PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. VOLUME I: INTRODUÇÃO

BÁRBARA FIGUEIREDO

C3

placebo
Editora

BÁRBARA FIGUEIREDO

Psicopatologia e Psicoterapia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Volume I: Introdução

Titulo: *Psicopatologia e Psicoterapia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Volume I: Introdução.* 1ª Edição. Outubro 2011.

ISBN:978-989-8463-27-2

Capa: Editora Placebo

Composição: Rafaela Matavelli

Lisboa: Placebo, Editora LDA.

Dedico este livro aos meus alunos.

placebo EDITORA

Bárbara Figueiredo

Psicopatologia e Psicoterapia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente.

Volume I: Introdução

Resumo

O primeiro volume da trilogia "Psicopatologia e Psicoterapia do Desenvolvimento da Criança e do Adolescente" propõe-se introduzir uma nova forma de formular, avaliar e tratar a perturbação psicológica da criança e do adolescente, baseada no modelo conceptual da Psicopatologia do Desenvolvimento. O corpo conceptual da Psicopatologia do Desenvolvimento é apresentado. Partindo da definição do seu campo de estudo, o leitor é familiarizado com as noções básicas, pressupostos essenciais e principais objectivos desta nova disciplina, que emerge principalmente em torno da necessidade de melhor compreender as trajectórias adaptadas e inadaptadas de desenvolvimento da criança e do adolescente. O leitor é também esclarecido quanto à avaliação, classificação e diagnóstico psicopatológico, no modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento. São apresentados os principais pressupostos, objectivos e procedimentos (gerais e específicos: com a criança, o adolescente e os pais e/ou família) para a avaliação, classificação e diagnóstico psicopatológico. São igualmente oferecidos elementos para a condução da entrevista e observação desenvolvimental com os pais, a criança e o adolescente; o lugar dos testes psicológicos neste processo é igualmente discutido. São enunciadas algumas propostas de classificação e diagnóstico desenvolvimental. O livro propõe ainda um ensaio quanto à aplicação do modelo conceptual da Psicopatologia do Desenvolvimento ao nível da ajuda psicológica e psicoterapia à criança, ao adolescente e aos pais/família.

placebo EDITORA

The first volume of the trilogy "Child and Adolescent Developmental Psychopathology and Psychotherapy" aims to introduce a new model to formulate, evaluate and treat child and adolescent psychological disturbances, based on a Developmental Psychopathology framework. The body concepts of Developmental Psychopathology are presented. From defining the field of study, the reader is familiarized with the basics, key assumptions and main objectives of this new discipline, which emerges mainly around the need to better understand the adapted and no adapted child and adolescent developmental pathways. The reader is also informed on the assessment, classification and diagnosis of psychopathology based on the model of Developmental Psychopathology. Key assumptions, objectives and procedures (general and specific: to children, adolescents and parents and / or the family) for the assessment, classification and diagnosis are presented. Elements to conduct the developmental interview and observation with parents, children and adolescents are offered as well; the place of psychological testing in this process is also discussed. Some suggestions for classification and developmental diagnosis are set out. The book also proposes new guidelines for the application the Developmental Psychopathology conceptual model, at the level of psychological counseling and psychotherapy with children, adolescents and their parent/family.

placebo EDITORA

Índice

Capítulo 1:

ntroduzindo uma nova forma de formular a perturbação psicológica da criança e do adolescente: Trajectórias adaptadas e trajectórias inadaptadas de desenvolvimento 1

1. Definição 1

2. Emergência 3

3. Pressupostos 6

Capítulo 2:

Psicopatologia do Desenvolvimento: Introduzindo uma nova forma de avaliar, classificar e diagnosticar a perturbação psicológica da criança e do adolescente 23

1. Pressupostos básicos 23

2. Objectivos 26

3. Procedimentos na avaliação desenvolvimental com a criança, com o adolescente e com os pais 27

4. Entrevista desenvolvimental com os pais. 33

5. Entrevista desenvolvimental com a criança 40

6. Entrevista desenvolvimental com o adolescente 50

7. Testes psicológicos 56

8. Classificação e diagnóstico desenvolvimental 59

Capítulo 3:

Psicopatologia do Desenvolvimento: Introduzindo uma nova forma de providenciar ajuda psicológica à criança, ao adolescente e aos pais 70

Notas 78

Bibliografia 79

Capítulo 1

Introduzindo uma nova forma de formular a perturbação psicológica da criança e do adolescente: Trajectórias adaptadas e trajectórias inadaptadas de desenvolvimento

Este primeiro capítulo destina-se à apresentação do corpo conceptual da Psicopatologia do Desenvolvimento. Partindo da definição do campo de estudo, o leitor ficará familiarizado com as noções básicas, pressupostos essenciais e principais objectivos desta nova disciplina, que emerge principalmente em torno da necessidade de melhor compreender as trajectórias adaptadas e inadaptadas de desenvolvimento da criança e do adolescente.

1. Definição

A Psicopatologia do Desenvolvimento trata do estudo das origens e do curso individual dos padrões adaptados e desadaptados de comportamento; a questão das trajectórias de desenvolvimento é o principal objecto desta nova disciplina (Cicchetti & Sroufe, 2000).

A Psicopatologia do Desenvolvimento foi primeiro definida como "*o estudo das origens e do curso dos modelos individuais de inadaptação comportamental, qualquer que seja a idade de começo, as causas, as transformações no comportamento manifesto, ou qualquer que seja a complexidade do curso e do modelo de desenvolvimento*" (Sroufe & Rutter, 1984, p.18).

Tal como comentam Ross e Jennings (1995), esta definição veicula as quatro principais características desta nova disciplina: 1) importância dada aos factores que conduzem ao início, curso e desenvolvimento do comportamento inadaptado; 2) interesse nas diferenças individuais, mais do que nas diferenças entre grupos; 3) relevância conferida ao comportamento inadaptado e não à classificação ou ao diagnóstico; 4) relações entre e estudo do comportamento adaptado, tanto quanto do comportamento inadaptado.

A Psicopatologia do Desenvolvimento representaria para Cicchetti e Toth (1997) *"um movimento de compreensão das causas, determinantes, cursos, sequelas, prevenção e tratamento das perturbações mentais, integrando múltiplas disciplinas dentro de uma perspectiva ontológica"* (p. 318). Esta abordagem inovadora caracterizar-se-ia por 1) procurar os mecanismos e

placebo EDITORA

processos que conduzem a eventuais resultados adaptados ou inadaptados, e não as relações de causa-efeito; 2) considerar os efeitos recíprocos entre a normalidade e a psicopatologia e o modo como esta interface pode informar as teorias do desenvolvimento normal; 3) atender à relação entre os resultados da investigação e a planificação da prevenção e intervenção.

Mais recentemente, Cicchetti e Sroufe (2000) esclarecem que a Psicopatologia do Desenvolvimento procura *"uma avaliação compreensiva dos processos biológicos, psicológicos, sociais e culturais e do modo como estes diferentes níveis de análise influenciam as diferenças individuais, a continuidade e descontinuidade dos padrões comportamentais adaptativos e maladaptativos, e as trajectórias pelas quais o mesmo resultado desenvolvimental pode ser obtido"* (p. 256). A Psicopatologia do Desenvolvimento examina os processos envolvidos no desenvolvimento adaptado e não adaptado, ao longo do ciclo de vida. O objectivo desta disciplina tem sido "*elucidar quanto ao interplay entre os aspectos biológicos, psicológicos, e socio-contextuais do desenvolvimento normativo e não normativo*" (Cicchetti & Toth, 2009, p. 16). Para este efeito, incorporou vários níveis de análise numa perspectiva multidisciplinar, procurando informar acerca da prevenção e intervenção a encetar (Cicchetti & Toth, 2009).

A Psicopatologia do Desenvolvimento diferencia-se assim: da psicopatologia em geral, por considerar o desenvolvimento normal; da psicopatologia da criança e do adolescente, por considerar as perturbações da idade adulta; da psicologia do desenvolvimento, por se interessar pelo desenvolvimento anormal e por focar em especial a prevenção e tratamento das perturbações psicopatológicas. Combina, no entanto, as abordagens destas disciplinas, no sentido de oferecer uma nova compreensão da psicopatologia (Ross & Jennings, 1995; Sameroff, 1989; Sroufe & Rutter, 1984). Como advertem Sroufe e Rutter (1984), é a componente desenvolvimental que distingue a Psicopatologia do Desenvolvimento de disciplinas como a psiquiatria ou a psicologia clínica, mas é o seu foco simultâneo nos padrões de adaptação e de desadaptação que a distingue da psicologia do desenvolvimento. A Psicopatologia do Desenvolvimento usa um enquadramento desenvolvimental, mas para elucidar a respeito dos muitos factores que podem contribuir para a emergência de psicopatologia, assim como dos factores que nesse mesmo contexto podem contribuir para que a psicopatologia seja evitada (Cicchetti, 2005).

A Psicopatologia do Desenvolvimento surge como uma nova forma de formular a perturbação psicológica, necessária pela falência dos modelos existentes para explicar a emergência e a manutenção do distúrbio, principalmente na infância e adolescência, mas também na idade adulta

placebo EDITORA

(Sameroff, 2000). A sua consideração primordial é que o processo adaptativo é complexo, dado que as transformações desenvolvimentais são uma regra. Torna-se por isso necessário compreender simultaneamente os padrões individuais de adaptação às tarefas de desenvolvimento e as transacções que ocorrem entre a adaptação numa determinada fase de desenvolvimento e as mudanças que são exigidas pelo ambiente numa fase seguinte (Sroufe & Rutter, 1984).

Nos pontos seguintes procurámos apresentar e desenvolver os pressupostos em que se baseia este novo olhar sobre o desenvolvimento adaptado e inadaptado do indivíduo.

2. Emergência

Foram propostos ao longo do século passado diferentes modelos conceptuais da psicopatologia, que se referem à questão de explicar como surge a perturbação psicopatológica, e divergem na preponderância dada aos factores biológicos ou genéticos, inicialmente privilegiados pelo modelo médico, *versus* aos factores ambientais, que encontramos sobretudo nas abordagens sociológicas, comportamentais, psicodinâmicas e sistémicas.

Partindo da ideia de que o desenvolvimento normal poderia ajudar a explicar as perturbações psicológicas, a Psicopatologia do Desenvolvimento emergiu, nos anos 70, da necessidade de estudar a interdependência entre o desenvolvimento normal e o desenvolvimento patológico (Joyce-Moniz, 1993) e compreender os distúrbios psicopatológicos enquadrados no momento do desenvolvimento em que ocorrem (Sameroff, 1989). Na explicação da psicopatologia, a Psicopatologia do Desenvolvimento acrescenta os factores desenvolvimentais, aos factores valorizados nas anteriores abordagens, referindo ainda que todos estes factores interagem entre si, e podem referir-se ao risco ou à protecção do indivíduo, como desenvolvemos mais adiante. *"Assume assim que as disposições genéticas e outras disposições biológicas, familiares, o contexto sociocultural, e a história desenvolvimental passada influenciam em conjunto a emergência de problemas emocionais e comportamentais, do mesmo modo que influenciam o desenvolvimento normal"* (Sroufe, Cooper, & Dehart 1996, p. 596). Na medida em que tais disposições se actualizam na maior facilidade ou dificuldade de o indivíduo resolver as tarefas que enfrenta num determinado momento do desenvolvimento.

placebo EDITORA

Segundo Cicchetti (1987), os passos iniciais no sentido das formulações actuais da Psicopatologia do Desenvolvimento foram dados pela psicanálise, sendo principalmente de ponderar os contributos de Anna Freud e de Margaret Mahler, pelas razões seguidamente apresentadas.

Anna Freud (1965), por ter sido, no âmbito da psicopatologia, a primeira a assinalar: 1) a importância de atender às diferenças fundamentais entre a criança e o adulto, formulando um enquadramento desenvolvimental para as perturbações psicopatológicas; 2) a presença de diferentes directrizes ou linhas de desenvolvimento; 3) a possibilidade de existir desarmonia entre as linhas de desenvolvimento, no caso da patologia.

Com efeito, na sua obra *"Infância normal e patológica"*, Anna Freud (1965) situa em 4 importantes áreas as diferenças fundamentais entre a criança e o adulto: 1) egocentrismo, 2) imaturidade sexual, 3) preponderância dos imperativos do id sobre as respostas do ego e 4) avaliação do tempo. Por egocentrismo infantil, quis dar conta do facto de a realidade exterior ser percebida à luz do ponto de vista da criança, das suas crenças e concepções próprias. Por imaturidade sexual, quis dar conta do facto de a realidade exterior ser percebida à luz das teorias sexuais infantis (das crenças próprias acerca do nascimento, fecundação, etc.) que se baseiam no estádio libidinal em que a criança se encontra. Por debilidade do pensamento e dos processos secundários, quis mostrar como é pobre a compreensão racional dos acontecimentos, em comparação com a força dos impulsos e fantasias da criança. Fala ainda de mais diferenças básicas entre o funcionamento cognitivo infantil e adulto, principalmente no que se refere à noção de tempo: a avaliação da extensão de um determinado período de tempo depende mais do modo como a criança suporta a espera, particularmente na gratificação das suas necessidades, do que do tempo real.

Nesta obra, a autora introduz também a noção de directrizes ou linhas de desenvolvimento. As directrizes de desenvolvimento traduzem o aumento gradual de autonomia da criança, o seu progressivo domínio do mundo interno e maior sujeição às necessidades do mundo externo, partindo de uma situação de dependência total em que é permanentemente invadida pelas suas necessidades subjectivas. Apresenta o protótipo de uma directriz de desenvolvimento, que se inicia numa fase de dependência total, progride para a autonomia emocional e desta para as relações objectais adultas, seguindo fases. (1) Unidade biológica na díade mãe-bebé; (2) fase da constância objectal (em que a criança possui uma imagem interior positiva do objecto interiorizado, mãe); (3) fase das relações ambivalentes (em que manifesta atitudes de apego, domínio e controle dos objectos relacionais); (4) fase edipiana, que se caracteriza pelos sentimentos de posse em relação

placebo EDITORA

ao progenitor do sexo oposto e ciúme e rivalidade em relação ao progenitor do mesmo sexo, proteccionismo, curiosidade, convites à admiração e atitudes exibicionistas; (5) período de latência, em que se verifica a transferência da libido das figuras parentais para outras figuras (professores, amigos) e interesses sublimados; (6) Adolescência, onde se observa a negação, reversão, afrouxamento e emancipação do vínculo com os objectos infantis.

Por ultimo, Anna Freud (1965) refere ainda a possibilidade de se observar desarmonia entre as diferentes linhas de desenvolvimento, o que se verifica a quando da presença de perturbação psicopatológica; sendo este um dos pressupostos actuais da Psicopatologia do Desenvolvimento, como descrevemos no ponto seguinte.

Margaret Mahler (1968), por sua vez, estudou extensivamente o modo como as manifestações psicopatológicas se associam a dificuldades da criança na resolução das tarefas presentes num determinado momento do desenvolvimento normal. Os seus contributos para a Psicopatologia do Desenvolvimento residem pois essencialmente no facto de ter descrito a perturbação psicopatológica como: 1) dificuldade na resolução das tarefas do desenvolvimento normal e 2) presença de certas características que são susceptíveis de ser consideradas normais em momentos anteriores do desenvolvimento.

A autora mostrou como dificuldades que surgem em diferentes momentos do desenvolvimento normal dão origem a perturbações psicológicas diversas. Diferencia assim o autismo, quando as dificuldades surgem ou reconduzem a criança à (primeira) fase autista, em que não é capaz de isolar os efeitos dos cuidados maternos do efeito dos seus próprios esforços. A psicose simbiótica, quando as dificuldades surgem na (segunda) fase simbiótica, em que a criança é já capaz de se perceber a si e à mãe, mas apenas como fazendo parte de uma mesma unidade. A ansiedade de separação, quando as dificuldades da criança surgem na (terceira) fase de separação-individuação, em que começa a diferenciar-se da mãe e a estabelecer uma verdadeira relação objectal fundada na constituição do próprio (em termos de realidade física distinta da mãe). Mostrou ainda como, o que é susceptível de ser observado na presença de uma perturbação psicopatológica (por exemplo, no caso do autismo) é igualmente susceptível de ser observado no curso do desenvolvimento normal (dado que existe uma fase de autismo normal em que essas mesmas características se verificam habitualmente). Por conseguinte, a perturbação pode ser identificada quando as características da fase autista se verificam numa idade em que seria de esperar que a criança estivesse numa outra etapa do seu desenvolvimento.

placebo EDITORA

Assinale-se por último que, quando Spitz (1965/1983) alerta que é necessário a criança ter estabelecido uma relação com a mãe, o que só acontece depois dos 6 ou 8 meses, para que manifeste consequências adversas da ruptura dessa mesma relação, e que tais consequências são diferentes consoante o estádio de desenvolvimento que a criança atravessa, o autor é o primeiro a considerar a relação entre desenvolvimento e psicopatologia.

A origem da Psicopatologia do Desenvolvimento situa-se todavia algures na sequência da reflexão em volta dos estudos longitudinais que mostraram que nem todas as crianças sujeitas às mesmas condições de risco exibiam os mesmos efeitos, assinalando a presença de grandes diferenças individuais nas trajectórias de desenvolvimento, bem como a competência dessas crianças (Garmezi & Streitman, 1974). O primeiro livro intitulado Psicopatologia do Desenvolvimento data de 1974 (Achenbach, 1974) e o capítulo de Rutter e Garmezi (1983), no *Handbook of Child Psychology*, esclarece quanto ao enquadramento conceptual e aos objectivos desta nova disciplina. Em 1984, um volume especial da revista *Child Development* foi dedicado à apresentação da Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti, 1984), traduzindo-se na publicação de artigos no domínio da definição conceptual e dos resultados de investigação empírica, que conduziu à clarificação e reconhecimento da disciplina pela comunidade científica. Mais tarde, em 1988, surge a revista *Development and Psychopathology*, afirmando a maturidade e individualidade da Psicopatologia do Desenvolvimento, com o número especial de 2000 dedicado à reflexão sobre o passado e o delinear das perspectivas futuras da disciplina.

3. Pressupostos

1) Interdependência entre (desenvolvimento) normal e (desenvolvimento) patológico

Sob a influência da psicologia do desenvolvimento, a Psicopatologia do Desenvolvimento assume alguns pressupostos – por exemplo, a interdependência entre o (desenvolvimento) normal e o (desenvolvimento) patológico – que leva para o domínio da compreensão das perturbações psicológicas, como passamos a esclarecer.

A interdependência entre o (desenvolvimento) normal e o (desenvolvimento) patológico é o pressuposto fundamental da Psicopatologia do Desenvolvimento, veiculado nas restantes premissas apresentadas mais a seguir, a saber: 1) continuidade e não oposição entre normal e patológico, definido com referência ao desenvolvimento normal

placebo EDITORA

(pelo que o mesmo comportamento pode ser considerado normal ou patológico consoante o seu papel no quadro do desenvolvimento do indivíduo e o nível de desenvolvimento deste); 2) o desenvolvimento normal e o desenvolvimento patológico processam-se ambos pelas mesmas normas que são as normas do desenvolvimento normal; 3) o desenvolvimento normal pode conduzir à emergência de psicopatologia, tanto quanto a psicopatologia pode conduzir ao desenvolvimento normal (como se explicita melhor no ponto 3); 4) são os mesmos, os factores que determinam o desenvolvimento normal e não normal (como é referido no ponto 4). Estas premissas resultaram sobretudo do estudo da perturbação psicológica na infância, mas permitiram uma melhor compreensão da psicopatologia também no adulto (Sameroff, 2000).

A interdependência entre o (desenvolvimento) normal e o (desenvolvimento) patológico traduz-se principalmente, como acabámos de ver, na afirmação de que o desenvolvimento patológico é susceptível de ser definido com relação ao desenvolvimento normal (Sameroff, 1989, 1993; Sroufe & Rutter, 1984), dado que, primeiro, são as mesmas, as normas que definem o desenvolvimento inadaptado e o desenvolvimento adaptado (como se apresenta no ponto 2.1). Tanto quanto, na afirmação de que o desenvolvimento patológico é susceptível de ser explicado através do desenvolvimento normal, visto que, segundo, são os mesmos os processos que regulam desenvolvimento inadaptado e desenvolvimento adaptado (como se mostra no ponto 2.2) e, terceiro, são ainda os mesmos, os factores que determinam o desenvolvimento normal e o desenvolvimento patológico (como se expõe no ponto 4).

A Psicopatologia do Desenvolvimento vê a origem das perturbações psicológicas no modo como o indivíduo resolve as tarefas e crises do desenvolvimento, conforme delimitadas pela Psicologia do Desenvolvimento. Comportamento adaptado e comportamento inadaptado devem pois ser considerados conjuntamente porque a perturbação tem com frequência as suas raízes no modo como o indivíduo lida com as tarefas normativas do desenvolvimento (Sroufe et al., 1996).

Uma importante implicação deste pressuposto consiste na humanização da psicopatologia que daí decorre, pois ao estabelecer que existe interdependência entre (desenvolvimento) normal e (desenvolvimento) patológico, a Psicopatologia do Desenvolvimento afirma que nada do que pode surgir na perturbação é radicalmente diferente do que se verifica no normal, o que irá traduzir-se em estratégias de inclusão e não de exclusão dos indivíduos com perturbação.

Por sua vez, se, como acabámos de ver, os processos de desenvolvimento normal são susceptíveis de esclarecer a respeito do que se verifica na

placebo EDITORA

perturbação. Admite-se também que o estudo das trajectórias inadaptadas de desenvolvimento pode de igual modo esclarecer a respeito dos processos normais de desenvolvimento. É assim possível saber mais acerca da patologia, estudando o desenvolvimento normal, tanto quanto é possível saber mais acerca do funcionamento normal, estudando a patologia (Cicchetti & Toth, 1997; Garber, 1984). O estudo da origem do comportamento inadequado pode ajudar a compreender processos de desenvolvimento normal que não são tão evidentes em condições normativas (Cicchetti & Sroufe 2000). Com efeito, dois dos principais princípios do desenvolvimento – o princípio de equifinalidade e o princípio de multifinalidade, que nos dão conta das múltiplas trajectórias de desenvolvimento – são susceptíveis de ser melhor estudados junto das crianças vítimas de maus-tratos. Muitas crianças maltratadas, embora sujeitas a uma diversidade de experiências específicas, exibem falhas semelhantes nas tarefas de desenvolvimento (princípio de equifinalidade); mesmo assim, nem todas as crianças maltratadas, alvo das mesmas experiências, são afectadas do mesmo modo por essas experiências, que por conseguinte não conduzem sempre ao mesmo resultado, pois algumas são e outras não são resilientes e apresentam ou não competências desenvolvimentais (princípio de multifinalidade).

A Psicopatologia do Desenvolvimento oferece assim uma visão e compreensão mais alargada e integrada do desenvolvimento adaptado e inadaptado, que explica como o indivíduo e o contexto trabalham conjuntamente para produzir padrões de funcionamento adaptados e inadaptados. Relaciona ainda o funcionamento passado com o funcionamento presente, mostrando como ambos influenciam o desenvolvimento futuro do indivíduo (Sameroff, 1989).

2) Perturbações psicológicas com referência ao desenvolvimento normal

2.1) Desenvolvimento normal enquanto critério de definição das perturbações psicológicas

A procura de critérios para definir normal e patológico tem sido uma das preocupações prevalecentes da Psicopatologia e, muito particularmente da Psicopatologia do Desenvolvimento, que reconduziu o cerne do debate para a questão da definição do comportamento adaptado *versus* inadaptado (Sameroff, 2000). Foram sucessivamente propostas diversas formas de operar a distinção entre normal e patológico, tal como apresentamos a

placebo EDITORA

seguir, as quais têm implicações ao nível da avaliação e intervenção a encetar, como exemplificamos ao longo dos capítulos seguintes.

O normal foi em primeiro lugar definido segundo o modelo médico, enquanto saúde, pela ausência de sintomas, por oposição ao anormal, enunciado enquanto doença, pela presença de sintomas. Entretanto, os estudos longitudinais mostraram que a ausência de sintomas não equivale à normalidade, tal como se observa no conformismo adaptativo ou na submissão exagerada às exigências do meio. Mostraram ainda que, em determinados momentos, os mesmos sintomas que são susceptíveis de ser observados anterior ou posteriormente na doença, podem caracterizar os processos normais de desenvolvimento.

O normal foi em segundo lugar definido segundo o modelo estatístico, por referência à zona média da curva de *Gauss*, por oposição ao anormal, delimitado por se situar fora dessa zona. As dificuldades que decorrem deste modelo são diversas e prendem-se essencialmente com o facto de nem todos os comportamentos se distribuírem segundo a curva normal e a normalidade poder verificar-se nos extremos da curva de distribuição estatística.

Mais recentemente, o normal foi definido com referência ao processo dinâmico de recuperação do equilíbrio, característico do desenvolvimento e adaptação ao meio. Perante os desequilíbrios temporários que as exigências do desenvolvimento e do meio podem implicar, estaríamos face a processos normais, desde que garantida a competência adaptativa do indivíduo (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991).

O recurso à psicologia do desenvolvimento permitiu um conjunto de reflexões conducentes ao melhor esclarecimento dos critérios necessários à definição de perturbação psicológica. Com efeito, um mesmo comportamento é julgado adaptado ou inadaptado tendo em conta: primeiro, o nível de desenvolvimento do indivíduo (o desvio às normas apropriadas para a idade) e, segundo, o lugar que ocupa na trajectória de desenvolvimento (promovendo ou impedido a progressão desenvolvimental). No entanto, usando uma formulação desenvolvimental no estudo da psicopatologia, a Psicopatologia do Desenvolvimento confronta-se com a compreensão do comportamento inadaptado como uma das muitas adaptações possíveis às circunstâncias do meio (Sameroff, 2000).

No desenvolvimento normal, os comportamentos que nos indicam um funcionamento adaptado, tanto quanto os comportamentos que nos indicam um funcionamento inadaptado, modificam-se com a idade. Um comportamento pode geralmente ser considerado adaptado, se susceptível

placebo EDITORA

de ser observado na maior parte das crianças ou adolescentes de uma dada idade, ou inadaptado, se não susceptível de ser observado junto da maioria das crianças ou adolescentes dessa idade (Garber, 1984; Sroufe et al., 1996; Sameroff, 1989). No entanto, embora apropriado numa determinada idade, um mesmo comportamento pode ainda ser adaptado ou inadaptado, tendo em conta a sua frequência ou intensidade, com relação ao que se verifica na maioria dos indivíduos dessa idade.

Perante tais limitações, para definir o carácter adaptado ou inadaptado de um comportamento, os autores acrescentam a questão de o mesmo interferir ou não com os processos normais de desenvolvimento. Assim, um mesmo comportamento poderá ser ou não encarado enquanto perturbação psicológica, no caso de interferir negativa ou positivamente com o curso normal do desenvolvimento do indivíduo (Garber, 1984). Como mostram os estudos longitudinais realizados no quadro da Psicopatologia do Desenvolvimento, o mesmo comportamento poderá ser normativo ou patológico, e será patológico quando interferir adversamente com os processos de desenvolvimento do indivíduo, inibindo-os, por exemplo. Segundo este mesmo critério desenvolvimental, o comportamento pode ainda ser adaptado às circunstâncias do meio, não obstante ser um comportamento anormal (Ross & Jennings, 1995). Com efeito, um comportamento (por exemplo, o evitamento da mãe) pode ser adaptado às circunstâncias adversas do meio (no caso de a mãe ser rejeitante), por garantir a adaptação do indivíduo a essas mesmas condições, e ser inadaptado por entravar o processo normal de desenvolvimento do indivíduo (interferindo, entre outros aspectos, no estabelecimento de boas relações com os pares).

Por vezes, a criança usa os sintomas de forma apropriada, como forma de se proteger contra interferências ao seu desenvolvimento adaptado. Outras vezes, exibe elevada resiliência perante circunstâncias desenvolvimentais muito desfavoráveis, compensa tais interferências adversas através de um comportamento menos adaptado, que no entanto a protege de desenvolver formas mais graves de psicopatologia (PDM Task Force, 2006).

2.2) Desenvolvimento enquanto critério de explicação da emergência de perturbações psicológicas (dificuldades desenvolvimentais)

O recurso à psicologia do desenvolvimento permitiu ainda, explicar as perturbações psicológicas enquanto dificuldades de desenvolvimento – ou seja, como dificuldades em resolver questões características e realizar tarefas próprias do período de desenvolvimento que o indivíduo atravessa – que se manifestam em problemas comportamentais ou emocionais (Masten & Curtis, 2000). Em cada fase, novas exigências e tarefas são impostas à

placebo EDITORA

criança ou ao adolescente, cuja adaptação depende da facilidade ou dificuldade para resolver essas tarefas (em parte resultante do modo como resolveu tarefas desenvolvimentais anteriores e permitiu ou não à aquisição das competências necessárias à resolução positiva das tarefas que agora enfrenta). Assim, para além das circunstâncias biológicas e relativas ao meio ambiente, concebe-se a influência das experiências desenvolvimentais anteriores que condicionam o modo como as tarefas actuais podem ser resolvidas, tal como Erickson (1950/1976) pressuponha no seu diagrama epigenético.

Embora a psicologia do desenvolvimento tenha nascido em volta do que se observa na infância, a partir dos anos 50, alguns autores, com especial referência para Erickson (Erickson, 1950/1976), mostraram que também se pode falar em desenvolvimento na idade adulta. Para além do crescimento físico, importava estudar outras dimensões, cujo desenvolvimento se estende a todo o ciclo de vida, dado que aos imperativos da maturação física se sucedem outros de cariz mais social e cultural (Piaget & Inhelder, 1966), os quais favorecem a aquisição de novas competências, principalmente ao nível interpessoal, na idade adulta. O desenvolvimento acontece todo ao longo do ciclo de vida, pelo que a compreensão desenvolvimental, tal como se estende para além do desenvolvimento normal, não necessita mais circunscrever-se à criança, sendo susceptível de se aplicar à presença de perturbação que, na resolução das sucessivas tarefas desenvolvimentais, pode surgir em qualquer momento do ciclo de vida.

2.2.1) Crises e Tarefas de Desenvolvimento

Alguns autores alertam que, ao longo de todo o ciclo de vida, se sucedem situações de mudança – a nível biológico, psicológico ou social – que exigem um esforço suplementar para manter o equilíbrio (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991). Esses momentos decorrem do próprio processo de desenvolvimento, são previsíveis e normais, podendo por conseguinte ser designados de crises de desenvolvimento.

Por fazerem parte da experiência comum dos indivíduos, as crises de desenvolvimento (que são, por exemplo, a puberdade, a gravidez e a velhice) distinguem-se de outro tipo de crises que são acidentais (como seja, a morte de um familiar, uma intervenção cirúrgica de urgência ou a ocorrência de um desastre natural). No entanto, à semelhança das outras crises, as crises de desenvolvimento são momentos de risco, pois a ruptura na *homeostasia* que as caracteriza determina um aumento da vulnerabilidade para o desequilíbrio (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991; Sameroff, 1993).

placebo EDITORA

Relativamente às crises desenvolvimentais, importa ainda salientar alguns aspectos relevantes. Muito embora em relação às crises acidentais a nossa acção não pode ser muito mais do que remediativa, (1) é possível ter uma acção preventiva junto das crises de desenvolvimento. Com efeito, e dado que são previsíveis, pode encetar-se uma intervenção no sentido de preparar e ajudar o indivíduo a fazer face às novas exigências desenvolvimentais, ou seja, no sentindo de beneficiar a adaptação às mudanças sem que seja necessário romper o equilíbrio. Também porquanto a resolução de uma crise desenvolvimental depende sempre do jogo entre forças endógenas e exógenas, nomeadamente da intervenção de apoios externos. (2) A quando de uma crise desenvolvimental, a pessoa está particularmente receptiva ao auxílio psicológico, nomeadamente porque perante o desequilíbrio pode sentir a necessidade de ajuda e porque os seus esquemas estão particularmente abertos. Também por isso a crise desenvolvimental é um momento privilegiado de intervenção psicológica. (3) A resolução positiva de uma crise desenvolvimental implica geralmente a aquisição de novas competências e uma maior adaptação ao meio (Caplan, 1964).

Nesse sentido, a desordem poderá surgir no quadro do desenvolvimento normal, tanto quanto no quadro do desenvolvimento anormal. Sendo característica do crescimento e maturação, traduz um estado de desequilíbrio temporário conducente à necessidade de reorganização, a qual é a maior parte das vezes efectiva, dado a plasticidade do indivíduo e do ambiente. No entanto, na sequência do desequilíbrio gerado pelas mudanças que fazem parte do processo normal de desenvolvimento, os mecanismos de regulação podem estar ausentes, o que pode determinar um desenvolvimento não-normativo (Sameroff, 1993).

O processo de desenvolvimento obriga assim o indivíduo a enfrentar determinadas crises que são normativas, sendo que a resolução das mesmas consubstancia-se na resolução de determinadas tarefas, em cada momento do desenvolvimento do indivíduo. Traduzindo-se na sua melhor adaptação ao meio.

2.3) Desenvolvimento enquanto critério de compreensão das perturbações psicológicas (enquadramento desenvolvimental das perturbações psicológicas)

O enquadramento desenvolvimental consiste em compreender a emergência das perturbações psicológicas à luz do que acontece em termos do desenvolvimento normal, como acabámos de descrever. Mas, consiste ainda em formular que as mesmas manifestações psicopatológicas ganham diferentes matizes, tendo em conta o momento de desenvolvimento,

placebo EDITORA

nomeadamente em função das possibilidades cognitivas da criança ou adolescente (Ross & Jennings, 1995). Assim, a expressão de determinadas manifestações psicopatológicas (como seja, a depressão) pode verificar-se pela observação de uma panóplia de comportamentos muito diversos, consoante a idade. Tanto como, a expressão de outras dificuldades (como seja, a ansiedade de separação), embora possa fazer-se a partir dos mesmos comportamentos, terá significados muito diversos consoante o nível de desenvolvimento da criança ou do adolescente.

3) Continuidade e descontinuidade entre a infância e a idade adulta (trajectórias de desenvolvimento)

A Psicopatologia do Desenvolvimento estabeleceu-se na confluência de algumas questões ou controvérsias no domínio da psicopatologia da criança, sendo que a assunção da continuidade (estabilidade) tanto quanto da descontinuidade (mudança) entre a infância e a idade adulta é um dos seus pressupostos essenciais. Continuidade e descontinuidade estão ambas presentes no desenvolvimento do indivíduo (e.g., Ross & Jennings, 1995; Rutter & Sroufe, 2000; Sameroff, 1989, 1993).

Sameroff (1989) considera que os distúrbios psicológicos têm uma inserção muito diversa no ciclo de vida e critica o modelo biomédico por não ponderar o seu enquadramento desenvolvimental. Particularmente, o modelo biomédico defendeu que: 1) o mesmo determinante vai provocar, em qualquer idade, a mesma estrutura patológica; 2) o mesmo sintoma (ou sintomas) resulta sempre do (s) mesmo (s) determinante (s), quer se trate da criança ou do adulto; 3) distúrbios específicos na criança vão levar a distúrbios semelhantes na idade adulta. Pelo contrário, tal como a investigação empírica assinalam: 1) uma mesma entidade pode causar diferentes perturbações na criança e no adulto; 2) o mesmo sintoma pode resultar de diferentes entidades na criança e no adulto; 3) desordens específicas na infância não conduzem necessariamente às mesmas perturbações na idade adulta (e.g., Garber, 1984; Sameroff, 1989).

Baseada nas evidências que se enunciam a seguir, a Psicopatologia do Desenvolvimento admite que existe continuidade tanto quanto descontinuidade, na trajectória desenvolvimental, quer adaptada quer inadaptada, do indivíduo (e.g., Garber, 1984; Ross & Jennings, 1995; Sameroff, 1989, 1993). Há continuidade, dado que alguns problemas que se verificam na infância podem originar, diferentes ou os mesmos, problemas na idade adulta. Por exemplo, algumas perturbações, embora poucas, podem ter o seu início na infância e persistir na idade adulta, tal como é o

placebo EDITORA

caso da esquizofrenia. Há descontinuidade, porque (1) algumas perturbações surgem na infância, mas só excepcionalmente se prolongam na idade adulta (por exemplo, a enurese); (2) outras perturbações geralmente associadas à infância e adolescência, só ocasionalmente surgem na idade adulta (por exemplo, a anorexia); (3) e outras perturbações, ainda que mais próprias da idade adulta, podem não ter quaisquer antecedentes na infância ou, embora tenham antecedentes na infância, verificarem-se sob outras formas sintomáticas (por exemplo, o abuso de substâncias). Assim sendo, nem sempre uma perturbação na idade adulta tem a sua origem na mesma perturbação na infância e nem sempre a mesma perturbação da infância ou adolescência conduz a uma dada perturbação na idade adulta, sendo que a mesma perturbação na criança ou adolescente pode ainda simplesmente não conduzir ou conduzir a diferentes perturbações no adulto. Existe descontinuidade porque se observa que diferentes trajectórias de desenvolvimento podem conduzir ao mesmo resultado na idade adulta, assim como uma mesma trajectória pode conduzir a diferentes resultados na idade adulta, sendo que a presença ou ausência de dificuldades na criança ou adolescente não garante a presença ou ausência de dificuldades no adulto, tal como mostram os estudos longitudinais realizados neste âmbito (e.g., Sameroff & Fiese, 1990).

A Psicopatologia do Desenvolvimento questiona-se ainda acerca dos factores que condicionam uma trajectória adaptada ou desadaptada de desenvolvimento, assim como acerca dos factores que condicionam a descontinuidade ou a continuidade de uma dada trajectória adaptada ou desadaptada de desenvolvimento (Sroufe et al., 1996), como abordamos no ponto seguinte.

4) Factores de risco e factores protectores e sua influência na trajectória desenvolvimental do indivíduo

A Psicopatologia do Desenvolvimento considera que são análogos os factores que determinam a trajectória desenvolvimental adaptada ou inadaptada do indivíduo (Sroufe et al., 1996; Sameroff, 1993), os quais passámos a apresentar.

4.1) Factores de risco e vulnerabilidade

O risco refere-se à probabilidade de vir a ocorrer um desvio na trajectória desenvolvimental do indivíduo. Determinados factores aumentam essa probabilidade, e são por isso designados de factores de risco. Os factores de risco são as características do indivíduo (ou de um grupo de indivíduos),

placebo EDITORA

tanto quanto as características ou condições de sua existência, que aumentam a probabilidade de manifestar algum desvio e/ou sofrer os efeitos de circunstâncias adversas. Quando nos referimos às características do indivíduo, é geralmente empregue a designação "vulnerabilidade" (e.g., Anthony & Kopernick, 1974). Muitos estudos mostraram, por exemplo, a maior vulnerabilidade dos bebés prematuros ou com dificuldades temperamentais a um conjunto de circunstâncias adversas, nomeadamente aos maus-tratos parentais (e.g., Frodi, 1981).

Os factores de risco podem esquematicamente agrupar-se de diversos modos.

Cordeiro (1987), por exemplo, distingue três tipos de factores de risco: 1) factores de risco biológico, que se referem ao organismo do indivíduo (por exemplo, lesões traumáticas, tóxicas ou infecciosas); 2) factores de risco psicossocial, que se referem às circunstâncias imediatas de vida do indivíduo (por exemplo, instabilidade profissional, desemprego, morte de um dos pais); 3) factores de risco sociocultural, que se referem às circunstâncias mais vastas de vida do indivíduo (por exemplo, emigração, pertença a minoria étnica) (García-Coll & Meyer, 1993).

A Psicopatologia do Desenvolvimento assinala que os factores de risco podem ainda ser desenvolvimentais, quando se referem às circunstâncias de desenvolvimento do indivíduo (Sroufe et al., 1996).

O modelo ecológico de Bronfenbrenner (1977, 1979) é uma outra maneira de situar os factores de risco, que são referidos: ao indivíduo em si e ao seu desenvolvimento ("*ontogenetic development*"), ao microssistema ou contexto imediato em que se desenvolve, ao exossistema ou estruturas sociais que rodeiam a sua família, e ao macrossistema ou sistema de valores e crenças da sociedade a que pertence. Este modelo, para além de assinalar a importância de muitos factores que não tinham sido até ao momento considerados, põe a tónica no facto de existir uma interacção entre os múltiplos factores de risco. Tanto como entre os múltiplos factores de risco e protectores (de que falaremos a seguir), os quais se situam nos mesmos níveis do ecossistema humano, dando assim conta da extrema complexidade da determinação do desenvolvimento humano (Sameroff & Fiese, 1990). Alguns estudos longitudinais mais recentes demonstraram a importância de se considerar a possibilidade dos factores de risco se situarem em cada um dos sistemas do ecossistema humano acima discriminados, visto que, na determinação da trajectória desenvolvimental dos indivíduos estudados, observam a influência de variáveis relativas a cada um e a todos os níveis definidos pelo modelo (Furstenberg, Cook, Eccles, Elder, & Sameroff, 1999).

placebo EDITORA

Por último, Cicchetti e Rizley (1981) alertam para a necessidade de caracterizar os factores de risco em relação à duração dos seus efeitos, distinguindo factores de risco de vulnerabilidade, entendidos como características ou circunstâncias crónicas, e factores de risco transitórios, que representam características ou circunstâncias transitórias.

Importa ainda salientar que o impacto desenvolvimental de um factor de risco tem geralmente variabilidade muito elevada (Rutter & Sroufe, 2000), mesmo quando se pesam os factores de risco biológicos (Shonkoff & Marshall, 1990): a sua presença, embora aumente a probabilidade, não obriga que a perturbação venha a manifestar-se. No entanto, sem mesmo assim assegurar que a perturbação venha a manifestar-se, a presença de uma multiplicidade de factores de risco pode potenciar o efeito isolado de cada um (efeito cumulativo) e aumentar exponencialmente a probabilidade de a perturbação vir a acontecer, como se verificou em diversos estudos empíricos (Sameroff, 1993; Sameroff & Fiese, 1990; Sroufe et al., 1996).

Não obstante, observa-se também o seguinte: (1) a mesma perturbação psicológica pode ser causada por combinações diversas de diferentes factores de risco; (2) a presença de um mesmo ou de um mesmo conjunto de factores de risco pode conduzir a perturbações diversas, consoante o contexto e o indivíduo, nomeadamente consoante o seu nível de desenvolvimento; (3) a extensão da influência de um factor de risco varia largamente consoante o nível de desenvolvimento do indivíduo; (4) mais do que a sua natureza é o número de factores de risco que determina a ocorrência de perturbação (Cicchetti & Toth, 1997; Sameroff, 1989; Sameroff & Fiese, 1990; Sroufe et al., 1996). "*Um factor único pode ter consequências diversas e um mesmo resultado pode suceder a uma variedade de trajectórias*" (Rutter & Sroufe, 2000, p. 287).

4.2) Factores protectores e resiliência

Nos anos 80, alguns dos estudos que se propunham avaliar o efeito de determinadas circunstâncias de risco, começaram a mostrar que, nessas mesmas circunstâncias adversas, se muitos indivíduos fracassam, outros, com certas características e/ou na presença de certas condições do meio, escapam aos efeitos negativos que geralmente daí decorrem, e são capazes de um comportamento e desenvolvimento adaptado. Nos últimos anos, foram conduzidas inúmeras investigações com o objectivo de encontrar quais as características que permitem que alguns indivíduos, na presença de factores de risco biológicos, desenvolvimentais ou sociais, lidem com sucesso com circunstâncias adversas e se tornem resilientes, enquanto outros indivíduos se mostram vulneráveis perante essas mesmas condições (e.g., Werner, 1988). Na sequência desses trabalhos, o ser humano

placebo EDITORA

mostrou-se essencialmente plástico e muito mais resistente do que até então se supunha. Revelou competências extraordinárias para lidar com a adversidade e para se adaptar às mais variadas conjunturas do meio. Mostrou-se activo na produção da sua própria trajectória desenvolvimental (Sameroff, 1993).

Os factores protectores reportam-se às características do indivíduo (ou de um grupo de indivíduos), tanto quanto às características ou condições de sua existência, que, contrariamente aos factores de risco, diminuem a probabilidade de manifestar algum desvio e/ou sofrer os efeitos de circunstâncias adversas, permitindo um desenvolvimento adequado. Tais seriam ainda os processos que, ao interagir com os factores de risco, reduzem a probabilidade de se efectivarem as consequências negativas que estes geralmente determinam (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Ou seja, características da criança, aspectos da família, ou do meio ambiente mais geral, que diferenciam crianças com uma adaptação positiva quando comparadas com aquelas que se mostram menos ajustadas (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Quando nos referimos às características do indivíduo que garantem um comportamento adaptado na presença de circunstâncias adversas, empregámos habitualmente o termo resiliência, guardando a designação factores protectores para as circunstâncias do meio que protegem o indivíduo do efeito adverso dos factores de risco. No entanto, tal não é extensível a todos os autores, gerando alguma confusão na literatura, entre o que uns e outros consideram resiliência e factores protectores. É também motivo de confusão o facto de alguns investigadores incluírem nos factores protectores circunstâncias com sinal contrário aos factores de risco, enquanto outros (e.g., Rutter, 1987) e a nosso ver correctamente, argumentam que os factores protectores só têm sentido na presença de adversidade e são condições diversas e não o pólo positivo dos factores de risco.

Por resiliência, alguns autores entendem as características individuais que – tal como observámos para os factores de risco, podem ser biológicas, psicológicas, desenvolvimentais ou outras – se interpõem à trajectória causal do risco e permitem a adaptação na presença de adversidade. Outros falam sobretudo dos processos que nessas circunstâncias são postos em acção pelo indivíduo e permitem a sua sobrevivência adaptada. Cicchetti e Rogosch (2007) definem resiliência como um processo desenvolvimental positivo, de adaptação no contexto de adversidade, e referem que os seus determinantes se encontram a diversos níveis, incluindo o biológico. Outros ainda – entendem a resiliência como um resultado. Rutter (1985), por exemplo, mostrou a existência de variações na resposta do indivíduo a uma

placebo EDITORA

série de situações adversas e ao *stress*, e chamou de resiliência *"ao fenómeno de manter um funcionamento adaptado na presença de condições de risco muito adversas"* (Rutter, 1990, p. 209).

Luthar, Cicchetti, e Becker (2000) clarificam por resiliência entenda-se *"um processo dinâmico que permite a manutenção de adaptação positiva no contexto de adversidade significativa" (p.543*), o que implica: 1) a exposição a adversidade e 2) a adaptação positiva. Nesse sentido, diferenciam "*resilience*" – como processo – de "*resiliency*" – enquanto característica (s) da criança.

Os conceitos de resiliência e factores protectores, propostos mais recentemente, contrapõem-se pela positiva às noções anteriores de vulnerabilidade e factores de risco (Cicchetti & Toth, 1997; Werner, 1990).

Examinar o risco e a resiliência é essencial para elucidar o papel dos factores biológicos, psicológicos e ambientais na promoção ou inibição da adaptação positiva, pode informar acerca do desenvolvimento normal, tanto quanto acerca da psicopatologia (Cicchetti & Toth, 1997). Para além do mais, saber a respeito dos processos pelos quais a adaptação acontece em contextos de adversidade, informa acerca do modo como podemos prevenir e intervir ao nível da promoção do desenvolvimento dos indivíduos sujeitos a essas condições (Masten & Curtis, 2000), quando as mesmas não são susceptíveis de poderem ser alteradas.

Note-se que crianças que vivem em condições de adversidade podem exibir um funcionamento positivo em determinadas áreas e não adaptado em outras áreas, num determinado momento, mas não ao longo da sua trajectória de desenvolvimento. O impacto de um factor de risco ou protector depende ainda do momento de desenvolvimento em que ocorre (Yates, 2004). Por exemplo, determinados factores de risco, como os desastres naturais, e determinados factores protectores como a presença de pares, têm maior impacto na criança em idade escolar do que no bebé, ao passo que a negligência parental pode ter mais impacto adverso no bebé do que na criança de idade escolar.

5) As trajectórias desenvolvimentais (adaptadas ou inadaptadas) resultam das sucessivas transacções entre o indivíduo e o ambiente

A investigação tem vindo a revelar um vasto conjunto de características individuais (como seja, a presença de um padrão seguro de vinculação ou de um bom nível de desenvolvimento intelectual) e de condições do meio (como seja, a presença de uma rede de relações interpessoais de suporte)

placebo EDITORA

que, na presença de adversidade, impede o desenvolvimento inadaptado, amortecendo ou contradizendo o efeito dos factores de risco.

A compreensão das dificuldades que podem surgir na realização das tarefas desenvolvimentais da infância e adolescência tem no entanto sido em grande parte situada no quadro das relações da criança ou do adolescente com os pais, no contexto da família. O contexto social e cultural envolvente, que interfere designadamente no comportamento parental, é largamente considerado (e.g., Garcia, Coll, & Meier, 1993), mas considera-se que é no quadro das transacções entre a criança ou o adolescente e os pais que a maior parte das perturbações psicológicas são susceptíveis de se actualizar. Não pode nunca a criança ser retirada do meio-ambiente que regula o seu desenvolvimento, sob pena da nossa compreensão ficar muito limitada (Anders, 1989; Emde & Spicer, 2000; Sameroff, 1989, 1993, 2000; Sameroff & Fiese, 1990).

Alguns clínicos que se debruçaram sobre as manifestações psicopatológicas da criança mais pequena, chegaram mesmo a considerar que não é possível falar de perturbações psicológicas da infância, mas apenas de relações e interacções criança-pais perturbadas, oferecendo um sistema de classificação para as mesmas (e.g., Anders, 1989; Emde & Spicer, 2000). Assim sendo, pelo menos no que se refere à infância, pode não ser correcto designar perturbações psicológicas ao indivíduo, mas sim relações disfuncionais, para as quais contribuem características da criança, tanto quanto dos pais. O factor causal não é colocado em nenhuma das partes *per* si, mas sim no quadro das relações que se estabelecem entre ambas, sendo que muito embora o problema possa ter sido iniciado por um dos elementos da díade, são inevitáveis os efeitos que se observam no outro elemento, o qual, por sua vez, se não for capaz de regular a interacção, acaba por participar na determinação do distúrbio. O estudo das perturbações psicológicas da criança pequena revelou assim a importância do contexto relacional para a psicopatologia (Emde & Spicer, 2000).

A investigação no domínio da psicologia do desenvolvimento mostrou como os indivíduos são diferentes à nascença (Thomas, Chess, & Birch, 1968), nomeadamente na sua competência para iniciar e se envolver nas interacções com os pais. Competência que é em parte determinada biologicamente (Rothbart, 1989) e que em parte determina o curso da relação com os pais, testemunhando o efeito da criança no seu meio-ambiente e na qualidade de cuidados de que é alvo (Bell, 1968; Sameroff, 1993). Algumas dessas diferenças podem gerar dificuldades nas transacções com o meio, susceptíveis de se actualizarem em perturbações relacionais, no caso de o meio reforçar em vez de suprir tais disposições iniciais (e.g., Seifer & Sameroff, 1986). Ou seja, no caso de os pais não

placebo EDITORA

serem suficientemente sensíveis às características individuais da criança e não providenciarem a regulação das interacções com a mesma (Costa & Figueiredo, 2010; Sameroff, 1989).

Nas relações existentes entre a criança e os pais, interfere a qualidade do relacionamento parental e o ambiente relacional geral da família. É também relevante o efeito da história relacional dos pais (a história das relações que cada um teve com os seus pais), o que os autores têm vindo a designar por transmissão intergeneracional dos padrões de relacionamento pais-filhos (e.g., Lyons-Ruth & Zeanah, 1993), e foi particularmente observado no caso dos maus-tratos (e.g., Egeland, Jacobvitz, & Sroufe, 1988). Com efeito, ao longo da sua trajectória desenvolvimental, os indivíduos constroem determinados padrões de relacionamento, com base nas interacções que estabeleceram, principalmente com os seus pais durante a infância. Esses padrões de relacionamento, correspondem a determinadas expectativas acerca do *self* e dos outros, geradas a quando das interacções repetidas com os pais e mais tarde interiorizadas no que a teoria da vinculação designou de *"working models"* (Bowlby, 1973, 1988). Actualizam-se singularmente nas relações significativas, em particular com os filhos. Hoje em dia, são já muitas as investigações empíricas que testemunham como as relações passadas com os pais interferem nas relações presentes do indivíduo com a criança, designadamente porque determinaram a representação da vinculação dos pais que se actualiza nas relações significativas presentes, em particular nas que se estabelecem com os filhos (e.g., Ainsworth & Eichherg, 1991; Grossman, Fremmer-Bombik, Rudolph, & Grossman, 1988; Zeanah, Benoit, Barton, Regan, Hirshberg, & Lipsitt, 1993).

Importa no entanto salientar melhor que: (1) a influência da família não se circunscreve apenas à mãe, inicialmente retractada na literatura, pois inclui igualmente o pai, os avós e os irmãos que também interferem na determinação do contexto imediato de desenvolvimento do indivíduo (Crockenberg, Lyons-Ruth, & Dickstein, 1993; Sameroff, 1989). (2) O impacto da família diminui à medida que a criança se desenvolve, pois aumenta a possibilidade de diversificar as interacções com um número cada vez maior de pessoas.

Segundo o modelo transaccional, a trajectória desenvolvimental *"não é o produto das características iniciais da criança ou do contexto, nem mesmo da sua combinação, mas resulta das interacções que ao longo do tempo se verificam entre a criança e o meio, sendo que o estado de um afecta o estado do outro, num contínuo processo interactivo"* (Sameroff, 1993, p. 4). Por outras palavras, o meio não age simplesmente sobre a criança, pois a criança selecciona, interpreta e age de forma dinâmica sobre o ambiente,

placebo EDITORA

ocorrendo processos interactivos entre a criança e o meio que conduzem à emergência e guiam o curso do comportamento adaptado e inadaptado, sendo ainda que tais processos se transformam ao longo do tempo (Cicchetti & Sroufe, 2000).

O que é inovador neste modelo, é a importância conferida ao efeito da criança sobre o meio-ambiente, *"o que a criança ilícita no meio e o que a criança é capaz de retirar do meio ambiente"* (Sameroff & Fiese, 1990, p. 142): a experiência providenciada pelo meio não é por consequência independente da criança. Comparativamente inovadora é a importância dada ao dinamismo da criança e do meio-ambiente, sempre em constante mudança: a continuidade que pode verificar-se no desenvolvimento resulta, por consequência, não da permanência das características da criança ou do meio-ambiente, mas sim da continuidade na relação da criança com o meio-ambiente, a qual pode ou não resultar da continuidade ambiental (Bowlby, 1988; Sameroff, 1993).

A trajectória de desenvolvimento não é nem função do indivíduo, nem função do contexto *per se*, mas resulta das transacções dinâmicas que se verificam na sequência da combinação dos dois. No modelo transaccional, o desenvolvimento da criança é visto como o produto de interacções dinâmicas e continuadas entre a criança e a sua família e contexto social.

Podemos por conseguinte concluir o seguinte:

1. O desenvolvimento e a maturação são, por si só, fontes de conflito entre a criança e as exigências do meio e obrigam à realização de determinadas tarefas de desenvolvimento. Existem crises ao longo do desenvolvimento que são oportunidades de crescimento, mas podem igualmente suscitar o aparecimento de respostas menos adaptadas, caso o indivíduo esteja em dificuldades na resolução das referidas tarefas.

2. Fazer julgamentos em termos dicotómicos acerca da normalidade *versus* patologia é teoricamente pouco fundamentado, sendo a noção de contínuo mais adequada. Não traz também grandes vantagens práticas, pois a intervenção em psicologia estende-se hoje para além da patologia, ao domínio da normalidade, prevenção e desenvolvimento.

3. Mais importante é avaliar o risco, os factores de risco e os factores protectores. Avaliar os benefícios desenvolvimentais e o comprometimento desenvolvimental dos comportamentos da criança ou do adolescente. Considerar os vários eixos de localização dos potenciais factores geradores de psicopatologia e dos recursos da criança ou adolescente para lidar com a adversidade e o desenvolvimento.

placebo EDITORA

Cicchetti e Sroufe (2000) encaram como principais adventos da Psicopatologia do Desenvolvimento, o facto de ter considerado a trajectória desenvolvimental do indivíduo como multi-determinada por factores de risco e factores protectores (e pela interacção entre estes), bem como a circunstância de ter reafirmado a heterogeneidade da perturbação, a continuidade e descontinuidade no desenvolvimento do comportamento adaptado e inadaptado, e a importância dos processos e mecanismos desenvolvimentais. Em termos das direcções futuras desta disciplina, assinalam a necessidade de desenvolver um sistema de classificação desenvolvimental das perturbações psicológicas da infância e da adolescência, tendo em conta as limitações impostas pelo uso das classificações correntes, já de si pouco adequadas para a compreensão da psicopatologia na idade adulta. Poderia ainda a Psicopatologia do Desenvolvimento ajudar a melhor compreender os mecanismos envolvidos na eficácia da intervenção psicoterapêutica, pelo esclarecimento que fornece a respeito dos processos de desenvolvimento (Cicchetti & Sroufe, 2000; Rutter & Sroufe, 2000).

O modelo desenvolvimental influenciou não só o modo como hoje concebemos a psicopatologia, como ainda o modo como articulámos a psicoterapia, nos aspectos que privilegiamos em termos da avaliação e no modo como operamos o diagnóstico, bem como em termos da acção que temos junto da criança e do adolescente, como veremos no capítulo seguinte.

placebo EDITORA

Capítulo 2

Psicopatologia do Desenvolvimento: Introduzindo uma nova forma de avaliar, classificar e diagnosticar a perturbação psicológica da criança e do adolescente

Neste segundo capítulo o leitor ficará informado quanto à avaliação, classificação e diagnóstico psicopatológico, no modelo da Psicopatologia do Desenvolvimento. Serão apresentados os principais pressupostos, objectivos e procedimentos (gerais e específicos: com a criança, o adolescente e os pais e/ou família) para a avaliação, classificação e diagnóstico psicopatológico. Serão oferecidos elementos para a condução da entrevista e observação desenvolvimental com os pais, a criança e o adolescente; o lugar dos testes psicológicos neste processo será igualmente discutido. No final, são enunciadas algumas propostas de classificação e diagnóstico desenvolvimental.

1. Pressupostos básicos

O modelo desenvolvimental de avaliação, classificação, e diagnóstico do comportamento e das trajectórias (in) adaptadas da criança e do adolescente tem um conjunto de pressupostos que convém antes de mais clarificar, dado que determinam a forma como a avaliação é realizada, assim como o sistema de classificação e diagnóstico previsto, e mais ainda o modo como se dão os primeiros contactos entre o psicólogo e a criança ou adolescente e seus pais.

1) O primeiro pressuposto é que existe uma multiplicidade de linhas de desenvolvimento a ter em conta, quando se faz a avaliação e diagnóstico da perturbação psicológica da criança ou do adolescente. Muito embora diferentes modelos teóricos privilegiem a determinação de uma única área do desenvolvimento sobre as restantes, nesta perspectiva considera-se que é útil ter em conta todos os aspectos relativos ao desenvolvimento, sendo essencial avaliar o nível em que a criança se encontra em cada uma das linhas de desenvolvimento. Julgamentos quanto a normalidade são estabelecidos a partir do que se prevê para uma criança com uma dada idade e em determinada fase desenvolvimental. O foco da classificação não se limita a comportamentos isolados mas antes aos padrões de adaptação ().

Assim também, se o desenvolvimento pode estar comprometido numa linha, torna-se igualmente forçoso considerar o modo como a criança ou o

placebo EDITORA

adolescente se situa nas restantes linhas de desenvolvimento. O que se avalia aqui são os padrões de adaptação, o modo particular como a criança ou o adolescente se relaciona com o meio-ambiente, no quadro das mudanças que ao longo do tempo lhe são exigidas pelo seu desenvolvimento (Sameroff, 2000).

2) O segundo pressuposto é que são múltiplos os factores que determinam o desenvolvimento da criança e do adolescente, donde a necessidade de avaliar os aspectos biológicos, psicológicos, desenvolvimentais e do meio-ambiente que, num determinado momento, podem comprometer a resolução positiva das tarefas de desenvolvimento. Sendo ainda de ponderar a maior ou menor vulnerabilidade a determinados factores consoante a idade da criança ou adolescente (Rutter & Sroufe, 2000).

Como assinalámos anteriormente, não é dada maior preponderância a um, em relação a outros factores, muito embora a Psicopatologia do Desenvolvimento considere os factores desenvolvimentais, que não são referidos pelas demais perspectivas conceptuais da psicopatologia.

3) Trata-se então de analisar o modo como a criança ou o adolescente respondeu anteriormente e responde actualmente às exigências desenvolvimentais. Isto é – terceiro pressuposto – atender ao modo como se situou perante as anteriores e se situa agora perante as actuais tarefas de desenvolvimento. Tal justifica-se porque se pensa que as dificuldades psicológicas que a criança ou adolescente apresenta decorrem de factores desenvolvimentais. Ou seja, do facto de não ter adquirido em momentos anteriores do seu desenvolvimento, ou de não possuir no momento actual, as competências necessárias à resolução positiva das tarefas desenvolvimentais com que se depara. Paralelamente, a Psicopatologia do Desenvolvimento argumenta a necessidade de avaliar a multiplicidade de factores que podem interferir na resolução positiva das tarefas desenvolvimentais que a criança ou adolescente enfrenta, para além dos factores desenvolvimentais.

4) Um quarto pressuposto propõe a indispensabilidade de avaliar os factores protectores tanto quanto as circunstâncias individuais susceptíveis de activar a resiliência (ou seja, os aspectos que podem favorecer a adaptação e progressão desenvolvimental), e não apenas os factores de risco e as vulnerabilidades da criança ou adolescente.

5) O quinto pressuposto é que cabe avaliar quer o conteúdo quer o modo como a criança ou adolescente organiza a experiência (por exemplo, o nível de coerência do seu discurso/desenho). Pois cada estádio do desenvolvimento se caracteriza pela presença de experiências específicas, interesses comuns, dificuldades semelhantes, mas também por um certo

placebo EDITORA

nível de organização da experiência (em cada estádio do desenvolvimento a experiência é organizada de um modo diferente). A avaliação desenvolvimental considera tanto os temas propostos, quanto a capacidade da criança para organizar a experiência, que são comparados com os temas e a organização que pode ser esperada tendo em conta o seu nível de desenvolvimento.

O bebé, por exemplo, organiza a experiência de uma forma muito simples e dicotómica. Mas, à medida que a criança se desenvolve a realidade é organizada de uma forma cada vez mais complexa e abrangente. Por conseguinte é forçoso ter em conta: 1) por um lado, o nível de organização da experiência, 2) por outro lado, o tipo de experiência em si. Ambos têm a ver com o estádio em que a criança ou o adolescente se encontra. Deste ponto de vista, qualquer produção da criança ou adolescente pode ser analisada, em qualquer momento do seu desenvolvimento, tendo em conta: 1) a sua capacidade para organizar a experiência (o modo como os temas aparecem: de forma organizada/desorganizada, de forma rica/pobre, na presença de elementos socializados/cruamente apresentados, etc.); 2) os temas que apresenta. A perspectiva desenvolvimental caracteriza-se pelo facto de o clínico focar simultaneamente conteúdos e organização da experiência referida pela criança, bem como pela sua permanente preocupação no enquadramento desenvolvimental, procurando verificar se o tipo de organização e conteúdos referidos pelo sujeito são ou não adaptados à sua idade.

Existem diferenças relevantes entre o modelo sintomático, o modelo etiológico e o modelo desenvolvimental agora proposto para a avaliação e diagnóstico das perturbações psicológicas da criança e do adolescente (Greenspan, 1981; Sameroff, 1989). Com efeito, enquanto o diagnóstico se baseia em sintomas e traços de personalidade mais ou menos estáveis no modelo sintomático, em causas ou factores etiológicos no modelo etiológico, realiza-se tendo em conta o modo como a criança ou o adolescente organiza e delineia a sua experiência com a realidade, no modelo desenvolvimental. Considerando o momento de desenvolvimento em que se encontra e o impacto que as suas experiências anteriores e actuais podem ter na sua progressão desenvolvimental (que é o critério essencial para a consideração do carácter adaptado/adaptativo *versus* desadaptado/desadaptativo da conduta da criança ou adolescente, como vimos anteriormente). Tal como a adaptação positiva se relaciona com a subsequente resolução positiva das tarefas subsequentes de desenvolvimento, a adaptação negativa compromete a resolução dos posteriores desafios do desenvolvimento da criança e adolescente. A psicopatologia identifica-se assim pelo desvio dos padrões normais de

placebo EDITORA

adaptação, quando comprometem o desenvolvimento subsequente da criança ou adolescente (Yates, 2004).

2. Objectivos

São os seguintes os principais objectivos que apontámos na avaliação desenvolvimental da criança e do adolescente. Estes objectivos são agora apresentados pela ordem sequencial com que geralmente são ponderados na prática clínica. Devem considerar, mas não se limitar ao diagnóstico psicopatológico.

Interessa, primeiro, assinalar as condutas da criança ou adolescente que são referidas ou observadas, e podem testemunhar dificuldade, mal-estar ou inadaptação psicológica. Importa, depois, antes de fazer um diagnóstico psicopatológico, avaliar se tais condutas podem ser explicadas no quadro de efeitos fisiológicos ou de algum problema físico e se causam mal-estar e/ou comprometem o funcionamento da criança ou adolescente. Entretanto, torna-se imprescindível precisar o nível de desenvolvimento e verificar o possível enquadramento desenvolvimental dessas condutas, tendo em conta o nível e a progressão desenvolvimental da criança ou adolescente. Convém ainda analisar o papel dessas mesmas condutas no contexto: a) da organização psicopatológica do indivíduo, b) do sistema de interacção familiar, escolar, etc., c) da trajectória desenvolvimental do indivíduo e família (i.e., reconhecer o sentido da conduta na história desenvolvimental da criança ou do adolescente e na história desenvolvimental dos pais e da família) (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991). É oportuno questionar a localização (na criança, nos pais, na escola, e/ou na relação com os pares, etc.) dos factores que podem estar a condicionar as condutas desadaptadas da criança ou a dificultar a resolução positiva das tarefas desenvolvimentais que enfrenta.

Por outro lado, cabe igualmente assinalar as condutas adaptadas da criança, em outras linhas de desenvolvimento que não aquela que está prejudicada. Assim como, a presença de factores protectores e de características individuais, susceptíveis de facilitar a resolução das tarefas que a criança ou o adolescente está em dificuldade de cumprir.

Por isso, em relação à avaliação e sistemas de classificação tradicionais, a perspectiva desenvolvimental caracteriza-se sobretudo por privilegiar o aspecto compreensivo – propondo um modo de compreender a criança em termos das tendências do seu desenvolvimento para cada área de funcionamento (Greenspan, 1981). E, também, por dar igual relevo aos aspectos deficitários quanto aos que indicam funcionamento adequado, e às

placebo EDITORA

circunstancias que impedem quanto às que favorecem ou podem favorecer a progressão desenvolvimental da criança e adolescente. Embora o diagnostico se baseie nas condutas da criança o foco da classificação enfatiza padrões de adaptação ou desadaptação (Garber, 1984). No final deste capítulo apresentam-se bons exemplos de classificações de diagnóstico que abraçam este ponto de vista.

3. Procedimentos na avaliação desenvolvimental com a criança, com o adolescente e com os pais

3.1. Procedimentos gerais

Da avaliação desenvolvimental consta geralmente uma entrevista clínica com a criança ou adolescente, assim como a entrevista conjunta da criança ou adolescente e pais, e a entrevista em separado com os pais. Pode ainda fazer-se uso de meios auxiliares como registos do comportamento, provas de avaliação ou testes, embora seja dada preponderância à entrevista e à observação da criança, isoladamente e na interacção que estabelece com as pessoas significativas do seu meio-ambiente. A pertinência da observação em outros contextos que não a consulta, bem como da informação providenciada por outros informadores que não os pais, a criança ou o adolescente, deve ser igualmente ponderada. A investigação mostra a importância de termos múltiplos informadores, dado a concordância reduzida entre a criança/adolescente, os pais e os professores (Frick, Silverthorn, & Evans, 1994; Kramer, Phillips, Hargis, Miller, Burns, & Robbins, 2004; Ferdinand, Hoogerheide, van der Ende, Visser, Koot, Kasius, & Verhulst, 2003). Mas também a relevância e validade da avaliação e observação directa operada pelo clínico, a qual não deve ser descorada no processo de avaliação e diagnóstico e fornece informações únicas a respeito do sucesso terapêutico (Ferdinand et al., 2003).

O modo como a avaliação se processa varia muito consoante o modo como se formulam a psicopatologia e a psicoterapia com a criança e o adolescente. Varia de acordo com o nível de desenvolvimento da criança/adolescente, o problema que apresenta e a sua situação familiar e escolar particular, na concepção da Psicopatologia do Desenvolvimento. Em qualquer dos casos, o processo de entrevista e avaliação inicial dever ser negociado com os pais e a criança ou o adolescente, com vista à criação de uma relação segura de cooperação com todos os intervenientes (que são a criança e o adolescente e os pais), em benefício da recolha de informação necessária à compreensão do caso, tanto quanto do sucesso da aliança e intervenção terapêutica, caso se justifique. Antes de dar início à primeira

placebo EDITORA

consulta deve o clínico informar, justificar e obter o acordo dos pais e da criança ou adolescente para o procedimento adoptado.

Contudo, o que geralmente parece conveniente, é que a criança seja observada num primeiro momento na presença dos pais, fique depois a sós com o clínico, que entretanto reserva também um período de tempo apenas para os pais, e volta a reunir com a criança e os pais no final da primeira consulta. Enquanto o adolescente é num primeiro momento preferencialmente alvo de uma entrevista a sós, podendo seguidamente ser ou não abordado em conjunto com os pais. Os pais do adolescente podem ser atendidos em isolado, após clarificação e consentimento para essa necessidade por parte do adolescente.

Observar a interacção da criança ou do adolescente com os pais, em momentos apropriados, tal como só é possível pela presença de ambos, permite informar a respeito de e implementar estratégias com vista a facilitar a comunicação e dinâmica familiar e os estilos e competências parentais. Por sua vez, optar por estar apenas com os pais, faz correr o risco de não se considerar informação importante e não possibilita o estabelecimento da relação com a criança ou o adolescente, que é a pessoa que em princípio precisa de ajuda (fará sentido marcar uma consulta para uma pessoa a quem é pedido que não venha?).

3.2. Procedimentos específicos

Embora este seja geralmente o procedimento mais conveniente, algumas situações específicas podem justificar a opção por uma metodologia diversa. Por exemplo, entrevistar os pais e a criança em separado nas situações descrita a seguir. Os pais ou um dos pais recusa-se a comparecer ou a comparecer com a criança, ou a criança recusa-se a estar presente ou na presença dos pais. A relação que os pais têm entre si ou com a criança está de tal forma deteriorada, que a presença de todos os elementos pode despertar situações de elevado mal-estar, as quais podem comprometer a relação com o clínico e o processo de avaliação (por exemplo, no caso de os pais se criticarem ou culpabilizarem violentamente entre si ou a criança). Também no caso de o adolescente ou a criança se recusar à entrevista a sós com o clínico, pode o mesmo optar por entrevistar o adolescente ou a criança conjuntamente com os pais, ou entrevistar os pais primeiro, no sentido de trabalhar com eles as disposições necessárias à motivação do filho(a) para a intervenção psicológica. Por norma, tem direito à consulta quem a pedir e achar necessária (o que pode limitar-se aos pais, ao adolescente, etc.), embora ninguém possa ser obrigado a comparecer, à

placebo EDITORA

excepção dos casos limites em que existe risco para um dos elementos da família, como são exemplo as situações de maus-tratos e negligência.

Considera-se relevante a obtenção de dados por parte de vários informadores, sendo por vezes igualmente útil a entrevista com os professores, os pares, bem como com os irmãos ou outros familiares, dado que a investigação empírica revela que o acordo entre eles é muito reduzido, em quase todos os aspectos relativos às dificuldades psicológicas da criança ou do adolescente e à sua experiência na família e/ou escola (Rutter & Sroufe, 2000).

Estas anotações são apenas indicativas, cabendo ao clínico a decisão caso a caso, quanto à forma preferível de fazer uma avaliação adequada, sem por em causa o estabelecimento da aliança terapêutica. Em geral, quanto melhor for a aliança entre o psicólogo e os restantes elementos envolvidos, com prioridade para o cliente que neste caso e a criança ou adolescente, na obtenção da informação necessária à melhor compreensão do caso, melhor será a qualidade, congruência, suficiência e utilidade da informação recolhida.

3.2.1. Procedimentos específicos com a criança

Logo no início da primeira sessão, pais e criança são informados acerca e questionados se aceitam o procedimento adoptado na consulta. Podem por conseguinte, se assim o entenderem, reservar transmitir alguma informação apenas no momento em que vão estar a sós com o psicólogo.

Posteriormente a estar com a criança e sempre que possível acompanhada por ambos os pais, o clínico permanece com a criança, mas a sós. Reside aqui uma das principais dificuldades do processo de avaliação com crianças, sobretudo com menos idade – que pode ser a criança se separar dos pais. A separação dos pais é geralmente facilitada se a criança já esteve na presença do psicólogo com os pais, residindo aqui uma das vantagens de terem sido atendidas em conjunto, num primeiro momento. É preferível que o psicólogo possa estar sozinho com a criança imediatamente a seguir a ter estado com a família, dado que pode ser mais fácil para os pais esperarem fora da consulta pelo momento em que vão estar a sós com o clínico, do que pode ser para a criança, se optássemos por atender os pais a sós antes da criança. No entanto, na circunstância de ser impossível para a criança aguardar fora da consulta enquanto os pais estão com o psicólogo, como seja, embora tal não se limite a uma questão de idade, quando tem menos de três anos, e no caso de se justificar uma entrevista a sós com os pais, pode o clínico sugerir aos pais que venham sem a criança. Em qualquer das situações, é sempre preferível que a criança não venha à

placebo EDITORA

consulta, do que ter de esperar muito tempo ausente da interacção com o clínico e os pais.

3.2.2. Procedimentos específicos com o adolescente

O adolescente é geralmente entrevistado primeiro em separado dos pais, em sinal do reconhecimento da sua autonomia e do respeito pela sua individualidade, mas também no quadro do estabelecimento de uma aliança terapêutica (Liu & Stein, 2005). Deve contudo acautelar-se a relação com os pais, não menosprezando as suas preocupações e responsabilidades com o filho(a) menor. Com efeito, a investigação tem vindo a assinalar que a qualidade da aliança terapêutica com o adolescente é um bom preditor dos resultados, mas a qualidade da aliança com os pais prediz melhor a sua não desistência da psicoterapia (e.g., Shirk & Karver, 2003; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006). Particularmente em adolescentes com depressão ou abuso de substâncias, o sucesso está mais dependente da aliança terapêutica com os pais do com os adolescentes (Zack, Castonguay, & Boswell, 2007).

O primeiro encontro é com alguma frequência uma falsa justificação do adolescente, que supostamente aceita o pedido de consulta proposto pelos pais, mas apenas no sentido de não o legitimar. O que acontece nas consultas seguintes depende em grande parte da qualidade dos investimentos do adolescente sobre o mundo e os adultos em geral, do seu à-vontade e interesse em falar de si a alguém e do psicólogo se oferecer enquanto uma pessoa em quem ele pode confiar. Quanto mais angustiado, ou mais invadido por um sentimento de vazio ou de inutilidade, mais difícil pode ser para o adolescente vir à consulta. Aceitar a consulta é o mesmo que reconhecer que precisa de ajuda, que algo de anormal se passa com ele, ou que os pais têm razão nas suas queixas ou preocupações. A ida ao psicólogo pode ser então vivida como uma submissão inaceitável, conduzindo à recusa activa ou passiva da consulta por parte do adolescente (Marcelli, 1991).

O segundo encontro pode ser dominado pelo aspecto defensivo: o adolescente coloca-se numa posição de defesa passiva, argumenta que não tem mais informação a dar, para além do que pode ter dito na primeira entrevista, e espera, agora, que lhe seja dada uma resposta (Marcelli, 1991). Posteriormente, os restantes encontros são alvo da embora variável recusa por parte do adolescente, que muitas vezes não esclarece quanto às suas dificuldades e inquietações e argumenta que não há necessidade de acompanhamento. A oposição do adolescente em vir à consulta tem no entanto e com frequência uma tonalidade ambivalente, tendo em conta a sua curiosidade por se conhecer melhor. Por conseguinte, é indispensável

placebo EDITORA

que o clínico tome em conta este movimento, simultaneamente reforçando a necessidade da consulta e dando espaço à livre expressão e à curiosidade do adolescente a respeito de si próprio.

Assinale-se contudo que o pedido de consulta pode resultar do adolescente. Esta conjuntura, comummente bastante favorável à psicoterapia, associa-se a situações diversas que incluem alto *insight* quanto aos problemas e dificuldades próprias, elevada maturidade no auto-conhecimento, boa relação com os adultos e aceitação positiva de ajuda.

A recusa por parte dos pais, ou de um dos pais, em vir à consulta, enquanto o adolescente o aceita, é uma situação bastante mais rara. Na maioria dos casos, traduz a existência de um conflito familiar ou conjugal de alguma gravidade, ou então o desinteresse ou abandono do adolescente por parte de um ou de ambos os pais.

Pode ainda acontecer que o adolescente recuse que os pais ou um dos pais venha à consulta, procurando com isso evitar o confronto entre a sua visão da situação e a visão que os pais possam dar. Nestas circunstâncias torna-se necessário clarificar as razões da recusa por parte do adolescente, frisando a necessidade do contacto, considerando as vantagens de os pais virem à consulta, e sublinhando que o sigilo será preservado.

Posteriormente a estar a sós com o adolescente, numa sessão ou na mesma sessão, o clínico opta (ou não dependendo dos casos) por estar sozinho, ou acompanhado pelo adolescente, com os pais. O adolescente toma parte desta decisão, o seu acordo é pedido, e a regra da confidencialidade deve ser apresentada. Enfatize e clarifique a confidencialidade, dado que o adolescente pode ter partilhado consigo informações importantes que não tenha ventilado com os pais. Peça a autorização ao adolescente para transmitir a outros informações que lhe foram por ele veiculadas ou para discutir com outros assuntos que lhe dizem respeito (Liu & Stein, 2005). O clínico deverá acordar com o adolescente o que será dito aos pais, e discutir quais os assuntos que respeitam o adolescente, os pais e os outros em geral.

Geralmente é elevado o desacordo entre o adolescente e os pais na avaliação do funcionamento desadaptado, pelo que é importante o contributo de ambos na elaboração do diagnóstico e no planeamento e monitorização da intervenção. Entre 12 a 97% dos problemas relatados pelo adolescente ou os pais são contraditos pelo outro, sobretudo em áreas como a relação com os amigos, os comportamentos delinquentes dos pares, e as actividades de lazer (Kramer et al., 2004). O desacordo resulta essencialmente da interpretação das questões, da falta de conhecimento dos pais a respeito de dimensões relativas ao adolescente e da diversa acepção do que é considerado problemático. O conhecimento dos motivos

placebo EDITORA

específicos para o desacordo entre o adolescente e os pais importa no planeamento da intervenção. Por exemplo, o adolescente pode relatar comportamentos que são omissos pelos pais, porque os desconhecem ou negligenciam, ou os pais ou o adolescente relatam determinados comportamentos que não são reconhecidos como problemáticos pelo outro, o que alerta para diferentes objectivos terapêuticos. Os clínicos, por sua vez tendem a considerar mais graves os problemas relatados pelos pais do que os relatados pelo adolescente (Kramer et al., 2004). Recorrer a um terceiro avaliador como os professores ou outros familiares pode por consequente ser importante.

No final do processo de avaliação impõe-se o estabelecimento do contrato terapêutico, caso se decida pela necessidade de intervenção. A informação relativa à avaliação e contrato deve ser a mais clara e concisa possível. Devem ser formuladas, quando justificável, propostas terapêuticas, com objectivos, quadro de realização e modalidades de aplicação.

Antes de uma boa relação terapêutica com os pais, está a relação com o adolescente; no entanto, desde logo é necessário definir muito bem o tipo e número de encontros e a este respeito estabelecer um contrato com o adolescente e os pais.

3.2.3. Procedimentos específicos com os pais e/ou a família

É muitas vezes necessário recolher informação acerca da organização formal e da dinâmica familiar, pelo que com o adolescente, assim como com a criança, temos vantagens em observar todos os elementos da família na sua forma habitual de estar e interagir.

Avaliar qual o balanceamento existente entre as necessidades desenvolvimentais da criança ou do adolescente (por exemplo, a autonomia e a aquisição de novos objectos de investimento relacional) e as necessidades do seu grupo familiar, que é muitas vezes o de conservar o seu funcionamento habitual, é um dos aspectos essenciais na avaliação da dinâmica familiar.

Pode também ser importante avaliar a qualidade da relação entre os pais no contexto das suas interacções com a criança ou o adolescente, bem como a presença de alianças entre um ou mais elementos da família, nomeadamente na produção do comportamento que justificou a consulta. Não esquecer que algumas vezes o sintoma da criança/adolescente garante a manutenção do sistema familiar.

O encontro com os pais (isoladamente) permite aprofundar dados omitidos ou não considerados relevantes pela criança ou adolescente, como ainda facilita o estabelecimento de uma relação terapêutica com os mesmos, visto

placebo EDITORA

que vão ser agentes impulsionadores das mudanças a encetar pela criança ou adolescente. Acontece ainda que os pais pretendam abordar determinados assuntos que não desejam dar a conhecer ao filho(a). Esperando, por exemplo, encontrar no psicólogo um interlocutor para as suas preocupações que adequadamente não querem veicular perante o adolescente.

No final da primeira sessão ou das primeiras sessões, no caso da criança, a família é geralmente reunida novamente e, no caso do adolescente, pondere-se a presença do adolescente e dos pais ou a consulta a sós com os pais, no sentido de todos serem esclarecidos acerca dos passos seguintes, no quadro da avaliação ou da intervenção que vai ser encetada.

4. Entrevista desenvolvimental com os pais

Os objectivos e procedimentos a encetar na entrevista a sós com a criança ou com o adolescente são os que descrevemos no ponto a seguir. O que se oferece no quadro abaixo é um possível guião para a entrevista com os pais que pode incluir igualmente a criança. Se assim for, deve o psicólogo optar, de acordo com o nível de desenvolvimento da criança e a sua maior ou menor competência para falar acerca de si e do seu problema, por dirigir as questões aos pais, à criança, a ambos ou sucessivamente aos pais e à criança. É importante que a criança se sinta valorizada e validada enquanto parceiro no relato das circunstâncias que lhe dizem respeito (Liu & Stein, 2005), até porque caso a psicoterapia se venha a justificar, iremos precisar da sua participação no implemento das estratégias de mudança a encetar. Por outro lado, ouvindo atentamente e respeitando os pontos de vista da criança na presença dos pais, o clínico oferece-se como um modelo para os pais. A entrevista com ambos os pais na presença da criança faculta ainda perceber como o problema foi co-construído e é vivido pela criança e pais. Sendo para além do mais uma clara indicação inicial quanto a necessidade de um ambiente de cooperação entre a criança e os pais na resolução, tornando mais fácil o posterior envolvimento de todos nas tarefas terapêuticas.

Nem todas as questões ou pontos considerados no quadro que se segue se justificam sempre numa primeira entrevista com os pais; deve o clínico ponderar a sua pertinência de acordo com a criança, o seu problema e a família em particular com a qual interage. Assim, se o problema que traz a criança à consulta é uma enurese, torna-se relevante explorar com mais detalhe a área do controle dos esfíncteres (3.3.2) e do funcionamento parental e familiar no estabelecimento de regras (4.1.3). Tal como é útil

placebo EDITORA

analisar a alimentação nos primeiros anos de vida (3.2.1, 3.3.3) e a alimentação como área privilegiada na expressão de conflitos na família (3.5.2), no caso do(a) paciente anoréctica, ou as condições relativas à gravidez, parto e pós-parto (3.1) e o desenvolvimento social no primeiro ano de vida (3.2.4) numa criança que se suspeita de perturbação autística.

Durante a entrevista, importa favorecer uma relação aberta com os pais, facilitando que transmitam as suas próprias experiências enquanto pais e apoiando-os no seu papel de pais daquela criança (Korsch, 2005). Para tal, faça uso das competências básicas de atendimento. Através do ouvir atento, da facilitação do diálogo, da empatia (por exemplo, considerando justificadas as suas preocupações e compreendendo as suas queixas), da exploração das expectativas de ambos os pais e do guiar mas não dominar do seu discurso, mantenha um diálogo aberto que facilita a comunicação e o estabelecimento de uma boa relação (Korsch, 2005). Esta ocasião deve permitir um primeiro movimento relacional também com a criança, no momento em que for para ela mais adequado.

Porquanto a entrevista desenvolvimental com os pais (e a criança) for bem conduzida, possibilita a informação necessária a uma melhor compreensão (empática) dos pais e criança. Facilita ainda o estabelecimento de uma proximidade relacional entre os intervenientes (sendo este também um dos seus principais objectivos). Não deve o clínico em momento algum forçar os pais ou a criança a fornecer qualquer informação, por mais importante que possa considerar ser, que não queiram ou não estejam em condições de revelar. Deve ainda o clínico resguardar a criança e os pais de veicularem qualquer informação que impeça o bom prosseguir da recolha de dados e resulte em mal-estar agudo para a relação ou os elementos envolvidos na consulta. Se a informação a recolher inicialmente é essencial para o estabelecimento dos elementos fundamentais ao inicio da psicoterapia – uma boa relação terapêutica, um levantamento do (s) problema (s) da criança (e dos pais) e o delinear de uma ideia inicial quanto à conceptualização e resolução das questões trazidas pela criança e pais. É também verdade que a informação deve ser recolhida no momento mais oportuno para que possa fazer parte da arena de elementos assimiláveis e compreensíveis para todos os elementos envolvidos, a criança, os pais e o psicoterapeuta.

placebo EDITORA

Quadro 1: Guião para a entrevista desenvolvimental com os pais (e a criança)

1. Fase de apresentação e abertura, de estabelecimento da relação terapêutica e de prestação de esclarecimentos iniciais	1. Dar inicio à consulta 1) Identificação do Psicólogo 2) Identificação dos presentes (relação com a criança, pode aproveitar para perguntar a respeito dos elementos do agregado familiar — nome, idade, parentesco, actividade profissional, escolaridade) 3) Indicação dos objectivos da primeira entrevista 4) Informação acerca do processo de atendimento 5) Regras de funcionamento do processo de atendimento 6) Gravação das sessões e confidencialidade. Consentimento.
2. Fase de identificação do motivo da consulta, de levantamento de problemas e tentativas prévias de resolução	2. Anotar o (s) motivo (s) que conduziu à marcação da consulta, bem como outros aspectos que também preocupem os pais ou a criança. Para cada um dos motivos ou problemas referidos precisar: 1) Início e circunstâncias de início (causas ou eventos que julguem ter causado ou precipitado o problema) 2) Duração 3) Frequência 4) Constância; intermitência e circunstâncias de intermitência; agravamento e circunstâncias de agravamento 5) Natureza do problema, no momento (i.e., quando, como, em que circunstâncias e quais as consequências que geralmente se associam) 6) Modo como o problema afecta a vida (familiar, escolar, interpessoal) da criança, bem como a vida dos pais e da família em geral 7) Atitude dos pais perante o problema (e.g., se há acordo que a criança precisa de ajuda) e tentativas prévias de resolução 8) Atitude da criança perante o problema e tentativas prévias de resolução 9) Atitude de outros significativos (irmãos, avós, amigos, professores, etc.) perante o problema e tentativas prévias de resolução 10) Razão para o pedido de ajuda ser feito neste momento (e não noutro) 11) Quem teve a iniciativa de pedir ajuda, se houve sugestão de outros familiares ou de outras pessoas que contactam com a criança (e.g., professor) 12) A respeito de intervenções anteriores para este problema, ou para outros problemas relacionados, junto da criança e de outros membros da família (e.g., irmãos)
3. Fase de reforço da aliança terapêutica em volta dos objectivos e da relação	3.1. Resumir os problemas referidos pelos pais e criança que merecem a atenção do clínico. Questionar a respeito de outros aspectos que preocupem os pais ou criança e de possíveis assuntos sobre os quais queiram ser esclarecidos, mesmo que sem ligação imediata com o pedido da consulta 3.2. Reforçar a criança e os pais por terem procurado ajuda. Diminuir a ansiedade e culpabilidade associadas ao problema ou alertar para a importância do mesmo (caso os pais ou a criança tenham uma posição negligente). Avaliar e corrigir as expectativas dos pais e criança em relação à terapia. Indicar de que

placebo EDITORA

	modo é ou não relevante a ajuda que pode ser prestada em relação aos problemas ou dificuldades da criança ou pais e esclarecer o tipo de intervenção que pode ser feita (e.g., que obriga o envolvimento dos pais e criança)
4. Fase de levantamento da história desenvolvimental da criança e da família	4. Introduzir a necessidade de fazer a história desenvolvimental da criança (e.g., *"para melhor compreender o que se passa agora, vou precisar saber mais acerca do desenvolvimento do vosso filho"*) e da família (e.g., *"gostaria de saber mais acerca da vossa família para poder compreender melhor o que se passa convosco e com o vosso filho(a)"*) a) Note que, consoante as problemáticas, pode ser ou não necessário precisar todos os pontos referidos a seguir. b) Avalie a área privilegiada para a expressão de conflitos na relação da criança com os pais, bem como à sua tendência para somatizar/verbalizar os seus conflitos e dificuldades c) Esteja particularmente atento aos seguintes aspectos: 1) Modos como os pais se lembram (ou não) da história desenvolvimental da criança 2) Prazer que os pais têm (ou não) em contar a história desenvolvimental da criança e a outras reacções emocionais específicas em relação ao total da história ou a episódios particulares 3) Acordo ou desacordo que existe entre os pais e modo como o conflito é gerido no casal 4) Projecções, transferências e investimento positivo ou negativo que os pais fazem na criança 5) Repetições (de adjectivos a respeito da criança, de episódios ou circunstâncias passadas da criança) 6) Reacções emocionais e comportamentais da criança ao que dizem os pais
4.1. Gravidez, parto e pós-parto	4.1.1. Perguntar acerca das circunstâncias, dificuldades e risco na gravidez, parto e pós-parto, nomeadamente, a respeito de: 1) Gravidez: curso e presença de indicadores de risco médico (e.g., internamento, ameaça de aborto, etc.) e psicológico (e.g., aceitação, recusa, dúvidas em prosseguir, tentativa de aborto, ansiedade elevada, depressão, e expectativas em relação à criança) 2) Parto (local, tipo, dores e mal-estar associado) e estado do bebé à nascença (prematuridade, peso, problemas médicos) 3) Pós-parto: presença de mal-estar físico e psicológico (e.g., depressão), e de dificuldades na adaptação e cuidados e reacções iniciais ao bebé (e.g., sexo, comportamento, aspecto, etc.) 4.1.2. Perguntar acerca da criança à nascença: temperamento, ritmos e capacidade para estabelecer a homeostasia, o auto-apaziguamento e a relação (pode pedir 3 adjectivos que caracterizem o bebé à nascença) 4.1.3. Avaliar indicadores de dificuldades de adaptação à parentalidade por parte da mãe e pai, das dificuldades sentidas e das mudanças relacionais associadas (entre os pais, no quadro da família nuclear e alargada). Pode perguntar acerca da escolha do nome (quem, acordo, critérios, corresponde ao nome de um familiar) e do lugar que a criança ocupa na família e na história da família

placebo EDITORA

4.2. Primeiro ano de vida	4.2.1. Avaliar as condições e problemas que possam ter surgido, ao nível da/do 1) Alimentação (precisar acerca da alimentação ao seio e da adaptação ao biberão e aos alimentos sólidos; avaliar rigidez ou flexibilidade nos horários das mamadas) 2) Sono (precisar se acordava de noite e se tinha sono tranquilo ou agitado) 3) Choro (precisar se chorava muito ou não chorava, se chorava sem motivo, se chorava durante a noite/dia e qual a reacção e tolerância dos pais ao choro do bebé) 4) Sorriso e outros indicadores de resposta social: medo do estranho, ansiedade de separação e tolerância à separação da mãe (precisar idade) 5) Desenvolvimento estato-ponderal (e.g., precisar se baixo peso ou ausência de crescimento) e desenvolvimento psicomotor: sentar e andar (precisar idade)
4.3. Segundo e terceiro ano de vida	4.3.1. Avaliar problemas que possam ter surgido ao nível da/do 1) Linguagem (precisar primeiras palavras quais e em que idade; problemas de articulação; uso anormal de pronomes) 2) Controle dos esfíncteres (anotar em que altura deixou de usar fralda de dia e de noite e a resposta específica ao bacio; perguntar acerca do modo como a mãe operou o treino dos esfíncteres para avaliar acerca da rigidez ou flexibilidade, da consistência ou da inconsistência das práticas educativas) 3) Alimentação (precisar caprichos, recusas e outras dificuldades, bem como o investimento dos pais nesta área) 4) Sono (estimar dificuldades de adormecimento, rituais, exigências, medos, pesadelos e outros) 5) Motricidade (pesquisar indicadores de hiperactividade, auto-estimulação ou auto-agressão consecutivas) 6) Saúde (inquirir a presença de doenças, com e sem internamento — precisar a idade, a duração e as condições em que o internamento decorreu, bem como a resposta da família e o comportamento da criança com os pais à chegada a casa — e estimar a presença de somatizações, tais como dores, problemas respiratórios, dermatológicos ou outros) 7) Medos (considerar a presença de medos específicos durante o dia e durante a noite, avaliar se correspondem a medos bizarros ou comuns, se há medos semelhantes, nos pais, em irmãos ou no contexto envolvente) 8) Comportamento social (precisar a resposta ao infantário e a qualidade do relacionamento com os outros, crianças e adultos e reacções às primeiras interdições ou “birras”) 9) Brincar (precisar tipo de envolvimento, brinquedos preferidos, animal de estimação, objectos transitivos)

placebo EDITORA

4.4. Idade Escolar	4.4.1. Pode começar por dizer *"a ida para a escola implica um certo número de novas exigências quer para a criança quer para os pais"*, peça aos pais para reflectir a esse propósito e avalie/questione a respeito de: a) Adaptação da criança à vida escolar e suas novas exigências (e.g., envolvimento com a escola e as tarefas escolares, tais como os trabalhos de casa). Pode perguntar à criança se gosta da escola, da professora, do que mais e menos gosta na escola, ou que descreva/desenhe a escola, a professora e os (ou melhor) amigos b) Presença de dificuldades (ao nível da lateralidade, atenção e concentração, aprendizagem de conteúdos, relacionamento com os colegas e sujeição às normas escolares) e tipo de apoio que a criança teve ou não para as mesmas c) Percurso escolar (motivação e interesse nos estudos, reprovações, mudanças de professores ou de escola) d) Actividades extra-escolares e interesses da criança e) Autonomia (e.g., quarto próprio) f) Relacionamento social e interpessoal (e.g., avaliar o relacionamento com os amigos, com os irmãos; estimar a presença de conflitos ou de dificuldades interpessoais como inibição, isolamento, evitamento ou agressividade) g) Humor e afecto (pedir para caracterizar a tonalidade e as expressões de afecto e humor da criança; estimar a presença de ciúmes, de dificuldades na regulação dos afectos) 4.4.2. Pode ser pertinente pedir a descrição de um dia/semana no quotidiano da criança para avaliar as práticas educativas e dificuldades da criança. *"Seria possível dar-me uma ideia do que acontece num dia de semana (fim-de-semana) habitual, desde que se levantam ate que se deitam?" Por exemplo, ontem, a que horas se levantou, …"*
5. Fase de levantamento das circunstâncias familiares, escolares, psicossociais e médicas	5. Informar os pais que vai colocar algumas questões de carácter mais geral para compreender as circunstâncias de vida da criança Note que algumas das questões seguintes (*) não devem ser colocadas na presença da criança, mas só quando relevante e estiver a sós com os pais 5.1. Circunstâncias familiares e psicossociais A propósito das circunstâncias familiares e psicossociais comece por uma pergunta de carácter geral — e.g., questionar espontaneamente os pais a respeito de alguma circunstância da sua vida que julguem poder estar a afectar a criança ou a agravar os seus problemas, ou da qual muito simplesmente gostariam de falar. Passe depois a avaliar os seguintes aspectos particulares: a) Nível sociocultural e presença de problemas sociais (dificuldades económicas, desemprego, falta de disponibilidade para os filhos devido a horários de trabalho, dificuldades de inserção social, minoria étnica, falta de espaço ou de outros elementos que comprometem a privacidade ou o conforto em casa, etc.) e recursos na comunidade (e.g., grupos cívicos, religiosos ou outros) * b) Problemas familiares e psicossociais (toxicodependência; alcoolismo; maus-tratos; negligência; violência familiar; coexistência ou proximidade de ambientes muito degradados, etc.) c) Funcionamento parental e familiar: é importante recolher informação relativa ao funcionamento parental e familiar, principalmente às normas e regras educativas (tipo, consistência, rigidez, acordo/desacordo entre os pais,

placebo EDITORA

	sistema de reforços, interdições e punições físicas). Para fazê-lo pode começar do seguinte modo *"Educar um filho não é tarefa fácil, e nem sempre os pais estão de acordo a respeito do modo como fazê-lo. Na vossa família quem é que geralmente impõe as regras? Quando o vosso filho não obedece às imposições ou entra em conflito consigo/convosco, o que é que acontece* (avaliar a ocorrência de maus-tratos)*? Estão sempre de acordo em relação aos castigos que lhe impõem?"* (pode pedir um exemplo e pôr as questões a respeito desse exemplo). (estimar também quem cuida da criança, quem está mais próximo da criança, com quem a criança é mais parecida, quem está do lado de quem contra quem, etc.) * d) Investimento afectivo dos pais na criança: *"Acontece-lhes por vezes pensar que a vossa vida seria mais fácil se não tivessem o vosso filho?*" * e) Interacção conjugal e familiar *"A presença de conflitos é uma constante no relacionamento entre as pessoas. Acontece que tenham opiniões diferentes a respeito de determinados assuntos? Discutem a esse respeito? As discussões são frequentes, chegam ao ponto da agressão verbal, da agressão física, da saída de casa de um dos elementos do casal? Acontece-lhes por vezes pensar que seria melhor separarem-se, ou já aconteceu que o fizessem?*" f) Irmãos da criança: há irmãos, o tipo de relação da criança com os irmãos g) Relacionamento e apoio providenciado pela família alargada (o tipo de apoio que é dado pelos avós, até que ponto estes participam nos cuidados e concordam com as práticas educativas dos pais) h) Separações em relação ao meio familiar: motivos, circunstâncias, reacções da criança, contactos com os pais i) Outras circunstâncias: psicopatologia nos progenitores ou em outros familiares, mortes, separações, divórcios, casamentos, etc. 5.2. Circunstâncias médicas A propósito das circunstâncias médicas, comece por perguntar a respeito da regularidade com que vai ao médico e se são frequentes os problemas de saúde da criança (avaliar com cuidado indicadores de negligência por parte dos pais); seguidamente registe: a) Presença de queixas físicas e existência de investigação médica neste domínio b) Presença de doenças no presente e no passado c) Internamentos e condições de internamento d) Medicação e outras recomendações médicas (registe todos os medicamentos que a criança tomou no passado ou está a tomar no presente; futuramente contacte o médico para estimar dos efeitos da medicação no comportamento actual da criança) e) Despiste deficiências sensoriais ou problemas neurológicos (em relação às circunstâncias anteriores pode ser pertinente a investigação na criança e nos pais)
6. Fase de finalização e pós-consulta	6.1. Faça e devolva aos pais e criança uma síntese dos problemas levantados (tal como podem ser avaliados numa primeira entrevista). Coloque, para si, um diagnóstico provisório (anote a necessidade de administrar determinados instrumentos ou de estabelecer determinados contactos para verificar a presença de determinados critérios) 6.2. Proponha uma explicação prévia para a presença dos problemas

placebo EDITORA

	assinalados que seja o mais simples possível e enquadrada do ponto de vista desenvolvimental. Formule *para si* os problemas da criança em termos individuais, familiares e desenvolvimentais 6.3. Assinale os pontos fortes e pontos fracos (avaliados em relação à criança, à família e ao contexto envolvente); devolva aos pais e criança os pontos fortes, e os pontos fracos só no estritamente necessário 6.4. Pense nas estratégias que podem ser mais adequadas ou não recomendáveis com a criança/família; pode pedir registos de comportamentos ou problemas para casa e indicar algumas estratégias simples de intervenção 6.5. Reflicta acerca dos cuidados a ter no contacto com a família, com a criança e na condução do processo de intervenção, tendo em conta a disposição geral da família e tipo de organização familiar 6.6. Aponte aspectos a precisar, sobre os quais permanecem dúvidas, ou que não se quis (ou os pais não quiseram) abordar na primeira entrevista 6.7. Anote também outras informações a que teve acesso e não foram providenciadas pelos pais

5. Entrevista desenvolvimental com a criança

5.1. Finalidades da entrevista desenvolvimental com a criança

A entrevista desenvolvimental com a criança em separado dos pais tem finalidades específicas, as quais são principalmente a possibilidade de: 1) averiguar a presença ou não e a grandeza do comportamento inadaptado da criança na ausência dos pais; 2) avaliar a presença ou não e a grandeza do comportamento inadaptado da criança na interacção com uma pessoa estranha; 3) auscultar a criança na ausência dos pais e obter o relato de certas circunstâncias que os pais desconhecem ou que a criança quer omitir dos pais. Visa ainda o estabelecimento da aliança terapêutica com a criança, imprescindível à recolha de informação significativa e à psicoterapia, no caso de a mesma se justificar.

Realizar uma entrevista desenvolvimental com a criança comporta assim diversas finalidades relevantes para avaliação e intervenção desenvolvimental.

5.2. Características da entrevista desenvolvimental com a criança

Proceder à entrevista clínica de uma criança é para o psicólogo um desafio único porque, muito embora as crianças se exprimam mais abertamente, falando de si e do que as preocupa sem grande resistência, a invasão fantasmática dos discursos é mais marcada do que acontece no adulto e o conhecimento que a criança tem da sua realidade interna bem como do que lhe sucede é limitado.

placebo EDITORA

No entanto, desde que o clínico seja capaz de conduzir convenientemente o desafio, a entrevista clínica consiste numa oportunidade única de acesso ao mundo individual e às experiências pessoais da criança, conduzindo com relativa rapidez a um diagnóstico dos seus problemas e apontando para uma intervenção efectiva.

A entrevista com a criança obriga a certos cuidados especiais, que são condições valorizadas pela Psicopatologia do Desenvolvimento. Caracteriza-se por um conjunto de disposições desenvolvimentais particulares que, em termos gerais, são as seguintes:

1) Situação no nível de desenvolvimento da criança e procura da lógica compreensiva da criança (o que se verifica na linguagem utilizada pelo clínico, tanto quanto na situação e objectos propostos para a interacção com a criança).

2) Cuidado na ajuda prestada à criança para se comunicar de um modo efectivo, com recurso a um conjunto de procedimentos específicos que se apresentam a seguir. Por exemplo, escolhendo os canais de comunicação que ela prefere (desenho, linguagem, jogo, gestualidade, etc.), procurando seguir o que ela está a querer significar o que, por vezes, pode implicar que o clínico tenha de propor as palavras que a criança não está capaz de usar ou sugerir as palavras que lhe faltam.

Comece com uma questão acerca de um assunto casual e do interesse da criança, no qual ela está à vontade para responder (nome, número de irmãos, ano de escolaridade, etc.). Introduza brinquedos ou tarefas consoante a idade da criança para facilitar o diálogo, aumentando o controlo da criança sobre a situação. Deixe que seja a criança a guiar a entrevista, quando precisar de clarificações ou pretender que ela continue a falar, repita o que ela lhe acabou de dizer. Permita o silêncio e as pausas que a criança necessita para se reorganizar. Sempre que precisar de ter a certeza que foi compreendido e até que ponto foi compreendido peça à criança que sumarie o que foi dito. Reforce a criança sempre que possível. Estimule a criança a fazer perguntas. Introduza os assuntos de uma forma factual, franca e aberta, sem julgamentos de valor; temas mais sensíveis podem no entanto ser iniciados de forma indirecta “às vezes acontece com as crianças que ….” (Liu & Stein, 2005). Não esqueça que a linguagem receptiva da criança está geralmente mais desenvolvida do que a sua linguagem expressiva.

3) Atenção permanente e simultânea a diversos aspectos do comportamento, e não apenas ao discurso verbal da criança, os quais são igualmente descritos a seguir (o que é ainda mais relevante quando a criança não possui ainda linguagem).

placebo EDITORA

Esta circunstância obriga que o clínico esteja atento ao que acontece ao nível da comunicação verbal e não-verbal, já que a criança comunica através do modo como olha ou evita o olhar, através do modo como se aproxima e afasta, ou através do modo como negoceia o espaço com o clínico, tanto quanto através do silêncio ou através dos temas que escolhe para a conversa.

4) Comparação do comportamento da criança, em cada linha do desenvolvimento, com a caracterização que pode ser feita da conduta adequada para o seu nível de desenvolvimento.

5) Cuidado em não tirar conclusões e não fazer diagnósticos com base em evidências insuficientes.

5.3. Modelo desenvolvimental da comunicação e estabelecimento da relação entre o psicólogo e a criança

Um dos aspectos que é privilegiado pela Psicopatologia do Desenvolvimento é a necessidade de o clínico adequar o conteúdo da sua comunicação e o tipo de relacionamento que se propõe ter com o nível de desenvolvimento da criança. A adequação desenvolvimental na forma de o clínico comunicar e se relacionar com a criança, é visível não só no emparelhamento do nível e complexidade da linguagem para que se possa ser compreendido, mas também na escolha dos temas de interesse da criança. São ainda diversas as formas de interacção que o clínico vai propor para que a criança melhor comunique com ele: o jogo, os diálogos imaginários, o desenho, e o diálogo face-a-face, com a inserção desenvolvimental que descrevemos a seguir.

Tal como aconselham Ajuriaguerra e Marcelli (1991), o jogo é a forma mais fácil de entrar em contacto com a criança mais pequena, até aos 3 anos de idade. Nestas idades, o jogo servirá para captar a atenção da criança e diminuir a sua ansiedade (Liu & Stein, 2005). O clínico deve aproximar-se com cuidado, evitando contacto ocular prolongado (que pode ser considerado uma ameaça), e à criança deve ser permitido ficar perto dos pais. Dado que a criança tem ainda um domínio muito limitado da linguagem esteja particularmente atente à sua expressão não verbal, e poderá usar os gestos para se exprimir a si também. Embora susceptível de ser usado entre os 3 e os 7 anos, e ocasionalmente entre os 7 e os 11 anos de idade, o jogo pode não ser apropriado com o adolescente.

A partir dos 3 e até aos 7 anos de idade, os diálogos imaginários em volta de imagens, historias ou objectos significativos que o clínico põe à disposição da criança, são a forma mais adequada para fazer com que comunique (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991; Liu & Stein, 2005). Nesta

placebo EDITORA

idade, ficar sozinho com a criança pode permitir ao psicólogo um melhor conhecimento da criança e do seu problema, possibilitando que entre eles se forme uma relação independente da estabelecida com os pais (Liu & Stein, 2005). Os diálogos imaginários são susceptíveis de ser usados com crianças com menos de 3 anos no caso de possuírem função simbólica, ou mesmo na faixa etária dos 7 aos 11 anos de idade, mas depois desta idade podem não ser tão apropriados.

Poderá ser conveniente optar pelo desenho para iniciar o intercâmbio com a criança entre os 7 e os 11 anos de idade, e a partir daí saber o que se passa com ela. A criança desta idade gosta geralmente de falar da escola, dos amigos e das actividades desportivas ou outras que realiza. O seu raciocínio operatório concreto permite-lhe dar melhor conta do que se passa com ela, e também melhor compreende as perguntas que lhe são feitas, bem como as sugestões terapêuticas ou outras. O desenho pode ainda ser usado com crianças mais pequenas, nomeadamente de uma forma conveniente entre os 3 e os 7 anos, mas geralmente não constará da proposta de interacção inicial com uma criança com mais de 11 anos de idade.

O diálogo face-a-face do tipo adulto pode ser difícil até à idade de 7 anos, a partir dessa idade, mas sobretudo depois dos 11, e preferencialmente após os 13 anos de idade, é a forma privilegiada de realizar a entrevista com a criança ou o adolescente.

O clínico deverá contudo ter sensibilidade suficiente para atender às características individuais da criança, tais como aos seus interesses e preferências próprias, na determinação do modo preferencial para entrar em contacto com ela. Por exemplo, embora a escola seja com frequência um bom assunto para iniciar a consulta com a criança em idade escolar, os conteúdos e actividades escolares serão de evitar no estabelecimento do contacto com uma criança cujo motivo da consulta são as dificuldades de aprendizagem ou o mau comportamento na escola, embora possam ser posteriormente consideradas.

5.4. Áreas privilegiadas da observação desenvolvimental da criança

A avaliação desenvolvimental obriga à verificação do comportamento da criança em todas as linhas do seu desenvolvimento. Greenspan (1981) propõe uma série de categorias a partir das quais é possível fazer a observação sistemática do comportamento da criança durante a entrevista clínica. Para prevenir que o clínico se perca na complexidade ou singularidade do comportamento da criança, o autor oferece um quadro para a observação desenvolvimental. O quadro comporta: 1) um conjunto de categorias comportamentais a observar, que descrevemos a seguir, para

placebo EDITORA

que o observador não se esqueça de avaliar aspectos que possam ser considerados essenciais e 2) a caracterização da conduta habitual da criança, para cada idade e em cada uma das categorias comportamentais discriminadas, para que o observador possa avaliar a adequação à idade, que não descrevemos a seguir para além da idade de 3 anos (cf. Quadro 2), mas que o leitor pode encontrar na obra referida.

A observação destas categorias confere informação que pode ser útil no diagnóstico desenvolvimental, tanto quanto no planeamento, seguimento, e avaliação do processo de intervenção. Seguindo o modelo desenvolvimental, são áreas privilegiadas de observação e de intervenção: 1) o desenvolvimento físico e neurológico; 2) o desenvolvimento do humor; 3) o desenvolvimento do relacionamento interpessoal; 4) o desenvolvimento da ansiedade e afectos; 5) o desenvolvimento da exploração e uso do ambiente; 6) o desenvolvimento temático, nas dimensões de: organização sequencial, riqueza e profundidade, relevância e adequação desenvolvimental dos temas. O autor chama à atenção para a necessidade de o clínico ter ainda em conta 7) as suas próprias reacções subjectivas para com a criança, na medida em que indicam a propósito de como os outros em geral se sentem na relação com a criança (Greenspan, 1981).

1) Desenvolvimento físico e neurológico

Greenspan (1981) alerta para a necessidade de observar, durante a entrevista clínica, o nível de integridade física e neurológica da criança, tomando nota de aspectos tão diversos como: peso, estatura, tom de pele, estado geral de saúde, nível de actividade física (energia), postura, maneira de andar, equilíbrio, coordenação motora (fina e grossa), articulação de palavras, tom de voz, audição, visão, dificuldades em experimentar sensações através do tacto, atenção e concentração, e lateralidade. Estar atento a estes aspectos, no início, tanto quanto durante e no final da entrevista; observar variações na presença e na ausência da mãe, em relação a certas e determinadas tarefas, ou em função de assuntos específicos, são dimensões que o autor privilegia.

A observação atenta do nível de integridade física e neurológica da criança tem em vista (1) detectar a presença de deficiência sensorial ou de comprometimento físico ou neurológico que justifique um exame físico ou neurológico posterior mais aprofundado. O clínico deverá questionar-se acerca da possibilidade da imaturidade do sistema nervoso central ou da incapacidade sensorial da criança estar a limitar a sua relação com a realidade. Visa também (2) avaliar a necessidade de uma avaliação complementar, dirigida a domínios específicos do comportamento da

placebo EDITORA

criança sobre os quais prevalecem dúvidas quanto ao funcionamento adequado, tais como a proposta de tarefas específicas para esclarecer suspeitas que surgem ao nível da competência de atenção e concentração ou da lateralidade da criança. Tem ainda o propósito de (3) detectar expressões corporais das dificuldades da criança e encontrar sinais reveladores do seu mal-estar ou bem-estar psicológico. O corpo da criança traz com frequência inscrito as suas dificuldades e preocupações e a própria realidade individual e familiar da criança (por exemplo, nos casos de maus-tratos e negligência). Dadas as limitações da criança em se expressar verbalmente, tal como acontece mas não só quando não possui linguagem verbal, as dificuldades exprimem-se com frequência no corpo, nomeadamente através do processo de somatização. Deve ainda o psicólogo estar particularmente atento à presença de estereotipias, tiques e desorganização que com frequência se associam a presença de psicopatologia.

2) Desenvolvimento do humor

Segundo Greenspan (1981), observar a tonalidade emocional da criança durante a entrevista clínica é igualmente importante. Tal observação comporta o seguinte (1) avaliar como é que a criança se apresenta no início e qual a evolução do seu estado de humor ao longo da entrevista; (2) elaborar uma visão integrada da tonalidade emocional da criança, que comporta o que a criança diz e o modo como se apresenta e está durante a sessão; (3) observar as referências comportamentais relativas ao estado de humor, como por exemplo as expressões faciais da criança; (4) tomar em linha de conta, no final da entrevista, os sentimentos próprios e subjectivos que a criança inspirou, isto é, a impressão que causou, os sentimentos e as reacções emocionais que despertou no observador. A informação recolhida neste último domínio fornece indicações muito úteis acerca do modo como a criança se está a sentir; com efeito, por exemplo as crianças que estão tristes fazem-nos sentir tristes, ao passo que as crianças que estão irritadas geram irritação no interlocutor.

3) Desenvolvimento do relacionamento interpessoal

Anotar o modo como a criança se relaciona com o adulto durante a entrevista é uma maneira de avaliar a sua competência e modalidade preferencial de relacionamento interpessoal, uma das áreas privilegiadas da observação desenvolvimental. É muito importante que o clínico atenda à

placebo EDITORA

forma como a criança se relaciona com ele, enquanto pessoa, durante a entrevista; que observe o modo como inicia, progride, termina e até que ponto influencia o relacionamento entre eles.

Um vasto conjunto de aspectos considerados importantes neste domínio deve ser observado atentamente, em particular:

(1) O modo como a criança negoceia a sua relação com familiares e não-familiares (por exemplo, na sala de espera).

(2) A forma como a mãe e o pai (separada e conjuntamente) estabelecem a relação com a criança e o modo como a criança está com a mãe e o pai (separada e conjuntamente) na consulta (se está confortável, impaciente, impertinente, com ambos ou com um dos pais, etc.).

(3) A maneira como a criança inicia e desenvolve a relação com o clínico (por exemplo, se toma a iniciativa, aceita bem a iniciativa ou recusa o contacto).

(4) A modalidade ou estilo de relacionamento preferencial da criança, que pode ser um dos seguintes: 1) não envolvimento, se a criança está persistentemente ausente e desligada da relação, aceita a presença do clínico, assim como as suas iniciativas de contacto, mas sem lhes prestar atenção, nem nunca tomar a iniciativa de contacto (embora possa mostrar interesse pelos objectos), e se o clínico não sentiu qualquer proximidade relacional com a criança; 2) evitamento, se a criança evita activamente o contacto, refugia-se quando o clínico se aproxima, está crispada e não explora o meio; 3) tensão/controle, se a criança está muito ansiosa e procura operar o controlo da situação e dos acontecimentos relacionais, por exemplo, ditando o que quer fazer e negando-se a fazer o que o que lhe é pedido; 4) sedução/manipulação, se a criança tem uma atitude sedutora e fantasista, sem verdadeiro interesse no outro ou na relação com ele, embora com alguma excitação no envolvimento que estabelece, mas apenas a nível superficial, fictício.

(5) O sentido pessoal da relação e do desenvolvimento da relação estabelecida com a criança, assim como qualquer sentimento não habitual para com a criança (como seja, estranheza, irritação, pena, etc.), quer no início, quer durante, quer no final da sessão.

Na avaliação dos padrões relacionais, torna-se imprescindível comparar o modo como a criança se relaciona com o clínico, com os familiares e com os objectos; deve-se pois considerar diferentes momentos e situações relacionais. Particularmente, importa ter em conta a forma como a criança se relaciona com as pessoas estranhas e familiares: como inicia, desenvolve e termina a relação; o contacto ocular e verbal, assim como a distância

placebo EDITORA

espacial e temporal que imprime à relação (no início, durante, no final da sessão). É importante que o clínico anote os seus sentimentos subjectivos para com a criança, que são uma forma útil de poder avaliar qual a modalidade de relacionamento preferencial da criança.

Responder a questões como as seguintes é para Greenspan (1981) uma tarefa importante, pois fornece indicações imprescindíveis à compreensão da criança e das suas dificuldades ao nível interpessoal. O encontro com a criança decorreu ou não como é habitual que aconteça entre duas pessoas que não se conhecem? A criança envolveu-se com demasiada facilidade ou não existiu qualquer envolvimento emocional com o observador? O clínico ficou com a impressão que estava ali um outro ser humano, foi tratado enquanto tal, ou pelo contrário, foi tratado como se fosse um objecto? O observador ficou com a impressão que uma verdadeira relação se estava a iniciar e houve ou não um interesse gradual e crescente no conhecimento recíproco um do outro? No final da sessão, o observador ficou com a ideia que aconteceu algum contacto emocional entre ambos e que o que ocorreu foi verdadeiro e importante para ambos?

A criança traz consigo, para a entrevista com o clínico, toda a sua história relacional passada, ou seja, a história de como se estabeleceram e qual o desígnio que tiveram as suas relações com pessoas significativas. Assim sendo, quer o modo como a criança se relaciona com o clínico, quer a pressão que faz para que o clínico se relacione com ela de forma determinada, visível na sensação que o observador tem que a criança lhe pede para desempenhar determinado papel, são dados muito importantes a respeito das circunstâncias da vida relacional da criança.

4) Desenvolvimento dos afectos e ansiedade geral e específica (s)

Greenspan (1981) aconselha que todos os estados emocionais da criança sejam anotados, quer os que expressa no início, quer os que elabora progressivamente, quer os que exibe no final da entrevista. Importa também atender às reacções emocionais específicas da criança, mais precisamente registar todas as variações ou não variações assinaláveis nas emoções que apresenta no início, durante e no final da entrevista, assim como em relação a temas ou actividades particulares.

O observador deverá ser capaz de reconhecer e denominar cada expressão emocional da criança: apreensão, constrangimento, dor, prazer, raiva, fúria, inveja, tristeza, angústia, afeição, compaixão, empatia, competição, agressividade, ambivalência, etc. Relativamente a cada expressão emocional deverá ainda avaliar os seguintes aspectos: 1) intensidade; 2)

placebo EDITORA

adequação (se é justificada ou, pelo contrário, inapropriada, se varia ou, pelo contrário, é rigidamente repetida, sem relação com a situação e os temas abordados); 3) adequação à idade e ao estádio de desenvolvimento da criança; 4) variedade, riqueza e ressonância afectiva; 5) labilidade emocional (se existe constância emocional ou, pelo contrário mudanças repentinas nos afectos).

O autor aconselha ainda particular atenção às expressões de ansiedade geral e de ansiedades específicas da criança. Muito embora possa ser difícil a observação directa dos estados de alta-ansiedade, geralmente a criança expressa sinais visíveis de mal-estar, muitas vezes através de indicadores físicos, tais como rubor, dores, pedidos de interrupção da sessão com idas ao quarto de banho, quando vivencia de forma ansiosa determinada situação. A desorganização ou instabilidade que causa é o sinal mais evidente do mal-estar ou ansiedade que uma dada situação ou tema suscita na criança. Assim, uma mudança repentina ou desorganização pontual no discurso ou comportamento, pode indicar-nos até que ponto a situação ou actividade é problemática para a criança. Na presença de um tema gerador de ansiedade, a criança habitualmente desorganiza-se, perde o controlo e restringe a actividade, podendo observar-se uma mudança repentina no seu comportamento. Deste modo, o psicólogo deve estar particularmente atento a sinais como mudanças de tema ou de forma, silêncios, maneirismo gestuais, fugas e instabilidade, em resposta a situações ou temas específicos. Assinalam as dificuldades, as preocupações, os conflitos que a criança pode estar a necessitar de ajuda para resolver.

Depois de detectada a presença de ansiedade, trata-se de saber qual a sua natureza e avaliar qual o tema específico que motivou e determinou a alteração na conduta da criança. Num primeiro momento, o observador deverá simplesmente anotar a ocorrência, tendo o cuidado de registar: antecedentes, comportamentos, consequentes, ou seja os temas que precedem, assim como a sequência dos acontecimentos que sucedem a alteração comportamental. A este respeito são dadas as seguintes recomendações práticas pelo autor: 1) quando a criança começa a ficar ansiosa, observe e evite a sua tendência natural para ir reconfortá-la de imediato; 2) no entanto, intervenha antes que a criança comece a desorganizar-se de um modo que não vai mais ser capaz de reorganizar-se sozinha; 3) em circunstância alguma deixe que a criança se desorganize ao ponto de comprometer a recolha de informação e o bom relacionamento com ela.

Salienta ainda Greenspan (1981) que, perante as dificuldades em lidar com determinadas situações específicas, o clínico deve limitar-se a observar a reacção da criança ao tema que provocou ansiedade e o grau em que está

placebo EDITORA

capaz de se reorganizar sem e com a sua ajuda. O modo como a criança é ou não capaz de se reorganizar sozinha e com ajuda, assim como o modo como está ou não capaz de fazer com que o adulto a ajude, são indicações preciosas relativamente à sua conduta interpessoal e às possibilidades que oferece em termos de intervenção terapêutica.

5) Desenvolvimento da exploração e utilização do ambiente

Uma outra área a avaliar é a exploração e utilização que a criança faz do ambiente, o que implica a observação do modo como ela se move no espaço, na relação com o psicólogo e na exploração do meio-físico e dos objectos, tais como jogos e brinquedos, na sala de espera e na sala de consulta.

Existe uma mensagem implícita para que a criança explore o ambiente e os objectos disponíveis na sala; no entanto, o observador pode ter que reforçar essa mensagem. Habitualmente, a criança comporta-se do modo seguinte: 1) observa a totalidade do espaço e dos objectos disponíveis; 2) explora superficialmente alguns objectos que estimulam a sua atenção; 3) fixa-se numa ou noutra actividade ou objecto do seu particular interesse. Duas situações diversas desta podem contudo acontecer e devem suscitar a atenção do clínico: a criança pode manter-se numa situação de exploração superficial, sem se dedicar a nenhum objecto em particular, ou pode dirigir-se de imediato a um objecto determinado, sem explorar as restantes possibilidades existentes na sala.

6) Desenvolvimento temático

Greenspan (1981) refere ainda amplamente a importância de avaliar o desenvolvimento que é dado aos temas que surgem no discurso, assim como nas restantes produções da criança (por exemplo, no desenho), em termos de um certo número de características fundamentais que descrevemos seguidamente.

A organização sequencial dos temas (a organização dos conteúdos, a presença ou ausência de ligações que conectem os diferentes elementos temáticos e as quebras na organização dos temas que resultam da invasão fantasmática) que se refere à competência da criança para apresentar uma sequência temática organizada e de acordo com a realidade, tendo em conta a sua idade.

placebo EDITORA

A riqueza e profundidade dos temas, que resulta da capacidade da criança para desenvolver os temas propostos, indica que tem acesso a uma vida interior rica, enquanto a fragmentação e superficialidade na abordagem dos temas, testemunham a presença de restrições ou bloqueios e dão-nos conta dos limites de uma vida interior pobre.

A relevância dos temas (diz respeito não à forma, mas ao conteúdo das produções) permite despistar a natureza das preocupações ou dramas particulares da criança. Quando o discurso da criança se torna desorganizado e caótico é porque a angústia gerada pelos temas que aborda é muito elevada. Tal indica-nos a presença de preocupações e conflitos e permite observar os mecanismos de defesa que a criança põe em acção e os modos que utiliza para lidar com as suas preocupações e conflitos. Se não a impedirmos de o fazer, a criança trará muito rapidamente à luz o motivo que levou que a trouxessem à consulta. Por isso, a produção temática deve ser seguida atentamente, com um mínimo possível de interferências, e os comentários devem ser reservados à facilitação do movimento expressivo da criança.

A adequação à idade dos temas refere-se aos conflitos e preocupações que a criança traz para o palco da consulta e ao modo como lida com tais conflitos e preocupações, ser ou não adequado tendo em conta a sua idade.

7) Reacções subjectivas

As reacções subjectivas do observador para com a criança, no início, decorrer e final da consulta, são dimensões que importa ter em conta. Trata-se de considerar os sentimentos gerais que a criança evoca (zanga, frustração, vazio, entusiasmo, etc.) no observador, que nos indicam acerca do modo como provavelmente se sente no decorrer da entrevista e as emoções que geralmente suscita nos outros com quem interage habitualmente.

6. Entrevista desenvolvimental com o adolescente

6.1. Finalidades da entrevista desenvolvimental com o adolescente

A entrevista desenvolvimental com o adolescente tem por finalidade recolher informação acerca do modo como se situa em relação às tarefas da fase de desenvolvimento que atravessa; isto é, saber se está a responder de forma adaptada ou desadaptada às exigências e mudanças que a passagem da infância para a idade adulta obriga.

placebo EDITORA

O estabelecimento de uma boa relação é também uma finalidade da entrevista, quer se tenha ou não em vista iniciar um processo terapêutico, pois da qualidade dessa relação depende a possibilidade ou não de o psicólogo recolher informação relevante acerca do adolescente (que, embora mais capaz, não está usualmente tão aberto a espontaneamente comunicar acerca de si próprio quanto a criança).

6.2. Características da entrevista desenvolvimental com o adolescente

1) Para Marcelli (1991), o investimento transferencial é a característica essencial a considerar na entrevista com o adolescente. Com isso o autor quer significar que o modo como o adolescente se coloca perante o psicólogo, nomeadamente a sua maior ou menor confiança e cooperação, depende estreitamente da relação que estabeleceu com os pais.

Este investimento transferencial esclarece acerca do modo como o adolescente se sente na relação com os pais e no mundo dos adultos em geral. Pode desde logo obscurecer e tornar difícil o estabelecimento da confiança necessária à recolha de informação ou mesmo a vinda à consulta por parte do adolescente. Mas, o investimento transferencial pode também facilitar que o clínico seja o único adulto com o qual o adolescente tem uma relação fora do seu contexto familiar, oferecendo-se como um modelo alternativo ou reforçador dos pais.

2) A competência para reflectir acerca e para monitorizar o que transmite de si próprio, bem como a preocupação com questões relativas à identidade e normalidade/ conformidade com o grupo de pares (por contraste ao grupo dos adultos), é uma outra característica da entrevista desenvolvimental com o adolescente, que não encontramos na infância, nem de forma tão marcada na idade adulta.

O adolescente tem frequentemente dificuldade em admitir problemas e sofrimentos próprios, atribuindo a vinda à consulta aos pais e professores; afirmando, por exemplo, "*eu só vim porque me obrigaram*", "*eu não tenho nenhum problema eles é que têm*", etc. Se a criança pode desconhecer (e muitas vezes desconhece) o motivo pelo qual vem à consulta, o adolescente sabe perfeitamente, mas pode recusar aceitar tal motivo. Comunicar com o psicólogo pode então significar reconhecer a presença de problemas e responsabilidades, donde a oposição que muitas vezes se observa na primeira entrevista, até que o adolescente perceba as vantagens de comunicar e estabelecer uma aliança terapêutica com o psicólogo.

Estando o adolescente em crise de identidade e preocupado com a sua conformidade subjectiva, tem por questões essenciais saber quem é e se o

placebo EDITORA

seu comportamento é ou não normal, o que o motiva e impulsiona à consulta, mas simultaneamente legitima o seu receio da mesma (de não ser normal). Deve o clínico oferecer um espaço delimitado para o tratamento ponderado e balanceado destas questões.

6.3. Modelo desenvolvimental de comunicação e estabelecimento da relação entre o psicólogo e o adolescente

O modo de iniciar o contacto com o adolescente é diferente do adequado com a criança, como já dissemos, embora igualmente adaptado às suas características e necessidades desenvolvimentais. O diálogo face-a-face é habitualmente a modalidade escolhida; o encontro será tanto melhor sucedido quanto mais tomar o aspecto de uma conversa e o clínico mostrar claramente o seu interesse no adolescente e no modo como vive e percepciona a situação.

A técnica de entrevista com o pré-adolescente (12-14 anos) é muito delicada, dado que a expressão lúdica, eficaz com a criança, é agora inadequada, mas a expressão verbal de tipo face-a-face pode não estar ainda totalmente adquirida, sendo com frequência necessário iniciar por questões concretas, relativas ao comportamento e quotidiano do adolescente (Marcelli, 1991), sem contudo descorar o seu interesse por questões abstractas e complexas.

Mais do que com a criança ou com o adulto, com o adolescente convém prestar particular atenção ao modo como se colocam as questões, bem como ao número de questões que são postas. Sempre que se levanta uma questão é importante referir a sua razão de ser, no sentido de acolher uma maior disposição para a resposta. Demasiadas questões postas muito rapidamente, induzem no adolescente, ainda mais do que no adulto, a vivência de uma intrusão, de que está a ser desvendado ou perscrutado, o que pode ser muito contraproducente para a comunicação.

Deve procurar evitar provocar o desconforto psicológico, dado que é muito limitada a competência do adolescente para o tolerar. O silêncio tem um efeito muito negativo na relação do clínico com o adolescente porque induz um sentimento de desamparo, de que não há interesse por ele. Evitar o silêncio pode implicar reduzir o tempo da consulta, mudar de tema para assuntos do interesse certo do adolescente, mesmo que não relacionados com os aspectos que o psicólogo julga necessitar abordar, etc.

A definição dos limites entre o clínico e o adolescente é um outro aspecto importante. No final do processo de avaliação, como referimos, será estabelecido um encontro no qual o clínico dá parte ao adolescente e aos seus pais das suas constatações avaliativas e das suas propostas

placebo EDITORA

terapêuticas, se esse for o caso, estabelecendo-se um contrato em relação às mesmas. Quanto melhor definidos os limites do contexto da relação do psicólogo com o adolescente e com os pais, menos será jogado em termos manipulativos pelo adolescente e pelos pais e mais transparente e eficaz será a relação terapêutica.

6.4. Áreas privilegiadas da entrevista desenvolvimental com o adolescente

Na entrevista desenvolvimental com o adolescente importa avaliar de forma cuidadosa determinadas áreas do desenvolvimento, nomeadamente apreciar o modo como o adolescente está ou não a realizar de forma positiva as tarefas que nessas áreas tem de consumar.

As questões que se seguem são essenciais na entrevista desenvolvimental com o adolescente, embora não sejam tão relevantes na entrevista com a criança ou o adulto. Aproveite a curiosidade do adolescente a respeito de questões diversas, como as mudanças corporais e a identidade, bem como as suas competências de raciocínio abstracto, para tornar a entrevista do seu interesse (Liu & Stein, 2005). Dirija-se às preocupações do adolescente, em primeiro lugar, e só posteriormente àquelas que podem ser do interesse de uma primeira consulta. Não pressione o adolescente para falar e respeite os seus limites, até que ele se disponha a partilhar consigo assuntos mais difíceis, mesmo que tenha que deixar para mais tarde tópicos importantes. Temas mais sensíveis (como por exemplo, relacionamento sexual, consumo de substancias, hábitos alimentares) devem ser abordados sem qualquer julgamento de valor. Pode perguntar-se primeiro a respeito das experiências dos amigos da mesma idade, e só depois acerca do adolescente (através de uma questão como a seguinte: *"com os teus amigos acontece que … podes dizer-me o que acontece contigo?"*). Normalize e tranquilize o adolescente no sentido de poder recolher toda a informação que precisa a respeito do que se passa de facto.

1) <u>Como está o adolescente a adaptar-se à sua nova imagem corporal?</u>

Importa estimar a forma como o adolescente se está a adaptar à sua nova imagem de corpo sexuado, se aceitou e integrou as mudanças da puberdade, e reparar particularmente nos comportamentos que possam ser sinal de recusa do novo sentido que a puberdade dá ao seu corpo. A aceitação dos desequilíbrios corporais temporários pode ser difícil, as dismorfofobias são usuais, ao ponto de o indivíduo estar permanentemente preocupado com a sua adequação e a avaliação que os outros fazem de si, tal como se observa na fobia social. Alterações na imagem corporal e

placebo EDITORA

dificuldades na aceitação do corpo sexuado são correntes, mas podem também indicar dificuldades mais graves conducentes à recusa do corpo sexuado como se observa, por exemplo, na anorexia.

2) Como está o adolescente a autonomizar-se dos pais?

Convém apreciar o modo como o adolescente se está a autonomizar em relação aos pais, em termos do poder de decisão e responsabilidade que tem sobre si e os assuntos que lhe dizem respeito, bem como em termos da necessidade de recorrer aos pais para a decisão ou realização de questões próprias. Interessa estar particularmente atento à presença de sinais de dependência excessiva, quando ao adolescente não é conferida nenhuma responsabilidade nem permitida nenhuma decisão sobre matérias relativas a si próprio, ou de autonomia excessiva, quando não tem de dar parte aos pais e não recorre aos pais para decisões que supostamente deveriam ser partilhadas. Ambas evidenciam dificuldades na autonomia do adolescente em relação à família e podem comprometer o seu desenvolvimento adaptado.

3) Está o adolescente capaz de controlar impulsos e expressar adequadamente conflitos?

Cabe avaliar a forma como o adolescente controla os seus impulsos e expressa os seus conflitos, a sua capacidade para tolerar a frustração e o isolamento, e para negociar com os outros as divergências. Interessa principalmente detectar a presença de recusa escolar, comportamentos de risco e tentativas de suicídio, recusa alimentar, falta de controlo alimentar e isolamento, que podem sinalizar a dificuldade de o adolescente controlar impulsos e expressar adequadamente conflitos. A recusa escolar, por exemplo, pode ser uma expressão inadequada dos conflitos com os pais.

4. Está o adolescente capaz de uma definição reflectida e positiva de identidade própria?

As questões relativas à identidade própria são comuns na adolescência, mas o processo desenvolvimental pode estar entravado, quer quando o adolescente muito precocemente assume como próprio sem discutir as imposições dos pais, quer quando está num estado de total confusão e dúvida, não sendo capaz de delinear um lugar para si próprio (Marcia, 1980). Esteja especialmente atento aos fracassos no processo de separação e individuação ou constituição de uma imagem de si autónoma e separada da vontade dos pais, bem como às dificuldades que podem surgir em encontrar algo de positivo em si e nos outros com os quais se identificar.

5. Tem o adolescente relações significativas com os pares e com os pais/adultos?

placebo EDITORA

Interessa considerar a capacidade do adolescente para estabelecer relações no grupo de pares, bem como a existência de relacionamentos significativos e a importância dos mesmos (intimidade/superficialidade). Convém também avaliar a presença e o estado das relações significativas com os adultos, nomeadamente os conflitos com os pais (expressam-se ou não a propósito das questões habituais para a idade?) e a existência ou não de outros adultos com os quais o adolescente mantém contacto (professores, outros familiares, etc.).

Os movimentos de excessivo isolamento ou excessiva oposição podem ser indicadores de dificuldades em estabelecer relações significativas com os pares e/ou com os adultos, nos casos mais graves indiciam uma perturbação oposicional desafiante ou de conduta, ou a emergência de esquizofrenia.

Trata-se também de avaliar o ambiente do adolescente; nomeadamente, os recursos existentes no meio. Em particular, o ambiente escolar e relacional, o que pode implicar o encontro com os professores e os pares. A avaliação do ambiente e redes de suporte é um aspecto útil porque nos fornece indicações relativas à gravidade das dificuldades do adolescente, favorecendo ainda o enquadramento das mesmas. Por exemplo, enquanto o abuso de álcool solitário pode testemunhar um sofrimento patológico e ser sintoma de depressão, o abuso de álcool em grupo pode ser melhor explicado no quadro da necessidade de inserção no grupo de pares (Marcelli, 1991). O suporte emocional que o adolescente pode ou não receber por parte dos amigos ou de adultos é ainda determinante no delinear dos objectivos e no recurso a estratégias psicoterapêuticas diversas.

6. Qual o potencial para a mudança do adolescente?

Importa ainda estimar o potencial para a mudança do adolescente, nomeadamente a motivação para a psicoterapia, caso seja necessária, tendo em conta a existência de curiosidade suficiente relativamente ao próprio, bem como a presença de ansiedade, preocupação e mal-estar, e o reconhecimento dos problemas como seus e do próprio como agente da possível mudança.

O modo como o adolescente se vai posicionar perante o clínico diz muito a respeito dele e da relação que estabelece com os pais e o mundo em geral, sendo por conseguinte um aspecto a ter em atenção ao longo da entrevista desenvolvimental. Dois tipos de reacções são bastante frequentes: a banalização ou negação defensiva (*"está tudo bem"*) ou a conspiração do silêncio. Ambas manifestam a resistência por parte do adolescente em colaborar com o adulto, diferem apenas na circunstância da primeira ser

placebo EDITORA

passiva, ao passo que a segunda é activa. Não se relacionam positivamente com o potencial para a mudança.

7. Testes psicológicos

Ainda que não seja este o lugar adequado à discussão quanto à utilidade e validade dos testes psicológicos, importa referir que, conquanto em nenhum caso permitam o diagnóstico, podem ajudar a responder a questões precisas que são suscitadas durante a avaliação da criança, do adolescente ou da família, e assim facilitar o processo de recolha de informação necessária ao diagnóstico.

Os testes são processos estandardizados para avaliar determinadas características psicológicas, na comparação do indivíduo com outros da mesma idade. Os testes podem ajudar a um conjunto de processos clínicos. Podem, por exemplo, providenciar alguma informação necessária ao estabelecimento do diagnóstico, permitir compreender melhor os problemas da criança ou do adolescente, facilitar a tomada de decisão e também facultar uma avaliação do sucesso do processo psicoterapêutico (Berger, 1994). Administrar um teste pode ainda ser a forma mais fácil de fazer com que o indivíduo fale acerca de si. Nomeadamente, as técnicas projectivas possibilitam a obtenção de informação inicial, quando a cooperação da criança ou do adolescente é nula, evidenciando as vias que podem facilitar que a comunicação e a relação floresçam.

Os testes têm a vantagem de permitir resultados quantificáveis, são geralmente válidos e avaliam o que pretendem avaliar (embora não totalmente), permitem obter informações consistentes num relativo curto espaço de tempo, possuem normas que permitem a comparação com os indivíduos da mesma idade, dando conta do desvio em relação ao que é esperado. Não servem, no entanto, para tomar decisões diagnósticas ou psicoterapêuticas, pois fornecem apenas informações complementares. A maior parte das críticas que ouvimos em relação aos testes resultam do seu uso indevido, quando o psicólogo lhes atribui um valor que ultrapassa a validade que possui e os objectivos para os quais foram elaborados.

Em qualquer dos casos, o enquadramento desenvolvimental das respostas ao teste da criança ou do adolescente bem como a interpretação desenvolvimental dos resultados é uma imposição desta postura conceptual. Uma prova com interesse para a prática clínica, pela informação que nos fornece acerca do modo como a criança vivencia as suas relações significativas, nomeadamente no seio da sua família, é o desenho de família de Louis Corman (1964). O objectivo desta prova é avaliar as condições em

placebo EDITORA

que se dá a adaptação da criança ao seu meio familiar. Através do mecanismo de projecção, a criança dá conta do modo como se sente no seu núcleo familiar, e em relação aos diversos elementos da sua família (Corman, 1964).

Indicada para crianças a partir dos 5 ou 6 anos, até aos 11/12 anos de idade, a sua administração não exige grande material: apenas uma folha de papel A4 branca, um lápis nº 2 afiado (lápis de cores, só se a criança pedir), não sendo permitido o uso nem de borracha nem de régua (se acontecer que a criança diga ter-se enganado, assegura-se que está bem, e só se dá uma outra folha, se ela assim o exigir). A *consigne* é "gostaria que tu me desenhasses uma família". Se a criança insistir em saber se o pedido se refere à sua ou a uma família qualquer, deve persistir na indefinição da solicitação, dizendo qualquer coisa como "gostaria que me fizesses o desenho de uma família. Desenhas a família que tu quiseres". Pode ser necessário dar alguma indicação extra, a uma criança inibida, ou dar algum reforço durante a realização da prova.

A observação do comportamento da criança enquanto executa o desenho fornece informação clínica relevante. É por conseguinte importante anotar a maneira como desenha, em particular: 1) o local onde inicia o desenho; 2) a primeira pessoa que desenha, e a ordem das pessoas seguintes; 3) o tempo que gasta e o cuidado que põe no desenho de cada pessoa; 4) a tendência em voltar ao desenho de uma pessoa; ou 5) outros pormenores que ressaltem, como certos comentários ou a atitude da criança enquanto desenha. No final perguntar sempre se a criança já terminou, se quer acrescentar mais alguma coisa, se está satisfeita com o que fez (anotar se houve acrescentos).

Antes de iniciar as questões a respeito do desenho, diga qualquer coisa como "que lindo desenho fez!" ou "desenhas mesmo muito bem!" ou ainda qualquer outro comentário pessoal que sirva para reforçar a criança e para criar uma disposição positiva para falar abertamente acerca do desenho. Introduza posteriormente as questões a respeito do desenho, com o seguinte: "Vou agora fazer algumas perguntas acerca desta família que tu desenhas-te". Coloque primeiro questões de âmbito geral: 1) onde é que eles estão? 2) O que estão eles a fazer? Passe então aos personagens do desenho: 3) diz-me quem são essas pessoas? Começando pela pessoa que tu desenhas-te primeiro. Diz-me quem ela é nessa família, que idade tem e qual é o seu nome? 4) Diz-me o que são estas pessoas umas às outras. 5) Precise depois com as seguintes questões. Nesta família diz-me: 1) Quem é o mais simpático? Porquê? 2) Quem é o menos simpático? Porquê? 3) Quem é o mais feliz? Porquê? 4) Quem é o menos feliz? Porquê? 5) Para ti, qual é o teu preferido nesta família? Porquê? (se a criança não entender a pergunta, fraseie de uma outra forma “desses todos, para ti, qual é o

placebo EDITORA

melhor?") 6) Pode por último acrescentar algumas questões pertinentes, no caso pessoal da criança e do desenho particular que ela fez. Outras questões podem ser "Nessa família, diz-me: 1) Quem é o mais bom? Porquê? 2) Quem é o menos bom? Porquê? Para identificar as preferências e identificações são feitas as questões seguintes: (mesmo que a família desenhada corresponda exactamente à família da criança, nunca refira a tua família, o teu pai, mas diga antes essa família, o pai, etc.). 7) Supúnhamos que fazias parte desta família, quem serias? Porquê? 8) Estás contente com o teu desenho? 9) Se fizesses uma outra vez o desenho, farias igual? O que é que acrescentarias? O que é que retirarias? 9) Podem ser feitas outras perguntas relevantes, ao longo da administração, mas devem ser evitadas para não interferir com o processo de realização da tarefa, sobretudo se a criança tiver menos idade.

A interpretação do desenho é feita a dois níveis: a nível formal e a nível do conteúdo (Corman, 1964). Para elaborar a interpretação do desenho é necessário ter conhecimento acerca da composição da família real da criança, pois um dos aspectos a interpretar são as diferenças entre a família desenhada e a família real.

A interpretação a nível formal refere-se à forma do desenho, mais propriamente dita. Ao nível gráfico, considera a amplitude do traçado (i.e., se as pessoas são desenhadas em pequena ou grande proporções); a força do traçado (traçado forte ou fraco); as estereotipias; a zona e proporção da folha que é ocupada; a orientação do traçado (esquerda-direita?). Esta última fornece-nos, por exemplo, informações quanto a lateralidade da criança. Ao nível das estruturas formais, uma avaliação desenvolvimental que se refere à aquisição do esquema corporal e ao funcionamento cognitivo é susceptível de ser feita. Pode ainda ser interessante comparar o funcionamento cognitivo geral da criança e a sua maturidade ou imaturidade a quando do desenho de família.

A interpretação ao nível do conteúdo considera, em primeiro lugar, a relação que se estabelece entre o princípio do prazer – i.e., a criança está em dificuldade com a sua família real e transforma o real consoante as suas necessidades – e o princípio da realidade – i.e., a criança desenha a sua família, tal como ela é, pois está capaz de gerir as suas relações familiares (Corman, 1964). A criança que desenha a sua família tal como desejava que fosse e não tal como ela é, dá-nos conta dos seus problemas particulares na gestão das suas relações familiares.

Em segundo lugar são analisadas as tendências da criança em relação aos membros da família (Corman, 1964). Geralmente, tendências positivas para com um personagem levam à sua valorização, enquanto tendências negativas levam à sua desvalorização, até ao desaparecimento do desenho. A valorização de um personagem avalia-se por diversos indicadores, como

placebo EDITORA

seja: é a primeira pessoa a ser desenhada; é desenhada com mais cuidado; é mais rica em pormenores; ocupa uma posição central no desenho; é desenhada em proporções maiores. A desvalorização de um personagem vê-se pelos indicadores contrários: é a pessoa desenhada em último lugar; é colocada à distância dos outros; o seu desenho é menos cuidado; pode acontecer que seja riscada. Por sua vez, a proximidade indica a presença ou o desejo de laços entre as pessoas envolvidas, enquanto o afastamento indica a dificuldade em se estabelecer um relacionamento positivo no seio da família; pode ser o afastamento do próprio, que se sente excluído.

Ao nível das identificações é necessário avaliar se a criança faz uma identificação de realidade (o que indica que ela está bem com ela própria no seio da família) ou uma identificação diversa da sua, referindo-se à pessoa que satisfaz melhor as suas tendências (por exemplo, regressivas) ou as exigências que a família põe nela (a identificação pode, por exemplo, fazer-se a uma pessoa que foi acrescentada).

Por último, os mecanismos de defesa são examinados e nomeadamente enquadrados do ponto de vista desenvolvimental. Quanto mais os mecanismos de defesa utilizados pela criança correspondem a mecanismos imaturos, menos capaz parece estar de gerir as suas relações com a família, designadamente porque mais perturbadora é a sua situação familiar (Corman, 1964). A negação ou supressão de uma realidade perturbadora, por exemplo, é um mecanismo de defesa muito primitivo; enquanto a colocação em si de tendências negativas, através da formação reactiva, é um mecanismo de defesa mais elaborado (Corman, 1964). No deslocamento, é deslocado sobre um outro os sentimentos ou vontades do próprio, tal como se verifica no personagem adicionado. Com frequência trata-se de um bebé, que dá conta de tendências regressivas muito fortes não assumidas pela criança, mas pode também ser um animal, um cão ou um lobo, por exemplo, no qual a criança projecta as suas pulsões agressivas (Corman, 1964). Os elementos que não têm uma existência real, são geralmente colocadas no desenho para poder dar parte de aspectos relativos à criança, que ela tem dificuldade de assumir como próprios.

8. Classificação e diagnóstico desenvolvimental

8.1. Procedimentos de classificação e diagnóstico desenvolvimental

Os procedimentos de classificação e diagnóstico desenvolvimental obrigam à compreensão do comportamento da criança no quadro do seu desenvolvimento. Ou seja, considerar a possibilidade de o comportamento resultar de uma dificuldade de a criança ou adolescente resolver

placebo EDITORA

determinada tarefa desenvolvimental, e considerar se o comportamento se justifica no quadro do desenvolvimento da criança ou adolescente, se possibilita ou impossibilita a progressão desenvolvimental.
Tal consideração, perante uma situação/criança particular, compele a uma avaliação sintomática, estrutural, desenvolvimental e ambiental, como o descrevemos a seguir.

A avaliação sintomática obriga ao reconhecimento da presença/ausência de sintomas. Geralmente, os pais trazem a criança à consulta pelo facto de apresentar uma ou mais condutas que consideram inadequada, o que a maior parte das vezes consiste no motivo da consulta. A primeira tarefa consiste em fazer o levantamento dessas condutas. A segunda, em considerar a possibilidade de resultar de alguma deterioração do S.N.C. ou ter alguma outra causa física. A terceira tarefa, se esse for o caso, em avaliar o carácter patológico da conduta da criança ou adolescente.

A avaliação estrutural obriga a decifrar o significado do comportamento no contexto próprio de significação do indivíduo, ou seja, a avaliar o valor e o significado do sintoma para aquele indivíduo. O sintoma pode corresponder à forma possível de responder a um dilema ou desafio. Compreender a função do sintoma para a criança/adolescente (e família) protege o clínico de propor uma mudança psicoterapêutica infrutífera.

Por sua vez, a avaliação desenvolvimental implica considerar o enquadramento desenvolvimental do comportamento e estudar a harmonia entre as linhas de desenvolvimento. Averiguar se a conduta assume um papel organizador do funcionamento psicológico da criança no quadro do seu desenvolvimento. Uma forma de avaliar se determinada conduta tem um carácter patogénico ou um papel organizador consiste em averiguar se entrava o processo desenvolvimental da criança ou se, pelo contrário, possibilita o processo desenvolvimental da criança e é uma resposta da criança em relação a uma determinada situação patogénica. Ou seja, como referem Ajuriaguerra e Marcelli (1991), avaliar em que medida a conduta contém a angústia conflitual e preconiza, com isso, a continuação do movimento maturativo; ou, contrariamente, é ineficaz na contenção da angústia que ressurge incessantemente e suscita novas condutas sintomáticas que entravam o processo maturativo.

A avaliação ambiental implica tentar situar o sintoma no seio da estrutura ambiental do indivíduo, isto é no quadro do seu ambiente familiar, escolar, interpessoal, etc. Considerando a adaptação que permite ao meio, uma mesma conduta pode ter um papel adaptativo ou desadaptativo em função do contexto em que acontece. A avaliação da normalidade do ponto de vista do ambiente, envolve portanto que se considere a relação entre o comportamento da criança e o ambiente em que o comportamento surge.

placebo EDITORA

Numerosas condutas julgadas patológicas pelo meio podem ser, na realidade: (1) condutas de protesto, saudáveis, (2) testemunhos da patologia do meio. Assim, os critérios de avaliação que aplicamos à conduta da criança devem ter em conta o contexto em que essa conduta ocorre, pois a mesma conduta pode ter um sentido muito diferente consoante o âmbito em que surge e, num caso ou noutro, pode ser considerada uma resposta adaptada às circunstâncias do meio ou uma resposta desadaptada, testemunho de uma paragem ou retrocesso no processo de desenvolvimento do indivíduo.

Por exemplo, Maria tem 9 anos e é encaminhada para a consulta pela professora por uma suspeita de dislexia. A verificação do quadro lesional obriga a considerar a possibilidade de alguma lesão ou imaturidade neurológica, sendo a dislexia o sintoma de tal lesão ou imaturidade neurofisiológica. A verificação do quadro estrutural consiste em ponderar uma estrutura significativa que justifica o aparecimento do sintoma, por exemplo, a persistência de conflitos na relação com os pais. O enquadramento desenvolvimental, implica considerar a possibilidade de atraso no desenvolvimento do indivíduo, sendo a dislexia um sintoma da imaturidade da função instrumental, correspondendo ao prolongamento excessivo de uma etapa normal encontrada no início de toda a aprendizagem da leitura e da escrita. A verificação do quadro ambiental consiste em formular a dislexia enquanto sintoma resultante de condições do ambiente que são as suas causas. Por exemplo, a dislexia como a tradução da inadaptação da criança às exigências escolares ou a tradução da incompetência do professor para ensinar face às possibilidades da criança.

8.2. Sistemas de classificação e diagnóstico desenvolvimental

O diagnóstico em Psicopatologia do Desenvolvimento não se faz obrigatoriamente de acordo com os sistemas de classificação e diagnóstico usuais – como o DSM IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria (2000/2002), o ICD 10 da Organização Mundial de Saúde (1990) ou o CFTMEA 2000 do "*Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations*" (Misès et al., 2000) [(1)] – embora nada impeça que os mesmos sejam considerados. O foco da classificação desenvolvimental "*não se limita a traços ou comportamentos isolados, mas enfatiza antes padrões de (des) adaptação*" (Garber, 1984, p. 30). Ainda que os esforços dirigidos nas versões mais recentes, esses sistemas de classificação são julgados inadequados para as perturbações da infância e adolescência. Também porque ignoram grande parte dos problemas que surgem com frequência nessas idades, dizem muito pouco acerca do que se passa com o indivíduo e acerca dos factores que motivam o distúrbio, não

placebo EDITORA

reconhecem a importância dos aspectos desenvolvimentais e não captam a dimensão relacional do comportamento inadaptado. O que é um dado de extrema importância, sobretudo no caso das crianças pequenas cujas desordens psicológicas, como precisámos no ponto anterior, se verificam habitualmente no quadro de uma relação perturbada com os prestadores de cuidado (e.g., Anders, 1989; Emde & Spicer, 2000; Sameroff & Emde, 1989). No entanto, tais classificações podem ser usadas para facilitar a comunicação entre profissionais, caso sejam compreendidas como uma designação que não reflecte as características da pessoa em si e caso a descontinuidade susceptível de se verificar no desenvolvimento da criança seja aceite (Rutter & Gould, 1985), até que surja uma classificação de diagnóstico desenvolvimental validada e suficientemente difundida.

Qualquer classificação diagnóstica não é a-teórica. Embora pretensamente a-teórico, o DSM defende essa possibilidade, o que é um posicionamento conceptual. A classificação diagnóstica traz sempre a marca do que os seus autores consideram ser ou não psicopatológico e os factores que justificam a patologia. Por isso, a formulação desenvolvimental da psicopatologia terá inevitavelmente impacto no sistema de classificação e diagnóstico a incrementar.

Um outro esforço de classificação desenvolvimental pode ser observado na Classificação Diagnóstica da Saúde Mental e Perturbações do Desenvolvimento da Infância e Idade pré-escolar (*Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-3*) (Zero to Three, 1974). Este sistema de classificação, revisto em 2005 (DC: 0 – 3 R) (Zero to Three, 2005), especifica as perturbações da primeira infância, tendo em conta que os sistemas existentes são largamente insuficientes para estas idades.

Esta classificação desenvolvimental traduz um esforço para melhor enquadrar o comportamento inadaptado da criança na sua trajectória de desenvolvimento. Em caso algum, a preocupação do clínico em classificar a perturbação da criança deve sobrepor-se à finalidade de a compreender (Gonçalves & Caldeira da Silva, 2003). O empreendimento é ainda de apresentar uma classificação que facilite uma articulação mais efectiva com a investigação e a pratica da psicoterapia.

O modelo desenvolvimental de classificação e diagnóstico de Stanley Greenspan (1981) sugeria que as perturbações da infância se agrupam em 3 tipos: 1) *defects in organizational integrity*, quando a experiência não é organizada ao nível do que seria de esperar, tendo em conta a idade da criança; 2) *constrictions in the flexibility of the personality*, quando, em determinadas e limitadas linhas do desenvolvimento, a experiência não é organizada ao nível do que seria de esperar, tendo em conta a idade da

placebo EDITORA

criança; 3) *encapsulated disorder*, quando a criança não é capaz de manter a continuidade experiencial, não processa ou recusa-se a processar a realidade.

Uma das considerações essenciais são as tarefas de desenvolvimento relativas à idade e o modo como a criança lida com as mesmas. O quadro seguinte dá-nos conta das principais tarefas desenvolvimentais relativas às diferentes linhas de desenvolvimento, para as idades de 0 a 3 anos. Diagnosticar uma conduta inadaptada do ponto de vista desenvolvimental consiste na verificação de que a conduta da criança não consiste na que normativamente dela se espera tendo em conta a sua idade.

Quadro 2: Modelo desenvolvimental para o diagnóstico das perturbações psicológicas em crianças e adolescentes (0-3 anos)

Linhas de desenvolvimento	**1º Ano**	**2º Ano**	**3º Ano**
Psico-motor	Desenvolvimento da marcha, da exploração, da linguagem e da resposta social aos outros	Coordenação psicomotora; desenvolvimento motor fino; primeiras palavras e frases; emergência da capacidade simbólica	Actividade motora grossa mais coordenada; actividade motora fina mais diferenciada; frases para descrever eventos e dar conta de necessidades; expansão da capacidade simbólica (fantasia)
Relacional	Necessidade de segurança e conforto	Necessidade de segurança *versus* emergência de autonomia	Representação do próprio (*self*) e do outro. Afirmação do poder pessoal e negativismo
Humor e emoções	Variabilidade relacionada com a satisfação das necessidades básicas	Organização e estabilidade por períodos mais longos de tempo, mas ainda variável	Estabilização em padrões organizados
Afectos (Tipo e variedade, intensidade, capacidade de discriminação, adequação)	Variabilidade desde a indiferença à excitação	Diferenciação afectiva. Capacidade para organizar os afectos de acordo com objectivos, por exemplo, demonstrar amor ou protestar	Expressões afectivas com maior significado, complexidade, e variabilidade. Emergência da competência para verbalizar emoções.
Ansiedade e Medos	Ansiedade global e desorganizada	Ansiedade relacionada com a separação/perda da figura de vinculação	Ansiedade relacionada com a separação/ perda da figura de vinculação, tanto quanto com a necessidade de aprovação e aceitação por parte da mesma

placebo EDITORA

Expressão temática (Organização; Riqueza, relevância e adequação para a idade e para o contexto; e sequência da expressão temática)	Comportamento organizado apenas na presença do adulto (interacção)	Comportamento organizado em acções complexas, tendo em vista objectivos específicos. Expressões comportamentais de temas diversos, tais como curiosidade, inveja, exploração, etc.	Capacidade simbólica e de expressão da fantasia através da linguagem. Capacidade para falar da experiência do próprio.

Adaptado de: Greenspan, S. (1981). *The Clinical Interview of the Child*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

O processo de diagnóstico e formulação clínica proposto pela DC: 0 – 3 R baseia-se em determinados pressupostos, fundamentados na Psicopatologia do Desenvolvimento. Considera-se principalmente que o diagnóstico 1) é um processo sempre em curso ("*Diagnostic process is ongoing*"); 2) deve incluir ambas, a classificação da perturbação da criança e a avaliação da criança no seu contexto (encarando que a criança participa e está envolta num contexto relacional); 3) examina quer a progressão desenvolvimental quer as diferenças individuais nos padrões (motores, sensoriais, linguísticos, cognitivos, afectivos, e interactivos) da criança; 4) deve dirigir-se a informação que seja relevante para a intervenção (DC: 0 – 3 R, 2005).

O processo de diagnóstico e formulação clínica inclui diversos elementos informativos que são: 1) a entrevista com os pais acerca da história desenvolvimental da criança; 2) a observação directa do funcionamento da família (interacção); 3) a observação das características individuais da criança; 4) a avaliação do comportamento e desenvolvimento da criança; 5) a compreensão das dificuldades e competências da criança em diversas áreas (em comparação aos padrões de desenvolvimento esperados para a idade); 6) a contribuição relativa – das dificuldades e competências da criança e da interacção ou relação com o meio – para as dificuldades e competências observadas; 7) um plano para intervir junto das circunstâncias referidas em 5 e 6.

O diagnóstico estabelece-se por eixos à semelhança do que acontece no DSM. O sistema de avaliação multi-axial foca a atenção do clínico nos factores que podem contribuir para as dificuldades da criança, assim como nas competências da criança, em áreas adicionais relevantes para a intervenção.

O Eixo I é reservado às perturbações clínicas da criança. São estabelecidos critérios para Perturbação de Stress Pós-traumático; Perturbação de

placebo EDITORA

Privação/Maltrato; Perturbações do Afecto (Luto prolongado ou patológico, Perturbações da Ansiedade da Infância e da Idade pré-escolar, Depressão da Infância e da Idade pré-escolar, Perturbação Mista da Expressão Emocional); Perturbação de Ajustamento; Perturbações Regulatórias do Processamento Sensorial (Hipersensível, Hiposensível/sub-responsivo, Procura de estimulação sensorial/impulsivo); Perturbações de sono; Perturbações do comportamento alimentar; Perturbações do relacionamento e comunicação; e Perturbação múltipla do desenvolvimento.

O clínico deve depois caracterizar o padrão de relacionamento pais-criança. As perturbações de relacionamento e a classificação da relação são situadas no Eixo II, pondo a tónica nas transacções da criança com o ambiente, e considerando as tarefas de desenvolvimento próprias das idades em causa. Compreender a qualidade do relacionamento entre a criança e os pais faz parte deste sistema de classificação de diagnóstico desenvolvimental. Ajuda na determinação do foco da intervenção e na formulação conceptual dos problemas da criança. O Eixo II identifica assim perturbações susceptíveis de serem observadas em relacionamentos específicos e na interacção da criança com os pais. Quando uma perturbação da relação está presente, é específica de um relacionamento. Dois elementos são considerados informativos para o preenchimento do Eixo II: A *Parent-infant relationship global assessment scale* (escala da avaliação global do relacionamento pais-crianca) e a *Relationship problems checklist* (listagem de problemas relacionais).

A escala de avaliação global do relacionamento pais-criança permite situar a intensidade, frequência e duração das dificuldades, para classificar o problema relacional enquanto relação adaptada (81-100), características de uma desordem de relação (41-80) e desordem de relacional (0-40) (codificada no Eixo II). Para se fazer esta classificação deve considerar-se: 1) o nível de funcionamento de ambos: criança e pais; 2) o nível de mal-estar em ambos: criança e pais; 3) a flexibilidade adaptativa de ambos: criança e pais; 4) o nível de conflito e de resolução de ambos: criança e pais; 5) o efeito da qualidade do relacionamento na progressão desenvolvimental da criança.

A listagem de problemas relacionais permite especificar o tipo de problema no relacionamento da criança-pais, ou em que medida determinado problema está presente na relação da criança com os pais. Para cada qualidade de relacionamento listada, assinala-se a designação apropriada: “nenhuma evidência”, “alguma evidência, necessita de mais investigação”, ou “evidência substancial”. Cada especificador da relação pai-criança incluída é descrito em termos de (1) qualidade da interacção

placebo EDITORA

comportamental, (2) tom afectivo, e (3) envolvimento psicológico. Os problemas relacionais inventariados são o sobreenvolvimento (1), quando a relação é caracterizada pelo sobreenvolvimento físico e/ou psicológico parental que é manifesto na qualidade comportamental das interacções, tom afectivo, e qualidade do envolvimento físico. No subenvolvimento (2), o pai/mãe pode demonstrar envolvimento e ligação à criança apenas de forma esporádica ou pouco frequente e a falta de ligação é frequentemente reflectida na baixa qualidade de cuidados directamente oferecidos pelo pai/mãe. Na ansiedade/tensão (3), as interacções pais-criança são tensas e restritas, com poucas evidências de divertimento relaxado e mutualidade. A relação de raiva/hostilidade (4) é caracterizada por interacções pais–criança que são difíceis e abruptas, frequentemente com falta de reciprocidade emocional. No abuso verbal (5), a relação envolve conteúdo abusivo emocional severo, fronteiras pouco claras, e hipercontrolo parental. No abuso Físico (6), a relação envolve abuso físico severo, fronteiras pouco claras, e hipercontrolo pelos pais. No abuso sexual (7), a relação envolve ausência de limites físicos e intrusões extremamente sexualizadas. Os três tipos de abuso têm precedência do ponto de vista do diagnóstico da classificação da relação, mesmo na presença de qualquer outro problema de relacionamento acima descrito. Se um padrão abusivo se aplica à situação, o clínico deve utilizá-lo como diagnóstico primário do relacionamento.

As condições e perturbações físicas e do desenvolvimento são listadas no Eixo III. Muitos sintomas podem ser causados por doença física; consequentemente, o DC: 0 – 3 R recomenda uma avaliação médica para as crianças que apresentem sintomas psicopatológicos.

O Eixo IV permite a avaliação do impacto global do stress psicossocial. São listados neste eixo todos os stressores psicossociais e ambientais que podem influenciar a apresentação, o curso, e a intervenção nos sintomas e perturbação da criança. Considera-se o carácter permanente ou temporário, normativo ou não normativo, e a severidade do stressor (intensidade, duração, frequência, previsibilidade, etc.). O nível de desenvolvimento e as competências da criança (resiliência), bem como a presença no ambiente de um adulto capaz de ajudar a criança a lidar com o stressor (factores protectores). Quanto maior o número de stressores envolvidos, maior se presume que será o impacto adverso na criança. A *Psychological and Environmental Stressor Checklist* (Lista de Stressores Psicossociais e Ambientais) fornece ainda ao clínico uma estrutura para: (1) identificar múltiplas fontes de experiências de stress para a criança e sua família, e (2) anotar a sua duração e severidade (i.e., anotar a idade de inicio, a duração e a severidade). De forma a perceber a severidade cumulativa dos stressores, o clínico dever identificar todas a fontes de stress presentes nas

placebo EDITORA

circunstâncias de vida da criança. (Por exemplo, uma criança que é colocada numa família de acolhimento pode experienciar o impacto do abuso, a perturbação mental dos pais, a separação dos pais e a pobreza).

A Lista de Stressores Psicossociais e Ambientais do DC: 0 – 3 R permite identificar as múltiplas fontes de stress a que criança e família estão sujeitas. Os stressores inventariados são relativos a diferentes áreas e particulares do que sabemos poder interferir no desenvolvimento da criança, e por isso mais adequados do que os previstos no DSM. Referem-se especificamente aos factores que a investigação tem mostrado associarem-se a dificuldades para a criança (não necessariamente os mesmos que para os adultos). Por exemplo, ambiente educacional/de cuidados inadequado, nascimento de uma irmão, alteração do prestador de cuidados, criança adoptada, criança em família de acolhimento, criança numa instituição, morte de um dos pais, doença de um irmão, novo adulto em casa (e.g., namorado da mãe/pai), divórcio ou separação dos pais, recasamento dos pais; separação da criança dos pais, discórdia severa ou violência com irmãos, um só progenitor/ monoparentalidade, mais de 9h por dia de cuidado fora de casa, múltiplas mudanças no cuidador da criança, pais sem escolaridade mínima obrigatória. Note que os factores protectores são similarmente apontados, seguindo a conceptualização da Psicopatologia do Desenvolvimento, com relevância para as circunstâncias que presentes no dia-a-dia da criança podem ser preciosas no estabelecimento de planos de intervenção.

No Eixo V, relativo ao Funcionamento Emocional e Social, considera-se as competências de funcionamento emocional e social da criança no contexto da sua interacção com os pais e em relação com os padrões desenvolvimentais esperados. O DC: 0 – 3 R propõe para esse efeito a Escala da Capacidade de Funcionamento Emocional e Social que pode ser utilizada para criar um sumário do padrão de funcionamento emocional e social da criança. Porque documentar a melhor *performance* é importante para o planeamento da intervenção, o sumário deve descrever o nível mais elevado de funcionamento da criança. O sumário deve também reportar inconsistências no funcionamento. São consideradas as seguintes (6) áreas: Atenção e regulação, relacionamento e envolvimento mútuo, comunicação intencional recíproca, resolução de problemas através da linguagem e competências motoras, uso da actividade simbólica para expressar pensamentos e emoções Raciocínio e lógica. Para cada uma das competências o clínico avalia o nível de funcionamento da criança, referindo: competência presente no nível apropriado à idade, competência presente no nível apropriado à idade, mas vulnerável ao stress, competência presente no nível não apropriado à idade, competência presente no nível

placebo EDITORA

não apropriado à idade, mas inconsistente ou intermitente, necessitando estrutura ou suporte, dúvidas quanto à presença da competência (mesmo em nível não apropriado à idade), e competência não presente. A atenção particular às áreas de bom funcionamento da criança, tanto quanto às áreas de funcionamento deficitário, é um elemento valioso da abordagem em múltiplas linhas do desenvolvimento da Psicopatologia do Desenvolvimento. Com implicações úteis em termos do prognostico e da intervenção.

Por último, pareceu-nos interessante referir a contribuição do Manual de Diagnóstico Psicodinâmico (*Psychodynamic Diagnostic Manual*) (PDM Task Force, 2006) que, embora se enquadre num modelo conceptual distinto, integra muitas dimensões relevantes para a Psicopatologia do Desenvolvimento, já documentadas no capítulo 1. Com efeito, entre outros aspectos, esforça-se por "*enfatizar o contexto desenvolvimental da psicopatologia da criança e do adolescente … e por compreender a relação do comportamento da criança com o que é esperado para a sua idade*" (PDM Task Force, 2006, p.175-176). Considera múltiplos factores – biológicos, familiares, sociais e culturais – que interagem em cada fase do desenvolvimento e oferecem à criança as condições para um comportamento mais ou menos adaptado. Estabelece a possibilidade de continuidade e descontinuidade entre a infância e a idade adulta, e a presença de um contínuo entre o desenvolvimento adaptado e inadaptado. Enfatiza a resiliência e as competências da criança para lidar com a adversidade.

Num primeiro eixo, são examinadas as funções mentais específicas da criança e do adolescente, ou seja a forma como experiencia as relações e as emoções e lida com a ansiedade (MCA Axis). No eixo II, avalia-se o modo como a criança ou o adolescente se relaciona com o mundo (*personality tendencies* – PCA Axis). No eixo III, caracterizam-se os sintomas, ou formas de a criança ou do adolescente lidar com o mundo, em relação à sua compreensão do mesmo (SCA Axis).

O manual prevê um conjunto de categorias para avaliar o perfil de funcionamento mental da criança e adolescente, relativo ao Eixo I (MCA áxis), a saber: 1) regulação, atenção e aprendizagem (avaliando os processos que permitem a atenção e a aprendizagem através da experiência); 2) relações interpessoais (examinando a profundidade, a variedade e a consistência das relações interpessoais); 3) qualidade da experiência interna (ponderando o nível de julgamento a respeito da relação com os outros e o mundo em geral); 4) experiência, expressão e comunicação afectiva (apurando a competência para expressar a gama de padrões afectivos e para tolerar os afectos); 5) capacidades e padrões

placebo EDITORA

defensivos (considerando a forma como a criança lida com os seus desejos, afectos e experiências e o grau em que distorce a experiência neste processo; 6) capacidade para construir representações internas (apreciando a competência da criança para simbolizar e organizar mentalmente a sua experiência, em vez de a expressar através do comportamento ou da somatização); 7) capacidade de diferenciação e integração (estudando a competência da criança para ser consistente, lógica, e estável); 8) capacidade de auto-observação (analisando a competência da criança para considerar e dar conta do seu funcionamento interno); 9) capacidade para construir e usar padrões, normas e ideais (estimando a capacidade da criança para formular valores próprios e para balancear o próprio no contexto presente e futuro). São providenciadas descrições ilustrativas para o funcionamento adaptado e inadaptado da criança e adolescente, para cada momento do desenvolvimento, e em cada uma destas áreas desenvolvimentais.

O manual prevê igualmente um conjunto de categorias para avaliar os padrões e desordens de personalidade da criança e do adolescente, relativos ao Eixo II (PCA Axis). São considerados aspectos como o relacionamento com os pares e os pais, a compreensão e expressão emocional, a auto-estima, a integridade dos processos cognitivos, o modo de lidar com os conflitos e as experiências difíceis, a regulação dos impulsos, o raciocínio social, etc. Avaliados através de um continuo que vai do comportamento adaptado ao comportamento inadaptado (caracterizado pela rigidez e capacidades limitadas) e considerando sempre o nível de desenvolvimento da criança e as tarefas desenvolvimentais associadas.

O manual aprecia ainda os processos desenvolvimentais que informam e influenciam a experiência da criança e o modo como expressa os sintomas. No ao Eixo III (SCA Axis) considera desde as crises de desenvolvimento até outras perturbações previstas no DSM-IV, revistas à luz das limitações e potencialidades desenvolvimentais da criança.

placebo EDITORA

Capítulo 3

Psicopatologia do Desenvolvimento: Introduzindo uma nova forma de providenciar ajuda psicológica à criança, ao adolescente e aos pais

Este terceiro capítulo é um ensaio quanto à aplicação do modelo conceptual da Psicopatologia do Desenvolvimento ao nível da ajuda psicológica à criança, ao adolescente e aos pais.

Cicchetti e Sroufe (2000) encaram como principais adventos da Psicopatologia do Desenvolvimento, o facto de ter considerado a trajectória desenvolvimental do indivíduo como multi-determinada por factores de risco e factores protectores (e pela interacção entre estes), bem como a circunstância de ter reafirmado: a heterogeneidade das perturbações psicológicas, a continuidade e descontinuidade no desenvolvimento do comportamento adaptado e inadaptado, e a importância dos processos e mecanismos desenvolvimentais, tal como já apresentamos nos capítulos anteriores. Em termos das direcções futuras desta disciplina, estes autores partilham com outros (e.g, Garber, 1984) a urgência de desenvolver um sistema de classificação desenvolvimental das perturbações psicológicas da infância e da adolescência, tendo em conta as limitações impostas pelo uso das classificações correntes, já de si pouco adequadas para a compreensão da psicopatologia na idade adulta. Em nosso entender, a classificação DC: 0 – 3 R (que apresentamos no capítulo anterior) responde adequadamente a esta necessidade. Urgência também em compreender os mecanismos envolvidos na eficácia da intervenção psicoterapêutica. Pelo esclarecimento que pode fornecer a respeito dos processos de desenvolvimento normal, a Psicopatologia do Desenvolvimento pode ser útil ao entendimento dos elementos fundamentais para a mudança desenvolvimental (Cicchetti & Sroufe, 2000; Rutter & Sroufe, 2000).

A psicoterapia é "*um processo interpessoal desenhado para conseguir mudanças nos sentimentos, cognições, atitudes e comportamentos que causam mal-estar à pessoa que procura ajuda junto de um profissional treinado*" (Strupp, 1978, p.3). Define-se de acordo com três características constituintes: 1) estabelece-se no quadro de uma relação entre uma pessoa que procura ajuda (paciente) e uma pessoa que fornece ajuda (terapeuta); 2) desenvolve-se num contexto interpessoal; e 3) é conduzida de acordo com um modelo que guia as acções do terapeuta treinado para o efeito (Roth & Fonagy, 2005).

As psicoterapias são susceptíveis de serem distinguidas principalmente de acordo com os seguintes aspectos:

placebo EDITORA

1) O modelo de psicopatologia que justifica as acções do terapeuta (um modelo do comportamento humano que fornece indicações para a modificação do mesmo).
2) O *setting* em que se desenvolve (o formato em que o tratamento é oferecido - indivíduos, díades, famílias ou grupos; a periocidade, a extensão em que tratamentos não psicológicos são usados, etc.).

É premissa fundamental da Psicopatologia do Desenvolvimento que o estudo das trajectórias adaptadas e inadaptadas de desenvolvimento informa a respeito da etiologia, prevenção e tratamento das perturbações psicológicas (Masten & Curtis, 2000). O modelo desenvolvimental influencia não só o modo como concebemos a psicopatologia, como ainda o modo como articulámos o apoio psicológico, nos aspectos que privilegiámos em termos da avaliação e no modo como operámos o diagnóstico, bem como em termos da acção que temos junto da criança e do adolescente, como veremos neste capítulo.

Zuckerman e Parker (2005), por exemplo, apresentam uma forma de intervir com os pais que designam de "*teachable moments*", em paralelo à proposta de Brazelton denominada "*touch points*". Ambas as abordagens visam melhorar a compreensão que os pais podem ter da criança e das suas necessidades, e promover a sua competência enquanto pais daquela criança, numa perspectiva mais apoiante do que prescritiva. Mas têm sobretudo a particularidade de oferecer diferentes propostas de intervenção de acordo com as necessidades desenvolvimentais da criança. Enquadram-se assim no âmbito das novas propostas da Psicopatologia do Desenvolvimento, nomeadamente pela importância dada aos marcos e processos de desenvolvimento. Focam-se na relação da criança com os pais e consideram que apresentar aos pais as competências desenvolvimentais da criança pode criar oportunidades óptimas para melhorar a sua compreensão e relacionamento com ela (Zuckerman & Parker, 2005; Brazelton, 1998). As direcções podem ser: 1) levar os pais a adaptar-se a um novo comportamento ou aquisição da criança; 2) levar os pais a considerar adaptado um comportamento adaptado, ou inadaptado um comportamento inadaptado da criança; 3) corrigir significados errados atribuídos pelos pais ao comportamento da criança, e consequentemente melhorar a relação entre eles.
São oferecidas diferentes estratégias de intervenção de acordo com nível desenvolvimental da criança. Em conformidade, até aos 6 meses de idade, é sobretudo usada a interacção pais-bebé, sendo melhorada a leitura dos sinais providenciados pelo bebé na interacção dos pais com a criança, através do questionamento reflexivo quanto às suas possíveis intenções ("Será que o João está a sorrir para o pai para lhe dizer que está contente

placebo EDITORA

com ele?", "Será que ele agora quer ir dormir?"). Em continuidade com o trabalho pioneiro de Selma Fraiberg no campo das psicoterapias pais-bebé (e.g., Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975), coloca a tónica da intervenção, não nos problemas dos pais ou da criança, mas no contexto das transacções inadequadas que entre eles acontecem, as quais são melhoradas pelo aumento da sensibilidade dos pais, à leitura adequada dos sinais emitidos pelo bebé.

Entre os 6 e os 12 meses são preferidas as situações de exploração da realidade física. Os pais são ajudados a providenciar o apoio necessário para que a criança investigue adequadamente os objectos, guiando-a, mas oferecendo-lhe também a possibilidade de ser activa, tão importante para a aquisição do conhecimento físico dos objectos. Já entre os 12 e os 36 meses, privilegiam-se situações em que a autonomia da criança está em causa. Discute-se com os pais o modo como se sentem e como podem facilitar o processo de autonomia da criança, que conduzirá à sua responsabilização por certas áreas, como seja o controlo dos esfíncteres, antes sob a alçada dos pais. Promove-se o desenvolvimento da criança e minimiza-se a ocorrência de conflitos e problemas, em áreas como o sono ou a alimentação, assim como as usuais birras que não são mais do que uma afirmação do exercício da maior autonomia e controlo da criança. As situações de separação são também debatidas, no sentido de facilitar esta importante tarefa do desenvolvimento da criança.

Em termos das estratégias de intervenção, os autores assinalam quão importante é o contexto da consulta para mostrar aos pais o carácter adaptado ou inadaptado do comportamento da criança, para aumentar o conhecimento que os pais podem ter da criança, para explorar os sentimentos envolvidos nas reacções dos pais perante certos comportamentos da criança, e para devolver aos pais a mestria das suas competências para lidar com o (a) filho (a) (os pais são os *expert* da criança), o que é facilitado pela presença da criança. Tal pode implicar: ler com os pais o comportamento da criança, corrigir expectativas irrealistas, procurar novas significações e soluções construtivas para os problemas; dar suporte, quando os pais têm que lidar com comportamentos difíceis; modelar determinadas práticas que podem ser mais adequadas com a criança. Pela observação e comentário acerca do comportamento da criança, o clínico modela os pais a agir em ver de reagir, convidando-os a dar um passo atrás e a especular sobre o significado (porque será que ele faz isso?) do comportamento da criança, conduzindo-os a uma posição colaborativa e não conflituosa.

Reacções negativas por parte dos pais em relação à criança, ao adolescente ou ao seu comportamento são relativamente comuns, mas não impedem que, com o clínico, outros significados mais positivos sejam encontrados.

placebo EDITORA

Num primeiro momento, o psicólogo coloca-se do ponto de vista dos pais (atitude empática) e manifesta que compreende o modo como se sentem e a sua reacção (não necessariamente adequada). A partir daí, uma explicação diferente para o comportamento da criança ou do adolescente, percebido à luz do momento de desenvolvimento que atravessa, é procurada com os pais. Assim, por exemplo, a recusa do adolescente em passar a tarde de domingo com os pais poderá não ser percebida de uma forma negativa, enquanto rejeição dos pais, mas antes enquanto um movimento positivo de autonomia e exploração de novas relações com pares. O que não deve impedir que o clínico compreenda simultaneamente os pais – que se sentem rejeitados – e o adolescente – que se sente motivado para o contacto com os amigos.

É essencial que os pais percebam a utilidade desenvolvimental de certos comportamentos que aparentemente podem não ser considerados adaptados, como o facto de uma criança pequena levar tudo à boca para explorar o mundo. A formulação desenvolvimental (da Psicopatologia do Desenvolvimento) ajuda a enquadrar o comportamento da criança ou adolescente no contexto do seu processo de desenvolvimento. Devolvida aos pais, esta formulação permite que compreendam que o comportamento assegura o desenvolvimento da criança ou adolescente, quando esse é o caso.

Em 1995, a Associação Americana de Psicologia (APA, 1995) recomendava que se definissem directrizes para a psicoterapia, baseadas em evidências testadas empiricamente (*Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*). Hoje, privilegiam-se claramente as intervenções cuja eficácia foi demonstrada por evidências empíricas.

Estabeleceram-se critérios para a definição de tratamentos baseados em evidências. Os tratamentos foram divididos em intervenções de *eficácia bem estabelecida* (*well-established interventions*) e intervenções com *eficácia provável (probably efficacious interventions*). Para ser considerada de eficácia bem estabelecida, a intervenção deve cumprir os seguintes critérios: 1) pelo menos dois estudos empíricos foram realizados por dois investigadores independentes, e demonstraram a sua eficácia positiva quando comparada com um *placebo* psicológico ou outro tratamento alternativo; 2) um mínimo de nove pacientes, desde que se assegure que os efeitos são atribuíveis à intervenção, e não a factores confundidores, nem à passagem do tempo; 3) a intervenção foi conduzida de acordo com um manual e as características da amostra foram claramente definidas. A melhor evidência empírica é aquela que pode ser obtida por meio de ensaios clínicos randomizados (ECR), quando um paciente com algum problema específico é aleatoriamente designado para o tratamento em pesquisa ou para uma outra condição activa, como intervenção *placebo* ou

placebo EDITORA

outro tratamento comprovado cientificamente. Quando os pacientes do grupo de controlo não foram sujeitos a um tratamento activo (como acontece com as listas de espera), quando os resultados não foram replicados ou quando das amostras consta um número entre três e nove pacientes, a intervenção é considerada de eficácia provável.

As revisões de literatura (e.g., Chorpita, et al., 2002; Hibbs, 2001; Pheula & Isolan, 2007) assinalam a eficácia bem estabelecida da modificação comportamental conduzida pelos pais ou professores junto de crianças com Deficit de Atenção e Hiperactividade. De forma semelhante, a terapia cognitivo-comportamental envolvendo os pais mostrou-se eficaz em crianças com Perturbação do Comportamento ou Oposicional Desafiante. Evidências empíricas foram estabelecidas para a terapia cognitivo-comportamental, com recurso a estratégias como o treino de auto-instrução ou a modelagem comportamental, incluindo nomeadamente os pais, em crianças com Perturbação de Ansiedade. Na Perturbação Depressiva, a terapia cognitivo-comportamental, mas também a terapia interpessoal, tem providenciado evidências empíricas, nomeadamente nos adolescentes quando conduzida em grupo. Em crianças com Enurese ou Encoprese mostraram-se eficazes as estratégias comportamentais. Já na Perturbação Autística, não se recolheram tantas evidências empíricas quanto ao sucesso das terapias encetadas.

No entanto, alguns autores consideram que mais do que as estratégias especificas, são os factores transversais os preditores mais potentes dos resultados terapêuticos. Gorin (1993), por exemplo, mostrou a importância da aliança terapêutica e participação do cliente e do número de sessões, bem como das práticas educativas parentais (designadamente a ausência de punição psicológica da criança por parte dos pais), no sucesso da psicoterapia com crianças e adolescentes.

A psicoterapia baseada em evidências empíricas assenta num ideal, de que as decisões podem ser tomadas de forma consciente, explicita, e recorrendo a evidências actuais. A este respeito, surgiram contudo algumas questões que importa acautelar (e.g., Pheula & Isolan, 2007; Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, & Kurtz, 2005).

1) Uma das mais controversas questões é que a prática psicoterapêutica possa ser avaliada pelas suas consequências e que as suas consequências sejam susceptíveis de serem quantificadas. Na verdade, muitos dos resultados que a psicoterapia pretende alcançar podem apenas ser medidos indirecta ou inadequadamente, e a medida não pode ser confundida com o fenómeno que pretende medir. Com frequência, a redução da sintomatologia da criança ou adolescente é usada como uma boa medida e considerada um bom resultado, quando em boa verdade pode representar o inverso. A Psicopatologia do Desenvolvimento alerta que a

placebo EDITORA

sintomatologia não pode ser considerada a mais importante evidência da normalidade desenvolvimental e portanto da eficácia da psicoterapia, nomeadamente porque pode deixar de fora importantes dimensões do funcionamento (in) adequado da criança e da família. Alerta ainda que a eficácia positiva da psicoterapia pode em alguns casos traduzir-se no aumento e não na redução de sintomas da criança ou adolescente (Fonagy et al., 2005). A maior parte dos estudos considera contudo a redução da sintomatologia como o principal critério de um bom resultado. A agenda da investigação em psicoterapia da criança e do adolescente comporta por conseguinte as seguintes prioridades: (1) compreender os mecanismos e processos responsáveis pelas mudanças terapêuticas; (2) informar-se das evidências empíricas da investigação em Psicopatologia do Desenvolvimento para o tratamento; (3) expandir a diversidade de questões que guiam a investigação; (4) elaborar múltiplos *outcomes* terapêuticos em que basear as suas conclusões (Kazdin, 2000).

Fonagy et al. (2005) apontam vários níveis a considerar quando se avalia a eficácia da psicoterapia, para além do nível da sintomatologia e do diagnóstico: a adaptação da criança ou adolescente ao seu contexto psicossocial; o desenvolvimento das competências cognitivas e socio-emocionais da criança ou adolescente; a melhoria dos processos transaccionais entre a criança ou o adolescente e os pais/meio; a utilização e satisfação com os serviços. Ao qual acrescentaríamos o beneficio da progressão desenvolvimental.

2) Vários factores podem ser responsáveis pela eficácia da intervenção; factores não específicos, como uma boa relação terapêutica, podem suscitar a mudança de comportamento desejada (Kazdin, 2004). Observou-se, por exemplo, em adolescentes deprimidos que receberam terapia cognitivo-comportamental, melhoria clínica não atribuível a mudança cognitiva (Kolko, Brent, Baugher, Bridge, & Birmaher, 2000). A questão dos processos – de como a psicoterapia funciona – (e.g., Fonagy et al., 2005; Kazdin, 2000, 2004; Weersing & Weisz, 2002), em vez dos resultados, tem sido apontada como uma possível resposta na identificação dos processos de mudança e portanto determinante no identificar de tratamentos efectivos. No sentido de "*podermos compreender porque e como os tratamentos funcionam e usar esta informação para optimizar os efeitos dos tratamentos no trabalho clínico*" (Kazdin, 2004, 923).

3) Por outro lado, grande parte dos estudos investigou técnicas cognitivo-comportamentais, o que não inviabiliza que outras modalidades de intervenção não possam ter igual sucesso. Como referem Fonagy et al. (2005), novas evidências podem surgir com relação a tratamentos já testados, novos tratamentos podem ser validados, limitações na aplicação

placebo EDITORA

de tratamentos validados podem ser identificadas, ou os critérios para a validação empírica podem ser alterados (p. 23).

4) As evidências empíricas não foram tão frutuosas em pacientes com perturbações psicopatológicas mais graves, com problemas múltiplos ou alta prevalência de comorbilidade, que costumam necessitar de abordagens combinadas ou multimodais, e exigem um elevado nível de flexibilidade. Em boa verdade, a maior parte dos estudos realizados com vista a evidências empíricas da eficácia de abordagens psicoterapêuticas, operaram com amostras seleccionadas de pacientes com uma perturbação específica, quando com frequência as crianças e adolescentes têm mais do que uma perturbação ou uma perturbação não específica. Esforços têm que ser feitos no sentido de aproximar as amostras dos estudos as necessidades da prática psicoterapêutica.

5) Por sua vez, a manualização da intervenção é condição necessária à sua replicação e à verificação dos seus resultados, o que impede a correcção das estratégias no decurso da intervenção; a rigidez dos manuais pode ainda prejudicar a relação terapêutica.

6) Nem todos os autores concordam que a melhor evidência empírica é aquela que pode ser obtida por meio de ensaios clínicos randomizados (ECR). Contestam nomeadamente não se considerar nem o timing (e não se exigir um *follow-up*), nem o tipo de resultados que são considerados para a validação empírica (e.g., Fonagy et al., 2005).

Concluem que os tratamentos com evidência empírica não podem e não devem ser considerados como eficazes para qualquer paciente e em qualquer *setting*. Por outro lado, os resultados da investigação empírica devem não só dirigir-se aos resultados, mas sobretudo aos processos, e também as características da criança, da família e dos pais que fazem deles bons candidatos a tratamentos específicos (Kazdin, 2000). Algumas perturbações não foram analisadas, as diferenças individuais na resposta aos tratamentos não foram consideradas. Mas é sobretudo importante compreender os processos de como a terapia funciona e o papel de variáveis moderadoras antes de saber ou para saber do seu valor empírico (Kazdin, 2000).

Por sua vez, o modelo transaccional da Psicopatologia do Desenvolvimento, ao considerar que o comportamento desadaptado da criança só pode ser compreendido e modificado no quadro das transacções desfavoráveis que estabelece com o meio, que o justificam, sugere a necessidade de considerar ambos os elementos em termos da intervenção e também da avaliação do sucesso da mesma. O que resulta na indispensabilidade de analisar e intervir ao nível dos diferentes sistemas e na interacção das características que se referem a ambos, criança e pais-familia-escola (e.g., Boergers, Hart, Owens, Streisand, & Spirito, 2007). O

placebo EDITORA

mesmo será dizer que para certas crianças no quadro de contextos familiares ou escolares determinados pode ser adequado favorecer certo tipo de interacções, diferentes das que podem ser adequadas para outras crianças vivendo em contextos diversos. Como questionam Fonagy et al. (2005) importa saber "*What Works for Whom?*"

placebo EDITORA

Notas

(1) São particularmente utilizados os seguintes sistemas de classificação:

DSM-IV-TR — 4a edição Revista do Manual de Diagnóstico e Estatística das Desordens Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA), publicado em 2000.

ICD 10 — 10a edição da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (WHO), publicada em 1990.

CFTMEA2000 — nova edição da classificação francesa das perturbações mentais da criança e do adolescente da CTNERHI, publicada em 2000.

placebo EDITORA

Bibliografia

Achenbach, T. (1974). *Developmental psychopathology*. New York: Wiley.

Ainsworth, M. D. S., & Eichherg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. M., Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris, (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-185). New York: Routledge.

Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.

American Psychological Association, Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington DC: American Psychological Association.

Anders, T. (1989). Clinical syndromes, relationship disturbances, and their assessment. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 125-144). New York: Basic Books.

Anthony, E. J., & Kaupernick, C. (1974). *The child and his family: Children at psychiatry risk*. New York: John Willey.

Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of the effects in the studies of socialisation. *Psychological Review, 75*, 81-95.

Berger, M. (1994). Psychological tests and assessment. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Ed.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 94-109). Oxford: Blackwell Science.

Boergers, J., Hart, C., Owens, J.A., Streisand, R., & Spirito, A. (2007). Child sleep disorders: Associations with parental sleep duration and daytime sleepiness. *Journal of Family Psychology*, 21, 88-94.

Bowlby, J. (1973/1978). *Attachment et perte: 2. La séparation: angoisse et colère*. Paris: PUF.

Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513-530.

placebo EDITORA

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Caplan, G. (1964). *Principals of preventive psychiatry*. New York: Basic Books Inc. Publishers.

Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., Serrano, A., Yates, A., Burns, J. A., & Morelli, P. (2002). Toward large-Scale implementation of empirically supported treatments for children: a review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 165-190.

Cicchetti D. & Sroufe L. A. (2000). The past as prologue to the future: the times, they've been a-changin'. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 255-264.

Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development, 55*(1), 1-7.

Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustration from the study of maltreated youngsters. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *55*, 837-845.

Cicchetti, D. (2005). Development and psychopathology. In D. Ciccheti & D. J. Cohen, *Developmental psychopathology, theory and method* (pp. 1-23). New York: Wiley.

Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development: Developmental Perspectives on Child Maltreatment*, *11*, 31-56.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2007). Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: A multi-level perspective. *Development and Psychopathology, 19*(3), 787-809.

Cicchetti, D., & Toth, S. (1997). Transactional ecological systems in developmental. In S. Luthar, J. Burack, D. Cicchetti, & J. Weisz (Eds.), *Development psychopathology – perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cicchetti, D., & Toth, S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal Child Psychology Psychiatry*, *50*(1-2), 16-25.

Cordeiro, J. (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa: Edições Salamandra.

Corman, L. (1964). *Le test du dessin de famille*. Paris: PUF.

placebo EDITORA

Crockenberg, S., Lyons-Ruth, K., & Dickstein, S. (1993). The family context of infant mental health: II. Infant development in multiple family relationships. In C. H. Zeanah (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 38-55). New York: Guilford Press.

Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, *59*, 1080-1088.

Emde R. N., & Spicer P. (2000). Experience in the midst of variation: new horizons for development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 313-331.

Erickson, E. H. (1950/1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Ferdinand, R. F., Hoogerheide, K. N., van der Ende, J., Visser, J. H., Koot, H. M., Kasius, M. C., Verhulst, F. C. (2003). The role of the clinician: Three-year predictive value of parents', teachers' and clinicians' judgment of childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(6), 867-876.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., Kurtz, Z. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Fraiberg, S. H., Adelson, E., & Shapiro, V. B. (1975). Ghosts in the Nursery: A psychoanalytic approach to the problem of infant/mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14*(3), 386–422.

Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: International Universities Press.

Frick, P. J., Silverthorn, P., & Evans, C. (1994). Assessment of childhood anxiety using structured interviews: Patterns of agreement among informants and association with maternal anxiety. *Psychological Assessment*, *6*(4), 372-379.

Frodi A. M. (1981). Contribution of infant characteristics to child abuse. *American Journal of Mental Deficiency*, *85*(4), 341-349.

Furstenberg, F. F., Cook, T. D., Eccles, J., Elder, G. H., Jr., & Sameroff, A. (1999). *Managing to make it: Urban families and adolescent success.* Chicago: The University of Chicago Press.

Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*, *55*(1), 30-48.

placebo EDITORA

García-Coll, C. T., & Meyer, E. C. (1993). The sociocultural context of infant development. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.

Garmezy, N., & Streitman, S. (1974). Children at risk: Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, *9,* 55-125.

Gonçalves, M. J. & Caldeira da Silva, P. (2003). A classificação diagnostica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, *1*(XXI), 13-21.

Gorin, S. S. (1993). The prediction of child psychotherapy outcome: Factors specific to treatment. *Psychotherapy*, *30*(1), 152-158.

Greenspan, S. (1981). *The Clinical Interview of the Child*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.

Grossman, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., & Grossman, K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In R. A. Hinde and J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relations within families: Mutual influences*. Oxford: Oxford University Press.

Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry,* 10(1), 3-11.

Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*, 50-65.

Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry,* 57, 829-835.

Kazdin, A. E. (2004). Evidence-based treatments: Challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *13*(4), 923-940.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* New York: Guilford.

Kolko, D., Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., & Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68, 603-614.

placebo EDITORA

Korsch, B. (2005). Talking with parents. In S. Parker, B. Zuckerman, & M. Augustyn (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (pp. 3-5), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kramer, T. L., Phillips, S. D., Hargis, M. B., Miller, T. L., Burns, B. J., & Robbins, J. M. (2004). Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(2), 248-259.

Liu, Y. H., & Stein, M. T. (2005). Talking with children. In S. Parker, B. Zuckerman, & M. Augustyn (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (pp. 6-9), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Lonigan, C. J., Elbert, J. C., Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 217-226.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543-562.

Lyons-Ruth, K., & Zeanah, C.H. (1993). The family context of infant mental health: I. Affective development in the primary caregiving relationship. In C. H. Zeanah (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 14-37). New York: Guilford Press.

Mahler, M.S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. NY: International Universities Press.

Marcelli, D. (1991). Entretien avec l'adolescent et son évaluation. Éditions Techniques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37213 A10, 9.

Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). New York: John Wiley & Sons.

Masten, A. S., & Curtis, J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation and development. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 529-550.

Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C. l., Durand, B., Garrabé, J., Golse, B., Jeammet, Ph., Plantade, A., Portelli, Ch., & Thevenot, J.P. (2000). *Nouvelle édition de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : CTNERHI.

PDM Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

placebo EDITORA

Pheula, G., & Isolan, L. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista Psiquiatria Clínica*, *34*(2), 74-83.

Piaget, P., & Inhelder, B. (1966). The Psychology of the Child. New York: Basic Books.

Ross, S., & Jennings, K. D. (1995). Development and psychopathology. M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds.). *Advanced abnormal child psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.

Rothbart, M. K. (1989). Temperament in Childhood: A Framework. Em G. A. Kohnstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart. (Orgs.) *Temperament in Childhood* (pp. 59-73). Chichester: Wiley.

Rutter M., & Sroufe L. A. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 265-296.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598-611.

Rutter, M. (1987). Continuities and discontinuities from infancy. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 1256-1296). New York: John Wiley & Sons.

Rutter, M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms. In A Rolf, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Ed.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M., & Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol.4. Socialization, personality, and social development (4th Ed.).* New York: Wiley.

Rutter, M., & Gould, M. (1985). Classification. In M. Rutter, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry – Modern approaches*. London: Blackwell Scientific Publications.

Sameroff A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, *12*(3), 297-312.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. A. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S.V. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.

placebo EDITORA

Sameroff, A. J. (1989). Principals of development and psychopathology. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Book, Inc.

Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.

Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Book, Inc.

Seifer, R., & Sameroff, A. J. (1986). The concept, measurement, and interpretation of temperament in young children: A survey of research issues. In M. L. Wolraich & D. Routh (Eds.), *Advances in developmental and behavioral pediatrics Vol. 7* (pp. 1-43). Greenwich, CN: JAI Press.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *71*, 452-464.

Shonkoff, J. P., & Marshall P. C. (1990). Biological bases of developmental dysfunction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Spitz, R. A. (1965/1983). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

Sroufe, L. A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, *55*(1), 17-29.

Sroufe, L. A., Cooper, R. G., & Dehart, G. B. (1996). *Child development: Its nature and course* (pp. 584-611). New Baskerwill: Mc GrawHill.

Thomas, A., Chess, A. & Birch, H.G. (1968). *Temperament and behaviour disorders in children*. New York: University Press.

Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 3-29.

Werner, E. (1988). Individual differences, universal needs: A thirty-year study of resilient high-risk infants. *Zero to three, 8*, 1-5.

Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. J. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization (1990). *International Classification of Diseases* (ICD).

placebo EDITORA

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74.

Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*, 278-288.

Zeanah C. H., Benoit D., Barton M., Regan C., Hirshberg L. M., & Lipsitt L. P. (1993). Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 278-286.

Zeanah, C.H. (Ed.) (2000). *Handbook of Infant Mental Health* (2nd edition). New York: Guilford Press.

Zero to Three (1974). *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-3*. Washington DC Zero to Three Press.

Zero to Three (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-3R*. Washington DC Zero to Three Press.

Zuckerman, B. S., & Parker, S. (2005). Teachable moments in primary care. In S. Parker, B. Zuckerman, & M. Augustyn (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (pp. 10-16), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report, VIII*, 4-20.

placebo EDITORA