

DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA À PSICOTERAPIA INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO

Jorgiana Baú Mena Barreto¹
Marcos André Macedo Martins²

RESUMO

Na prática clínica de Psicologia, muitas vezes, aparecem casos de crianças encaminhadas para avaliação psicológica pela escola ou por outros profissionais da saúde. A avaliação psicológica, no entanto, não tem finalidade psicoterapêutica – como o próprio nome sugere, ela tem finalidade avaliativa. No estudo de caso apresentado neste artigo, um paciente veio para o consultório com uma demanda desse tipo. O objetivo da mãe e da escola era a obtenção do auxílio de um segundo professor em sala de aula. Porém, durante esse processo, foram surgindo vários fatores que exigiriam um trabalho psicoterapêutico. Dessa forma, após a devolutiva da Avaliação Psicológica, foi iniciado um processo de psicoterapia, com abordagens de ludoterapia e arteterapia em razão do perfil do paciente. Com esse processo, o paciente foi capaz de crescer internamente como sujeito, o que se refletiu, inclusive, em sala de aula.
Palavras-chave: Avaliação psicológica. Psicoterapia. Ludoterapia. Arteterapia. Criança.

1 INTRODUÇÃO

Quando uma mãe procura o serviço da clínica de psicologia para seu filho por encaminhamento da escola e de outros profissionais, muitas vezes essa mãe não tem o conhecimento preciso acerca do trabalho de um profissional da psicologia. É comum que o paciente venha com uma demanda, já rotulado por um diagnóstico que é reforçado no dia a dia da criança, seja no ambiente escolar, seja no ambiente familiar.

Nesses casos, cabe ao psicólogo informar sobre o seu trabalho e atuar de maneira que permita que a criança receba o que realmente esteja necessitando, dentro das atribuições do profissional da psicologia. Muitas vezes, a criança possui um diagnóstico, acaba estigmatizada e não sabe como lidar com essa situação, podendo sentir-se inclusive culpada pela psicopatologia que lhe é atribuída.

O estudo de caso apresentado a seguir exemplifica uma destas situações. A partir da demanda de avaliação psicológica trazida pela escola e pelo neurologista, foi possível ir além deste processo, passando por um processo psicoterapêutico adaptado para a criança em questão.

2 ESTUDO DE CASO

J. S., menino de 10 anos no início da terapia, cursava o quinto ano do ensino fundamental quando foi encaminhado pela escola e pelo médico neurologista para realização de uma avaliação psicológica no intuito de obter o acompanhamento de um segundo professor em sala de aula em decorrência de um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O encaminhamento do médico em questão requiritava apenas um “teste de QI”. Sabe-se, no entanto, que a avaliação psicológica vai muito além da avaliação do Quociente de Inteligência (QI) do paciente, principalmente pelo fato de que o quociente de inteligência pouco tem a ver com o diagnóstico de

¹ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Neuropsicologia pela Universidade Luterana do Brasil; Professora no Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; jorgiana.bau@unoesc.edu.br

² Graduando em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba; marcos.martins@rocketmail.com.br

TDAH. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), esse transtorno é descrito tendo como característica essencial

[...] um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado, ou remexer, batucar ou conversar em excesso [...] A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 61).

O menino foi descrito, tanto pela mãe quanto por uma professora que já havia atuado na função de segunda professora dele, como inquieto e agressivo. Durante as entrevistas iniciais, foram relatadas dificuldades de aprendizagem geral – o fato de que J. S. tinha dificuldades em ler, escrever e realizar cálculos matemáticos lhe causava dificuldades em todas as disciplinas, com exceção da educação física – nesse caso, a disciplina favorita do paciente.

Apesar dos estigmas, foi relatado que ele era capaz de ter bons relacionamentos com os amigos, professores e familiares, além de conseguir seguir regras adequadamente. Também que o comportamento do menino melhorou após o início do uso de medicamento para controle dos sintomas de TDAH – mais precisamente, o medicamento Tofranil (Cloridrato de Imipramina) 25 mg, um antidepressivo tricíclico que, em alguns casos, é utilizado também no controle de sintomas dessa psicopatologia.

2.1 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INFANTIL

Como a demanda inicial do paciente estava focada na Avaliação Psicológica, foram realizados os procedimentos desta. O Conselho Federal de Psicologia, na Resolução CFP n. 007/2003 descreve a avaliação psicológica como um

[...] processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas – métodos, técnicas e instrumentos. Os resultados das avaliações devem considerar e analisar os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servirem como instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo de avaliação psicológica. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003, p. 3).

Como padrão, os atendimentos da Clínica de Psicologia do Ambulatório Médico Universitário (AMU) da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba iniciam os processos com uma entrevista de anamnese, em que se busca compreender de maneira minuciosa o passado do paciente e sua relação com o problema emocional atual (SADOCK, 2007, p. 264).

A partir da entrevista de anamnese, é possível compreender o que levou o paciente a buscar o psicólogo e, a partir das informações coletadas, decidir como proceder no caso em questão. Após a execução das anamneses – anamnese infantil com a mãe e anamnese escolar com a professora já citada – seguiu-se com a avaliação, com aplicações de instrumentos e testes psicológicos com finalidades diversas – Teste de Desempenho Escolar (TDE), SNAP-IV, Teste de Inteligência Geral – Não Verbal (TIG-NV), Desenho da Figura Humana (DFH III), Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA) e Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV). Para complementar, também foi realizada uma sessão de ludoterapia.

2.1.1 Instrumentos da Avaliação Psicológica

Convém explicitar algumas características de cada um dos instrumentos utilizados. Primeiramente, é preciso ter em mente que, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2012, p. 1), “Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou técnica de uso privativo do psicólogo.”

O primeiro instrumento aplicado foi o TDE. Este não é considerado um teste psicológico, mas um “instrumento psicométrico que busca oferecer de forma objetiva uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, mais especificamente da escrita, aritmética e leitura.” (STEIN, 1994, p. 1). Considerou-se adequado iniciar a avaliação com esse instrumento para confirmar as dificuldades relatadas pelos responsáveis.

Posteriormente, foi utilizado o SNAP-IV, que também não é considerado um teste psicológico. Este foi aplicado tanto com a mãe de J. S. quanto com sua professora. Trata-se de um questionário que “foi construído a partir dos sintomas do Manual de Diagnóstico e Estatística – IV Edição (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria” e tem por objetivo ser “um ponto de partida para levantamento de alguns possíveis sintomas primários do TDAH.” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO, 2017). Nesse questionário, notou-se que a hiperatividade/impulsividade é um comportamento muito presente no paciente.

O terceiro instrumento aplicado foi o TIG-NV. Esse teste busca “avaliar o potencial intelectual por meio de tarefas de raciocínio não verbal” (TOSI, 2008). Avalia atenção, concentração, aprendizagem, conhecimento formal, orientação espacial, comportamento visomotor, memória de reconhecimento, memória operacional, percepção e flexibilidade cognitiva. Ao executar esse teste, percebe-se que J. S. o executou sem realizar esforço mental na resolução dos problemas propostos. Por essa razão, decidiu-se não utilizar os resultados deste no relatório psicológico. No entanto, esse fato trouxe algumas pistas sobre como o paciente lida com atividades que considera complexas em um contexto de avaliação.

O quarto instrumento utilizado foi o DFH III, que consiste, segundo Wechsler (2003, p. 10) em uma “avaliação do desenho da figura humana, construído, validado e padronizado para crianças brasileiras na faixa de 5 a 12 anos.” Esse teste, segundo a autora, apresenta “uma análise cognitiva e quantitativa do desenho da figura humana.” (WECHSLER, 2003, p. 10). O DFH III foi analisado tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo.

A BPA busca avaliar três tipos de atenção do examinado. A Atenção Concentrada (AC) indica “a capacidade de uma pessoa em selecionar apenas uma fonte de informação diante de vários estímulos distratores em um tempo predeterminado.” (RUEDA, 2013, p. 29). A Atenção Dividida (AD) indica “a capacidade de uma pessoa para procurar dois ou mais estímulos simultaneamente em um tempo predeterminado, e com vários distratores ao redor.” (RUEDA, 2013, p. 29). A Atenção Alternada (AA) indica “a capacidade de uma pessoa em focar sua atenção e selecionar ora um estímulo, ora outro, por um determinado período de tempo e diante de vários estímulos distratores.” (RUEDA, 2013, p. 30). É interessante mencionar que J. S. obteve pontuações que o caracterizam como “acima da média” nesse teste, o que exclui a falta de atenção como sintoma de seu transtorno.

O último teste psicológico aplicado foi o WISC-IV. Esse teste, conforme afirma Wechsler (2014), “pode ser utilizado para o amplo entendimento do funcionamento cognitivo.” Tem por finalidade servir de ferramenta para identificar as capacidades e dificuldades de percepção em crianças nas diversas condições neurológicas e de desenvolvimento. Por se tratar de um teste complexo com vários subtestes, precisou ser aplicado em duas sessões. Foi notável a fadiga sofrida por J. S. durante sua execução.

Por fim, o último instrumento utilizado foi a ludoterapia. Esta, segundo Pregolato (2005), é a “psicoterapia adaptada para o tratamento infantil, através do qual a criança, brincando projeta seu modo de ser, o objetivo dessa modalidade de análise é ajudar a criança, através da brincadeira.” Nesse momento, a ludoterapia foi utilizada para compreender algumas questões pontuais do paciente. Posteriormente, no entanto, a ludoterapia foi amplamente utilizada no processo psicoterapêutico.

2.1.2 Resultados e conclusões da avaliação psicológica

Nesse processo de avaliação psicológica, que durou seis sessões, foi notado que, de fato, J. S. apresenta características que podem diagnosticá-lo com TDAH de apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva. A atenção do paciente, no entanto, foi considerada acima da média em algumas situações.

Foi notado também que J. S. apresenta muitas características que podem ser consideradas sintomas de dislexia que, segundo a Associação Brasileira de Dislexia (ABD) (2016), consiste em “um transtorno específico de aprendizagem de origem neurobiológica, caracterizada por dificuldade no reconhecimento preciso e/ou fluente da palavra, na habilidade de decodificação e em soletração.” Por essa razão, foi sugerido à mãe do paciente que lhe encaminhasse a um fonoaudiólogo e a um psicopedagogo. No entanto, até a presente redação deste artigo, ele não teve contato com esses profissionais.

A maior parte da descrição acerca do paciente se mostrou muito focada em sintomas, com uma abordagem que compreende o sujeito de maneira estigmatizada, em um contexto de patologização, parecendo esquecer que os sintomas apresentados por um paciente geralmente estão relacionados com questões muito mais abrangentes, as quais envolvem todo o contexto biopsicossocial em que o sujeito está inserido.

No DFH III, teste que utiliza desenhos, foi possível notar que o paciente havia perdido parte de sua espontaneidade, parecendo viver constantemente sob o constrangimento das regras. J. S. parecia se expressar muito mais livremente quando entendia que não estava sendo observado sob uma ótica avaliativa. Muitas vezes, parecia esperar a aprovação do terapeuta na realização de atividades e testes, esperando ser corrigido prontamente caso cometesse algum erro. A falta de estímulos para que o paciente encontrasse as soluções dos problemas por conta própria no cotidiano parecia estar influenciando diretamente seu desempenho, pois ele desistia facilmente de algumas atividades quando encontrava alguma dificuldade.

Foi dada então a devolutiva da avaliação psicológica para a mãe do paciente. Nessa mesma sessão foi realizada uma nova entrevista com ela, momento em que se decidiu continuar com o atendimento de J. S. na clínica.

2.2 PSICOTERAPIA INFANTIL

Logo após a devolutiva da Avaliação Psicológica de J. S. para sua mãe, esta relatou vários comportamentos agressivos e que beiravam a obsessão. Esses comportamentos incluíam bater a cabeça contra a parede, agressividade aparentemente injustificada contra o padrasto e inúmeros descartes de desenhos recém-iniciados na busca de um traço melhor.

Por esses motivos, ao final da avaliação psicológica, optou-se por sugerir que J. S. iniciasse um processo psicoterapêutico na clínica, pois se entendeu que problemas de cunho emocional e social também poderiam estar diretamente relacionados com suas dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento.

Indo muito além das dificuldades de aprendizagem apresentadas em contexto escolar, J. S. tem uma história de vida com eventos traumáticos que ainda repercutem em sua individualidade. Quando tinha cerca de dois a três anos de idade, presenciou diversas agressões de seu pai biológico contra a sua mãe. O pai era alcoólatra e, entre as agressões, houve uma tentativa de homicídio com uma faca. Nesse evento, a mãe de J. S. atribuiu o fato de ter sobrevivido ao aviso proferido pelo filho, que visualizou a arma na mão do pai e a alertou.

Seu pai veio a falecer de cirrose quando J. S. tinha cerca de três anos de idade. Nesse momento, o paciente criou um forte vínculo com a avó, que faleceu posteriormente. Ele passou por um longo processo de luto até aceitar a perda. Nesse meio tempo, após cerca de um ano e meio do falecimento do pai, a mãe de J. S. começou a namorar e veio a morar com o atual padrasto do paciente.

No processo psicoterapêutico que se iniciou, foram utilizadas abordagens lúdicas. O paciente apresentou dificuldades em se comunicar e expressar verbalmente o que sente e o que pensa. Nesse caso, optou-se por intercalar momentos de ludoterapia com o auxílio de jogos e brinquedos com técnicas lúdicas e momentos de arteterapia que permitissem que o paciente expressasse aquilo que parecia não conseguir expressar verbalmente.

Na ludoterapia com jogos e brinquedos, J. S. teve liberdade para se permitir fluir livremente dentro do consultório, podendo escolher as brincadeiras e permitindo ao terapeuta uma melhor formação de vínculo, até então pouco estabelecida em decorrência do excesso de tecnicidade e formalidade dos testes psicológicos. Em jogos competitivos, o paciente demonstrou novamente que pode seguir regras e lidar com a frustração, apesar de ser inquieto. Já nas brincadeiras com carrinhos, foi possível notar a necessidade de fugir às regras em alguns momentos e de deixar a agressividade fluir.

A ludoterapia, conforme explicado anteriormente, consiste na terapia com aporte do brincar da criança. Já a arteterapia é:

Uma abordagem que utiliza os suportes artísticos com objetivo de promover mudanças psíquicas. Para isso realiza-se em diálogo com a arte, a psicologia e com a educação artística e por meio de processos e procedimentos artísticos potencializam-se a expressão e comunicação com afetos inconscientes, fantasias, sensações, sentimentos e ideias complexas. (ANDRADE, 2000; PHILIPPINI, 2004; VALENTE, 2010 apud RODRIGUES, 2015, p. 4).

Nas técnicas de arteterapia, J. S. teve a liberdade para expressar de maneira lúdica questões inconscientes que pareciam estar impedindo que sua energia psíquica fluísse de maneira espontânea. Apesar de não compreender racionalmente o que expressava, ele trouxe conteúdos muito ricos para se trabalhar. Como o paciente se expressa pouco verbalmente, essa abordagem foi muito proveitosa pois, segundo Martins (2012, p. 16), “a comunicação verbal faz parte da elaboração do conteúdo expresso artisticamente, mas esta não é essencial, ou seja, não é fundamental para o desenvolvimento de um processo arteterapêutico.”

Em uma sessão, foi utilizado o instrumento do Desenho da Família que, segundo Ortega (1981, p. 74), “além de possibilitar uma maior objetividade na caracterização das relações familiares, possibilita também a projeção da imagem do próprio corpo.” Ao executar esse desenho, J. S. relutou a princípio, dizendo não gostar de desenhar, mas aceitou a proposta. Tal fato pode estar relacionado ao fato de que, segundo Martins (2012, p. 89), em casos de pacientes com pouca escolaridade, o indivíduo pode rejeitar o desenho, pois esta é uma atividade aludida à escola.

Mesmo com essa resistência, encontraram-se algumas pistas sobre o momento de vida atual de J. S. em seu desenho, bem como nos desenhos de figuras humanas que surgiram durante a avaliação psicológica; neste desenho, as figuras seguem padrões rígidos, com poucas características que o diferenciam. É um desenho extremamente racional, cheio de linhas e cantos retos, em que foi possível encontrar uma

possível ressignificação de sua relação com seu padrasto. Também foi possível notar que a figura de sua mãe ocupa o centro da família. O paciente apresentou novamente características que fizeram crer que ele vive sob o constrangimento das regras, sem espontaneidade, com muita criatividade e agressividade reprimidas.

Posteriormente, quando J. S. demonstrou interesse pelo trabalho com argila, essa ferramenta foi aplicada. O trabalho com argila vem se mostrando versátil e eficiente como técnica psicoterapêutica. Martins (2012, p. 102) afirma que o barro “é um símbolo de coesão e de unificação do Eu, e da mesma maneira o movimento de criação no *setting* arteterapêutico favorece a execução de símbolos preenchedores do vazio interno.” Oaklander (1980, p. 85) afirmava que o trabalho com a argila

[...] promove a manifestação ativa de um dos processos internos mais primários. Proporciona a oportunidade de fluidez entre material e manipulador como nenhum outro. Ela aproxima as pessoas de seus sentimentos, ocorre a união entre o meio e a pessoa que o usa. Frequentemente ela parece penetrar na armadura protetora [...]; Pessoas muito distanciadas do contato com seus sentimentos e que continuamente bloqueiam sua expressão, geralmente estão fora de contato com seus sentidos. Aqueles que estão inseguros e temerosos podem ter uma sensação de controle a domínio através da argila. Ela constitui um meio que pode ser “desmanchado” e que não tem regras específicas definidas para o seu uso. É bastante difícil cometer um “erro” ao trabalhar com argila.

Apesar do fato de que a matéria-prima utilizada pelo paciente tenha sido a argila, ele a utilizou de maneira similar a uma tinta sobre o papel, criando uma imagem quase bidimensional. Por essa razão, considerou-se interessante interpretar esse material de maneira similar a um desenho. É importante mencionar que, ao mesmo tempo que J. S. fazia sua modelagem, o estagiário também executava uma modelagem.

Em sua modelagem, J. S. trouxe a figura de um lago com peixes à esquerda, seguida pela imagem de uma cobra no centro e um menino à direita. No céu, à esquerda, havia um sol. O paciente descreveu a seguinte narrativa para a cena: um menino queria chegar ao lago para ver os peixes, mas no caminho havia uma cobra que o impedia de passar. O menino, com medo, afastou-se da cobra. Essa cena, que parece simples à primeira vista, carrega profundos significados.

A modelagem executada pelo estagiário, por sua vez, apresenta um menino de camiseta vermelha e calção preto, com uma bola de futebol sobre o pé esquerdo. As figuras estão dispostas sobre um grande gramado com uma única e grande flor ao lado do personagem central. Racionalmente, foi uma tentativa de desenhar o próprio paciente em si. Acreditou-se, porém, que houve um processo de identificação do estagiário com o paciente. Paciente, terapeuta e suas obras formam um triângulo que permite que tanto o paciente quanto o terapeuta cresçam e se desenvolvam durante o processo terapêutico.

A interpretação desse material foi realizada utilizando, em grande parte, a teoria dos Arquétipos de Carl Gustav Jung. Esse autor afirma que “as crianças ainda possuem lembranças muito vivas do mundo primordial; ele nasceu com elas.” (JUNG, 2011, p. 105). Sobre a teoria dos Arquétipos e do Inconsciente Coletivo, Hopcke (2012, p. 24) afirma que

[...] ao usar sua teoria dos arquétipos para justificar as similaridades no funcionamento e no imaginário psíquicos através dos tempos em culturas altamente diferentes, Jung concebeu uma segunda camada do inconsciente, que ele chamou de inconsciente coletivo. Essa camada do inconsciente era a que continha aqueles padrões da percepção psíquica, comuns a toda a humanidade, os arquétipos. Pelo fato de o inconsciente coletivo ser o campo da experiência arquetípica, Jung considerou a camada do inconsciente coletivo mais profunda e, em última análise, mais significativa do que a do inconsciente pessoal. Ficar ciente das figuras e dos movimentos do inconsciente coletivo levou as pessoas ao contato direto com as experiências e percepções essencialmente humanas, e o inconsciente coletivo foi considerado por Jung como a suprema fonte psíquica do poder, da totalidade e da transformação interior.

Considerando essa teoria, iniciou-se a interpretação do desenho. Ao se observar o sol da modelagem de J. S., há um raio mais comprido que se move em direção à figura do menino. Este claramente representa o próprio paciente. Como é nele que está representado o ego, a situação atual do paciente pode ser encontrada nessa figura. Ele afasta-se das outras imagens. Houve sobra de material após o término da confecção dessa obra, o que pode indicar que ele possui energia e potencial ainda pouco utilizados.

O paciente coloriu com tinta guache o sol, o lago, os peixes, a cobra e os pés do menino. A ausência de cor no resto do corpo do menino parece representar o sentimento de incompletude. Os únicos membros pintados são os pés, que mantêm o contato com o solo, de maneira concreta. As pernas são representadas de maneira extremamente reduzida, e o tronco é extremamente alongado. É possível levantar a hipótese de que essas deformidades podem estar relacionadas com a contenção de movimento de energia psíquica ao qual o paciente parece se encontrar, pois pernas curtas certamente dificultam o caminhar, mas é no tronco que a energia é distribuída para todos os membros.

Quanto ao sol, este é fonte de calor, de energia e de vida. O raio maior apontando para o paciente parece indicar a necessidade de J. S. ser tocado por esse calor, talvez indicando, inclusive, necessidade de afeto. O sol também pode ser visto como uma representação do ego, e sua presença na obra de J. S. pode ser vista de maneira benéfica. No entanto, o fato de que o paciente afirmou estar insatisfeito com a forma como seu sol se apresenta e o fato de que se mostrou desmotivado para modificá-lo caso lhe fosse dada uma chance para tal, podem representar alguma resistência ou desmotivação para consigo mesmo.

A serpente, aqui representada pela cobra amarela e preta, é um símbolo presente em inúmeras religiões e mitos. Quando questionado a respeito da cobra amarela, o paciente afirmou que já viu uma cobra daquela cor em um zoológico. É natural que as declarações feitas a respeito de obras de improviso sejam racionais e pouco tenham a ver com os conteúdos inconscientes (FURTH, 2004, p. 76).

Marie-Louise von Franz, em um seminário organizado por Jung (2011, p. 258), apresenta a dualidade da imagem arquetípica da serpente, apresentando-a como símbolo dos “movimentos vitais e instintivos no ser humano, o lado inconsciente escuro deste que se opõe à luz e ao lado consciente de seu ser”, por vezes assumindo a “função de um demônio vil, inimigo da luz [...] obscura e ambígua das profundezas.” Por outro lado, também está relacionada à cura e à redenção. Jung (2011, p. 258) afirma que “a serpente toca os instintos mais profundos do ser humano e, sendo assim, é concebida como detentora de grandes segredos desde os tempos mais remotos.”

Na narrativa de J. S., essa criatura se apresenta como ameaçadora, uma força da natureza que lhe impede de chegar ao lago com os peixes. As forças instintivas do ser humano são, geralmente, assustadoras à primeira vista. No caso de J. S., que já presenciou tantos casos de violência em sua figura paterna, torna-se compreensível que ele possa temer seus próprios instintos.

Outra hipótese que poderia ser levantada se refere ao fato de que essa cobra possa ser uma representação de uma figura presente na vida do paciente que o impede de alcançar sua almejada liberdade ou independência; pela localização dos elementos na página à esquerda – tanto o lago com os peixes quanto o sol – talvez o paciente já tenha experimentado. De uma maneira ou de outra, a serpente surge como um obstáculo que o paciente sente ser incapaz de enfrentar.

O peixe, por sua vez, é um símbolo diretamente relacionado à psicologia das profundezas, ao arquétipo do si-mesmo (*self* ou *selbst*), à totalidade psíquica do sujeito. No Oriente, os peixes “representam a liberdade de movimento e a adaptação às mais difíceis situações, simbolizando a qualidade dos seres que valentemente são capazes de nadar no oceano da vida sem se afogar no sofrimento e na insatisfação. É símbolo da transformação dos conflitos em tranquilidade.” (LYRA et al., 2016).

O símbolo do peixe está relacionado com a figura arquetípica de Cristo, também uma imagem arquetípica do si-mesmo. Esse tema é profundamente desenvolvido por Jung em sua obra *Aion – Estudo*

sobre o simbolismo do *si-mesmo*. É interessante também notar a presença da repetição do número 5, número da quintessência, na transformação alquímica, presente tanto nos raios do sol quanto na quantidade de peixes presentes no lago do paciente, bem como nas pétalas da flor da obra do estagiário.

Todas essas características parecem levar a uma necessidade ou a um potencial inconsciente de transformação por parte do paciente. Após o término da pintura, J. S. uniu a sua obra à do estagiário, lado a lado, afirmando que seria bom se um fosse a continuidade do outro. Esse movimento pode ser entendido como um momento de fortalecimento de vínculo, fundamental ao processo terapêutico.

Porém, como o estagiário estava à esquerda do paciente, o paciente comentou que era uma pena que havia a cobra e o lago no caminho entre os dois. Então, o estagiário moveu a sua obra para o lado direito, permitindo, assim, que houvesse uma ligação direta entre ambos os personagens. Agora o personagem do paciente e do estagiário poderiam jogar bola juntos. O paciente também afirmou que a parte da pintura em que mais se dedicou foi na grama da obra do estagiário.

Na sessão seguinte à pintura da modelagem de J. S., foi aprofundado o trabalho com o material modelado por ele e pelo estagiário. Como a imagem se apresentou com uma narrativa que demonstra um conflito do sujeito, pareceu interessante encontrar, novamente de maneira lúdica, um desfecho para a história. De forma similar à técnica da Imaginação Ativa, com o auxílio do estagiário, as obras foram novamente colocadas lado a lado sobre a mesa e a história foi resgatada. Sobre a Imaginação Ativa, Lyra et al. (2016, p. 10) afirmam que “trata-se de uma conjunção do racional com o irracional, onde um não deve subjugar o outro, mas sim, chegarem a termos um com o outro e juntos formarem um terceiro que transcende o par de opostos.”

A partir do ponto da narrativa em que ambos os personagens humanos estavam jogando bola juntos, foi questionado ao paciente se ele ainda gostaria de ir ver os peixes no lago. Com a ajuda do seu amigo, foram de encontro à cobra que bloqueava o caminho. O paciente foi questionado então sobre o que poderia ser feito nesse momento. Ele então pediu licença para a cobra. Questionado se a cobra os deixara passar, a resposta foi afirmativa e ambos puderam seguir em frente. Os personagens então ficaram felizes por poderem chegar ao lago para verem os peixes.

A mãe de J. S. foi chamada para conversar sobre o comportamento e para ser questionada se havia notado mudanças no comportamento do filho. Ela relatou que ocorreram várias mudanças em seu comportamento; tanto em casa quanto na escola ele está menos agressivo e já não briga com o padrasto. Na escola, apesar de não estar tendo acompanhamento da segunda professora, seu desempenho vem melhorando gradualmente. J. S. tem recebido auxílio em sala de aula de um colega que lhe ajuda. Em casa, a mãe busca auxílio de pessoas que possam ajudar o filho com as lições quando necessário. Está sendo incentivado a ter mais iniciativa própria para que resolva seus problemas, sem que outras pessoas os resolvam por ele. Até o momento da redação deste artigo, a psicoterapia de J. S. continua em andamento.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É comum que, ao receber em consultório a demanda de um paciente, essa demanda seja apenas uma pequena parte de um sistema muito maior e mais complexo do que aparenta ao senso comum. No estudo de caso apresentado se poderia ter se contentado apenas com a avaliação psicológica do paciente, dando uma devolutiva que poderia dar nome às dificuldades do paciente e rotulá-lo. No entanto, ao se optar por iniciar um processo psicoterapêutico em razão do que foi levantado durante esse processo, o paciente pôde começar um processo de crescimento interno que lhe era necessário, apesar de desconhecido.

A capacidade de querer ir mais a fundo dentro do que é trazido para o consultório é uma atribuição do psicólogo que pode trazer resultados amplos, positivos e eficientes para o paciente, permi-

tindo-lhe lidar com situações que, em outros contextos, não poderiam ser trabalhadas. No estudo de caso apresentado, ficou claro que as dificuldades de aprendizagem apresentadas pelo menino iam muito além de um simples diagnóstico de TDAH.

Portanto, ao psicólogo que recebe esse tipo de demanda é interessante que ele seja capaz de identificar e trabalhar com o paciente considerando o fato de que este é um indivíduo que deve ser compreendido em sua totalidade biopsicossocial, com uma história única, que muitas vezes não consegue expressar verbalmente o que sente e o que pensa. As abordagens que permitem a expressão dos conteúdos sem a necessidade do uso das palavras surgem como uma ferramenta importante nesses casos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA. **O que é dislexia?** 2016. Disponível em: <<http://www.dislexia.org.br/o-que-e-dislexia/>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Diagnóstico em Crianças**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP n. 007/2003. **Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP n. 17/2002**. 2003. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf>. Acesso em: 04 maio 2017.

FURTH, G. M. **O mundo secreto dos desenhos: uma abordagem jungiana da cura pela arte**. São Paulo: Paulus, 2004.

LYRA, S. et al. (Org.). **Imaginação Ativa e Criativa**. Curitiba: Ichthys, 2016.

MARTINS, D. de C. e S. **Arte-Terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos**. 2012. 133 p. Dissertação (Mestrado)–Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10008/2/ULFBA_TES665.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

OAKLANDER, V. **Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. 11. ed. São Paulo: Summus, 1980.

ORTEGA, A. C. O Desenho da Família como técnica objetiva de investigação psicológica. **Arq. Bras, Psiq.**, Rio de Janeiro, p. 73-81, 1981. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18601/17343>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

PREGNOLATO, M. **Ludoterapia: a terapia da criança**. 2005. Disponível em: <<http://mariuzapregnolato.com.br/sobre-psicologos-em-sao-paulo-psicologa-clinica-especialista-em-analise-comportamental-e-cognitiva-pela-usp/>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

RODRIGUES, V. Arte Terapia: um campo transdisciplinar. In: CONGRESSO BRASILEIRO ONLINE: JUNG, AS TERAPIAS E O NOVO MILÊNIO, 1., 2015. **Anais eletônicos...** 2015. Disponível em: <<http://congresso-jungterapias.com.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

RUEDA, F. J. M. **Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)**. São Paulo: Vetor, 2013.

SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

STEIN, L. M. **TDE**: teste de desempenho escolar: manual para aplicação e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

TOSI, S. M. V. D. **TIG-NV**: Teste de Inteligência Geral Não-Verbal: instrumento para avaliação psicológica e neuropsicológica: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

WECHSLER, D. **Escala Wechsler de Inteligência para crianças (WISC-IV)**: manual de instruções para aplicação e avaliação. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

WECHSLER, S. M. **DFH III**: O Desenho da Figura Humana: Avaliação do Desenvolvimento Cognitivo de Crianças Brasileiras. 3. ed. Campinas: Impressão Digital, 2003.