que revivam o trauma e embotamento das respostas para esses indicadores;
- hiperexcitação persistente.

Entretanto, os sintomas de depressão, ansiedade, dificuldades cognitivas também fazem parte do quadro de stress pós-traumático.

Consoante Terr (1995), os eventos traumáticos da infância estão fora daquilo, que quase sempre, se esperaria do curso de uma infância normal. Os eventos traumáticos nem sempre causam traumas psíquicos. Para que ocorra uma experiência traumática, devem ocorrer ajustes mentais ao evento traumático. Para que a mente da criança se ajuste ao evento traumático, a criança deve:

- a) Compreender que está em perigo ou presenciando um fato terrível;
- b) Sentir a sua própria impotência extrema;
- c) Perceber no sentido de registrar, e armazenar uma recordação traumática.

M. em sua Hora do Jogo Diagnóstica disse que não se lembrava do que aconteceu com sua mãe. Quando o pai asfixiou a mãe do garoto, ele era pequeno. Não se sabe se realmente o menino esqueceu do que aconteceu, ou inconscientemente, optou por recalcar. Porém, pela história de vida dele e pela queixa de sua tia, talvez o menino esteja vivenciando o transtorno de stress pós-traumático, como uma válvula de escape para se manter saudável e elaborar os acontecimentos desagradáveis de sua vida.

## CONCLUSÃO

O artigo aqui desenvolvido mostrou a avaliação psicológica de uma criança com capacidade lúdica inibida. Percebe-se por meio da Hora de Jogo Diagnóstica (Woscoboinik et al.,

1981) que M. não consegue expressar sua vida emocional através do ato de brincar, também, não busca suportes materiais, ou seja, brinquedos que canalizem e veiculem suas fantasias e seus conflitos.

Para Duarte (1989) o brinquedo é o meio privilegiado de comunicação de que dispõe a criança para se relacionar, é a ponte que permite ligar a realidade objetiva e a fantasia. O brinquedo cria um espaço para a realização de desejos, que não podem ser satisfeitos imediatamente na situação real, através de situações imaginárias de faz-de-conta, que emancipam a criança das pressões situacionais.

Quando a criança apresenta capacidade lúdica inibida, como no caso do M., está mostrando que algo acontece no seu interior, que tenta se proteger de todas as formas, para não colocar em risco seus conflitos e suas fantasias. Uma criança que não se expressa emocionalmente por meio da brincadeira, apresenta dificuldades em mostrar para o mundo quais são seus problemas, suas dores e feridas. Contudo, a não expressão, acompanhada de uma resistência para entrar em contato com o que aflige, é uma maneira saudável de sobreviver.

Percebe-se que M. está propondo testar a confiança das pessoas que iniciam vínculo com ele. Por meio do contato visual, mostra o quanto seu ego está presente, mesmo estando tão ausente nas brincadeiras. É uma criança que tem um caminho longo para percorrer em busca de si mesmo, para daí sim, poder estabelecer um contato verdadeiro com o outro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1994). *Manual de psiquiatria infantil*. 2. ed. São Paulo: Masson do Brasil.
- Cunha, J. (1997). *Psicodiagnóstico e colaboradores*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duarte, I. Infância. (1989). In: Duarte, I.; Ingeborg, B.; Castro, M.G. *A prática da psicoterapia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Kaplan, H. I. et al. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lewis, M. (1995). *Tratado de psiquiatria e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ocampo, M. (1995). *O processo de psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Artes Médicas.
- Ocampo, M. (1981). Devolução de informações no processo de psicodiagnóstico. In: Ocampo, M. e cols. *O processo de psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Provence, S. A. (1995). Separação e privação. In: Lewis, M. *Tratado de psiquiatria e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Soifer, R. (1992). *Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Terr, L. C. (1995). Respostas agudas a eventos externos e transtornos de stress pós-traumático. In: Lewis, M. *Tratado de psiquiatria e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Weller, R. A., Weller, E. B. (1995). Luto. In: Lewis, M. *Tratado de psiquiatria e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Woscoboinik, P. et al. (1995). A hora de jogo diagnóstica. In: Ocampo, M. *O processo de psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Artes Médicas.