



**Profint**  
Profissionais Integrados



**FEBRAP**  
Federação Brasileira de Psicodrama



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**PROFINT – Profissionais Integrados Ltda**  
**FEBRAP – Federação Brasileira de Psicodrama**  
**EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**  
**Curso de Especialização *Lato Sensu* em Psicodrama**  
**Trabalho de Conclusão de Curso**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E  
PSICODRAMA: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL**

**Aluna: Maria Imperatriz Leal de Oliveira**  
**Orientadora: Esp Cybele Maria Ramalho Rabelo**  
**Co-orientadora: Esp Vanessa Ramalho Ferreira Strauch**

**Aracaju-SE**  
**Dezembro de 2017**

**MARIA IMPERATRIZ LEAL DE OLIVEIRA**

**TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E PSICODRAMA: UMA RELAÇÃO  
POSSÍVEL**

Monografia apresentada ao Programa Lato Sensu de Psicodrama da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em parceria com a Profissionais Integrados Ltda como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Psicodrama, recomendado pela Federação Brasileira de Psicodrama.

Orientadora: Esp. Cybele Maria Ramalho Rabelo

Coorientadora: Esp. Vanessa Ramalho Ferreira  
Strauch

**Aracaju/ SE**

**Dezembro de 2017**



**PROFINT – Profissionais Integrados Ltda**  
**FEBRAP – Federação Brasileira de Psicodrama**  
**EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**  
**Curso de Especialização *Lato Sensu* em Psicodrama**

**ATA DE DEFESA DA MONOGRAFIA**  
**(Folha de Aprovação)**

**DATA:** 13 de Dezembro de 2017.

**LOCAL:** Sede da PROFINT\* (Aracaju/SE).

**TÍTULO:** Transtorno do Espectro Autista e Psicodrama: uma relação possível

**Autor:** Maria Imperatriz Leal de Oliveira

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista em Psicodrama da PROFINT-Profissionais Integrados Ltda em parceria com a EBMSP-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para a obtenção do grau de Psicodramatista (Nível I) – foco terapêutico, aprovada na data \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, com a nota \_\_\_\_\_, correspondente ao grau \_\_\_\_\_, defendida perante a banca examinadora abaixo assinada:

---

Profª Esp. Cybele Maria Rabelo Ramalho – Psicodramatista-Didata-Supervisora: Inscrição FEBRAP nº 270, fl.90, Livro I.

---

Profª Esp. Vanessa Ramalho Ferreira Strauch – Psicodramatista-Didata - foco terapêutico: Inscrição FEBRAP nº 372, livro II fl 094.

---

Profª Esp. Michelle Carvalho Nogueira – Psicodramatista-Didata - Inscrição FEBRAP nº 377, livro II fl 095.

\* **PROFINT – PROFISSIONAIS INTEGRADOS LTDA.** Membro da FEBRAP – Federação Brasileira de Psicodrama. R: Poeta José Sales de Campos, 794, Coroa do Meio, 49.035-650. (79) 3021-0757 / 9899-4563 / [contato@profint.com.br](mailto:contato@profint.com.br) – [www.profint.com.br](http://www.profint.com.br) / CNPJ: 01.890.418/0001-84.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por saber quem realmente sou e não se impressionar com o que faço, por conhecer bem minhas noites mal dormidas e minhas lágrimas tão caras e muitas vezes necessárias, sabendo exatamente onde sou capaz de chegar, a TI, minha eterna gratidão por me amar por primeiro e por me tornar tela viva em suas mãos de Artista. À minha mãe, “*ainda bem que você vive comigo, [...]*” por todo incentivo, presença, amor e apoio em todos os momentos do meu existir. A todo corpo docente da Profint, pela entrega e profissionalismo. Às crianças autistas, em especial a que me proporcionou a experiência relatada nesse trabalho, bem como à sua genitora pela confiança e consentimento para que esta experiência pudesse ser concretizada como um trabalho científico. A duas amigas-irmãs de vida e alma, Camila e Laíge, por tantas vezes serem meu acalento em meus momentos de dor e amor; a Dani, pela sensibilidade ao me ver em apuros e se dispor a me ajudar e compartilhar o seu saber; a Roberta Gois, pela generosidade do seu coração manifestada sempre à mim e por fim, à banca, pela disponibilidade em examinar este trabalho a partir de um olhar crítico e construtivo.

“Nada lhe posso dar que já não exista em você mesmo. Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens, além daquele que há em sua própria alma. Nada lhe posso dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave. Eu o ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo”.

**Hermann Hesse**

## RESUMO

Esse estudo é de caráter bibliográfico e empírico, a partir de um embasamento teórico e metodológico com as técnicas utilizadas e a resposta do paciente. O relato foi coletado em estágio clínico supervisionado, com atendimentos e supervisões semanais, na abordagem do Psicodrama bipessoal, sendo preservada a identidade do sujeito e as técnicas psicodramáticas utilizadas foram: Espelho e Maximização. O presente trabalho teve como objetivo demonstrar o tratamento de uma criança diagnosticada com TEA (Transtorno do Espectro Autista) através da abordagem Psicodramática. Neste estudo foram estabelecidas conexões entre o Psicodrama e as vivências do paciente dentro do *setting* terapêutico, que proporcionaram uma elaboração de conteúdos não verbalizados pela criança. Foi observado que a utilização do método psicodramático com crianças autistas pode ser mais explorada dentro do universo científico e empírico, e revela como este pode contribuir no desenvolvimento do estado emocional desses indivíduos.

**Palavras-chave:** Psicodrama; Autismo; Psicoterapia infantil;

## **ABSTRACT**

This study has bibliographic and empirical foundations, in which the theoretical and methodological Psicodramatic techniques are built upon. The clinical case study was collected in the supervised clinical study at PROFINT, in which were preserved the subjects identity. The psicodramatic techniques used were the “maximization” and the “mirror”. The present study has the main goal of demonstrating how the treatment of kids diagnosed with autism spectrum disorder through the psicodramatic approach. In this study, connections between the patient experience and the psicodramatic theory were established, what made elaborations of non verbalized content possible. The present study revealed how the psicodramatic theory can contribute scientifically to the development of emotional progress of autistic kids.

**Key words:** Psicodram; Autism; Child Psychotherapy;

## Sumário

Introdução .....	9
Objetivos .....	10
Objetivo Geral .....	10
Objetivos Específicos .....	10
Metodologia.....	11
1 Fundamentação Teórica .....	12
1.1 Moreno Vida e Obra.....	12
1.2 Psicodrama.....	15
1.3 Psicodrama Bipessoal .....	17
1.4 Psicodrama com crianças.....	20
2 TEA- Transtorno do Espectro Autista.....	24
2.1 Contextualização histórica e Conceitos .....	24
3 Caracterização do Caso Clínico articulado ao Psicodrama.....	27
3.1 Considerações do Relato Clínico com a teoria psicodramática.....	31
Considerações Finais .....	34
Referências Bibliográficas.....	36
Anexo .....	39



## Introdução

O presente trabalho, fruto da experiência da autora no atendimento psicológico com um paciente autista, vem apresentar um estudo conceitual do método psicodramático, em especial com duas técnicas, a saber: Espelho e Maximização.

Tais propostas aparecem de forma representativa e empírica, pois foram bastante significativas diante das respostas obtidas no paciente, principalmente pela elaboração da cena surgida no *setting*. É a partir dos conceitos e resultados das técnicas referenciadas, que se fundamenta este trabalho, bem como da (re)afirmação da possibilidade da atuação na clínica psicodramática com autistas, visto que a maioria dos trabalhos científicos com este público relatam que a abordagem mais resolutiva seria a Terapia Cognitiva Comportamental, e esse trabalho traz o relato de uma experiência exitosa com um paciente autista dentro da proposta psicodramática.

São objetivos dessa produção estabelecer conexões entre as vivências do paciente no *setting* com os conceitos básicos das técnicas utilizadas, a fim de que essas experiências sirvam como referências para futuros trabalhos a serem desenvolvidos com portadores de TEA, facilitando a compreensão e discussão.

O trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a vida e a obra de Moreno, fundador do Psicodrama, faz-se necessário o entendimento do contexto de sua escrita, as influências e as experiências do próprio fundador, que podem ser também percebidas na futura teoria psicodramática, traz também uma explicação do que é o Psicodrama, bem como da modalidade Bipessoal e do Psicodrama com crianças, para a compreensão desses tópicos, alguns conceitos fundamentais serão abordados. O segundo capítulo discorre sobre o conceito e as diversidades existentes no Transtorno do Espectro Autista, seus significados para literatura científica bem como faz uma contextualização histórica do mesmo. O terceiro capítulo, traz a contextualização do paciente descrito nesse trabalho, alguns resumos de sessões de psicodrama bipessoal articulando com a teoria psicodramática a partir do ponto de encontro dos conceitos das técnicas utilizadas na experiência relatada com as vivências das mesmas para o paciente, iniciando a análise e a ilustração objetivada e ao final, trago as considerações finais acerca desta experiência.

Este estudo foi feito baseado nos atendimentos psicológicos, em abordagem psicodramática, com um paciente do sexo masculino com cerca de 5 anos. Foram realizados atendimentos semanais na PROFINT – Profissionais Integrados, durante o período de 1 ano.

No início do acompanhamento foi esclarecido à genitora do paciente acerca da pesquisa e foi produzido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) cujo modelo está anexado.

O presente estudo volta-se para o compartilhamento da experiência do método aplicado e suas técnicas. O presente texto justifica-se como forma de facilitar o acesso e o entendimento de tais conceitos, através da apresentação ilustrativa da experiência psicodramática, nas vivências do paciente em tela.

## **Objetivos**

### **Geral**

Demonstrar a contribuição da abordagem Psicodramática bipessoal com uma criança diagnosticada com TEA.

### **Específicos**

- Relacionar a experiência clínica de um paciente com TEA à teoria psicodramática;
- Observar às mudanças comportamentais do paciente quanto à experiência com o método psicodramático;
- Apresentar a contribuição das técnicas utilizadas de espelho e maximização a partir da experiência no *setting* terapêutico.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e se dará a partir do compartilhamento de uma experiência sobre o prisma da Psicoterapia Bipessoal com um paciente diagnosticado com TEA. Os atendimentos foram realizados no Serviço de Atendimento à Comunidade da PROFINT, localizada na capital de Sergipe, pela psicóloga autora deste trabalho. A experiência relatada é de uma criança, do sexo masculino, com 5 anos de idade. Foi utilizado durante a escrita um nome fictício (Bento), para resguardar a identidade do paciente, e para tanto consta em anexo o modelo do TCLE entregue à genitora. Foram realizados no período de um ano, 24 atendimentos em psicoterapia bipessoal. É importante ressaltar que este trabalho foi desenvolvido sob a orientação de professores supervisores da PROFINT, os quais são credenciados à FEBRAP – Federação Brasileira de Psicodrama, e todos os procedimentos têm o respaldo do Código de Ética do Psicólogo.

# 1. Fundamentação Teórica

## 1.1. Moreno, Vida e Obra

Segundo RAMALHO (2011), J. L. Moreno nasceu em 06 de maio de 1889 em Bucareste e mudou-se para Viena aos cinco anos de idade. Era de família judaica, adepto do Hassidismo, vertente do judaísmo. Durante a infância, Moreno já demonstrava sua forte ligação com o divino. Pode-se considerar que a primeira sessão particular de psicodrama que ele próprio conduziu aconteceu quando ele atuou como Deus, ao brincar com crianças da vizinhança, em uma tentativa de voar, Moreno caiu e quebrou o braço, acontecendo então o “psicodrama do Deus caído”. O mesmo percebeu através de sua ação espontânea, que até o mais divino precisa de egos-auxiliares para atuar de forma adequada. Ele estava sempre preparado para substituir Deus quando fosse necessário (MORENO, 2014).

É por isso que todos precisamos de egos-auxiliares para nos dar uma mão; é por isso que deveríamos ajudar Deus em seu trabalho com o Cosmos, sendo egos-auxiliares Dele. Há tanta miséria e sofrimento no mundo que até Deus parece incapaz de curar tudo sozinho por isso precisamos repartir a responsabilidade (Ibid., 2014, p.22).

Moreno entrou para a faculdade de Medicina em 1912 e se formou em 1917. Desenvolveu trabalho com prostitutas no sentido de promover autonomia dessas mulheres, fundando uma espécie de sindicato. Contava história para crianças nos parques de Viena, visando despertar-lhes a espontaneidade (RAMALHO, 2011).

Moreno vivenciou duas guerras mundiais, viveu algum tempo no anonimato, fato que gera conflito sobre a autoria de alguns conceitos. Em 1925, Moreno migrou para os Estados Unidos. J. L. Moreno tinha uma necessidade de aceitação, não bastando apenas ter a sua licença para exercer a medicina nos Estados Unidos, ele queria ser reconhecido academicamente. A partir disso, trabalhou duramente no desenvolvimento da Sociometria, que se baseava na mediação das relações interpessoais, era algo mais positivado e científico, e foi aceito pela comunidade científica dos Estados Unidos. Mas

não foi o acaso que o levou a desenvolver a sociometria, esta foi consequência do seu trabalho com o teatro da espontaneidade (MORENO, 2014).

O Psicodrama e a sociometria desempenharam importantes papéis durante a Segunda Guerra Mundial. Os seus pressupostos foram utilizados na seleção e no treinamento dos soldados, bem como ajudaram a reduzir a taxa de perda psicológica dos soldados ingleses, além de terem sido eficientes do ponto de vista econômico. Moreno acreditava que as pessoas que ficavam doentes em grupo, recuperavam-se melhor em grupo (Ibid., 2014).

Jacob Levy Moreno faleceu em 15 de maio de 1974 em sua casa. Na sua lápide foi escrito: “Aqui jaz o homem que abriu as portas da Psiquiatria para a alegria”. (Ibid., 2014). A obra de Moreno tem alguns marcos importantes, sendo o primeiro inspirado na religião, o Hassidismo, e a teoria do ser denominada de seinismo. Durante esse primeiro momento, Moreno realizava trabalhos com crianças e prostitutas em Viena. O segundo momento é marcado pela criação do Psicodrama, período em que ele estava envolvido com o teatro. O terceiro momento é o período no qual ele consolida a teoria sicionômica (GONÇALVES, et al, 1988 *apud* RAMALHO, 2011).

A teoria moreniana é permeada por uma divindade, o homem é considerado parte da criação e criador ao mesmo tempo. Surge então a ideia de homem-Deus. Moreno comparava-se sempre à Deus, e acreditava que todos somos Deuses no momento criativo e espontâneo, segundo o autor, somente Deus é cem por cento espontâneo. Seu objetivo maior era promover a espontaneidade do ser humano acreditando sempre que o homem é um ser que se legitima a partir de suas relações (MORENO, 2014). Os conceitos de espontaneidade-criatividade são uns dos pilares da teoria moreniana, embora sejam conceitos distintos. Sem a compreensão desses conceitos o Psicodrama torna-se meramente um recurso técnico. A espontaneidade é um fenômeno primário e positivo, não é um impulso animal, tem um contexto cerebral não desenvolvido, assim como a inteligência por exemplo (BUSTOS, 1992).

A espontaneidade necessita de um estado para ser liberada, o aquecimento. Ele vem objetivar a manifestação da espontaneidade. Um ato, é espontâneo quando uma resposta é adequada para determinada situação nova. Essa adequação difere espontaneidade de espontaneísmo (RAMALHO, 2011).

Como citado anteriormente, a espontaneidade e a criatividade são processos distintos, mas que estão diretamente ligados entre si. A criatividade é a substância que capacita o sujeito a agir, ela torna a espontaneidade visível, ou seja, é o seu resultado.

Agir de modo espontâneo e criativo significa romper com as conservas culturais que cristalizam os comportamentos humanos. Para a teoria moreniana a espontaneidade está diretamente ligada ao processo de cura. A espontaneidade e a criatividade acontecem sempre de forma conjunta (Ibid., 2011).

Para GUIMARÃES (2011), a espontaneidade é melhor compreendida em função da conserva cultural. O autor considera a espontaneidade como uma qualidade de presença, que está relacionada ao sentimento de surpresa, ou seja, é uma nova ação ou resposta. A conserva cultural são os usos e costumes cristalizados, algumas culturas estão presas nessas conservas, cabe ao ser humano libertar-se dessas amarras (RAMALHO, 2011).

J. L. Moreno assim como Deus foi um criador, um gênio que através de sua espontaneidade e criatividade ajudou o ser humano a desenvolver os seus potenciais. Segundo Moreno, todo homem é um ser criador, divino e capaz de realizar contatos e encontros sinceros e tólicos. A tele é um vínculo terapêutico que favorece o encontro. A relação tólica entre terapeuta e cliente tem um grande potencial curativo no psicodrama. O termo “tele” foi utilizado para traduzir essas relações interpessoais transparentes entre cliente e terapeuta (KELLERMANN, 1992).

A tele é uma unidade de sentimento que se transmite de um indivíduo a outro. Ela possibilita o captar, apreciar e sentir os verdadeiros traços que caracterizam o outro. É o fator real, é perceber o outro tal como ele se apresenta e deve ser sempre empregada à uma nova resposta apropriada ao aqui e agora. O conceito de tele tem raízes profundas na teoria do Eu-tu de Martin Buber (Ibid., 1992).

A empatia, a entrada emocional no campo da realidade do outro ser humano, é um componente necessário da tele. Mas ela foi considerada por Moreno como sendo um sentimento de mão única, do terapeuta para o mundo privado do paciente, distinguindo-se assim do sentimento de duas mãos que por vezes ocorre entre os membros do grupo psicodramático. Especialmente na técnica de inversão de papéis, observa-se um intercâmbio mútuo de empatia e apreço, uma espécie de amor terapêutico que, quando se desenvolve torna-se, em si, um poderoso agente de cura. (MORENO, 1959 *apud* KELLERMANN, 1992, p.117).

Segundo BUSTOS (1992), o conceito de encontro aparece nas obras de Moreno antes do Psicodrama existir. O Psicodrama foi a sua última criação. A noção de encontro aparece na primeira fase de Moreno, em sua obra, *As Palavras do Pai*. O fator tele permite distinguir objetos e pessoas sem distorcer seus papéis fundamentais. A tele é a forma de percepção interna mais verdadeira entre os seres humanos. Na relação

terapêutica pode existir a tele, a transferência ou até mesmo ambas. Ela é a peça fundamental do encontro existencial, que permite que um indivíduo penetre no sentimento do outro. É o objetivo do psicodramatista (RAMALHO, 2011).

O processo de catarse no psicodrama é um importante elemento de cura dentro do ambiente terapêutico. Ela pode acontecer durante o aquecimento, dramatização ou compartilhamento, o que a torna em um dos eventos mais significativos do psicodrama. A função da catarse no Psicodrama é a liberação da espontaneidade. Na primeira fase do psicodrama a catarse não é induzida, tampouco inibida, mas é convidada à emergir em seu tempo. O protagonista deixa fluir seus sentimentos. Já na segunda fase do Psicodrama, esses sentimentos liberados são integrados e ressignificados (KELLERMANN, 1992).

A catarse de integração é um processo, mental, individual, coletivo. Segundo Gonçalves, et ali (1988), a catarse pode ser: revolucionária (quando revoluciona interiormente, mobilizando novos aprofundamentos), evolutiva (quando cresce gradualmente) e resolutiva (quando produz conscientizações e novas atitudes). No Psicodrama a ênfase é dada na ação dramática porque o *acting out* é a oportunidade de exteriorizar o que o paciente trás, suas experiências internas e externas. O *acting out* é terapêutico e se dá através da psicodramatização (não é o mesmo *acting out* da Psicanálise, onde é considerado uma forma de resistência). Através da atuação de uma situação, dentro dos limites terapêuticos, pode-se prevenir a atuação irracional na própria vida. (RAMALHO, 2011, p.38).

A catarse de integração é a ressignificação no “aqui e agora”, de experiências e sentimentos do passado. Para o psicodrama, o drama do comportamento deve ser revelado, para que se transforme a existência, fazendo brotar um homem espontâneo-criador (Ibid., 2011).

## **1.2. O Psicodrama**

O Psicodrama é uma abordagem psicológica que tem como base filosófica a fenomenologia e o existencialismo. O objetivo das terapias de base fenomenológico-existencial é ajudar o cliente ou paciente a vivenciar sua existência, buscando uma compreensão fenomenológica do ser existente, ou seja, o sentido (RAMALHO, 2011).

As psicoterapias de base fenomenológico-existenciais procuram, a partir da análise existencial de Ludwig Binswagner (1881-1966), que por sua vez inspirou-se em Freud e Heidegger, o sentido da vida e da luta do homem(...). Pretendem ter uma dimensão maior, além dos níveis psicológico e psicopatológico, estabelecendo como meta a busca de referências éticas. Espirituais, filosóficas e axiológicas. Surgiram como oposição ao determinismo das terapias chamadas de científico-naturalistas ou explicativo-causais (GONÇALVES et al, 1988 *apud* RAMALHO, 2011, p.32).

Moreno identificou-se com o movimento existencialista, pois o existencialismo considera a existência como algo sagrado, os existencialistas já tinham o mundo, não precisavam conquistá-lo. (MORENO, 2014). Nas abordagens fenomenológico-existenciais buscam o desenvolvimento da intuição, da liberdade e da sensibilidade, não possuem uma adaptação às categorias nosográficas da psicopatologia. O importante é viver o aqui e o agora, buscar o sentido que o passado significa no presente. O homem é um ser inacabado e em constante e eterno devir (RAMALHO, 2011).

O Psicodrama nesse contexto, tem por objetivo, fazer o ser alcançar uma existência autêntica, cada sessão psicodramática para Moreno, era uma experiência existencial, espontânea e criativa. Moreno recebeu influências de Henri Bérgrson, Martin Buber, Husserl e Nietzsche. Conceitos fenomenológico-existenciais tais como, aqui e agora, espaço, encontro, liberdade, projeto, percepção, corpo, linguagem, vivência e etc, marcam grande presença na teoria moreniana (Ibid., 2011).

Segundo MORENO (1975), o Psicodrama nasceu no dia da mentira, 1 de abril de 1921, o seu local de nascimento, ou seja, a primeira sessão psicodramática oficial foi num teatro dramático de Viena, a Komoedien Haus. Não existiam atores nem peça, Moreno apresentou-se sozinho para uma plateia de mais de mil pessoas.

Drama significa ação, e o psicodrama pode então ser definido como um método que penetra a verdade da alma através do drama. A princípio, Moreno descrevia o Psicodrama como uma profunda terapia de grupo, seu objetivo era reunir membros, como miniaturas de sociedade. Para o autor o homem é um ser de relações, por isso o grupo sempre permeou sua teoria (MORENO, 1959). A socionomia é a ciência maior que traz consigo três ramificações, a sociometria (ciência que estuda a estrutura e a medição das relações sociais), a sociodinâmica (que estuda o funcionamento das relações sociais) e a sociatria, que é a parte terapêutica das relações sociais, abarcando o Psicodrama, o Sociodrama, a dinâmica grupal (RAMALHO, 2011).



O Psicodrama trabalha com a realidade suplementar, que significa libertar-se das convenções corriqueiras, ou seja, é um tipo de experiência que ultrapassa a realidade, é uma nova experiência desta ou uma realidade própria que parte do “como se”, com o uso exaustivo da imaginação. O “como se” é a transformação da realidade no aqui e agora usando a imaginação sem cair no delírio ou na alucinação (Ibid., 2011).

De acordo com a autora, no Psicodrama o processo de adoecimento se dá pela carência de espontaneidade. A conserva cultural cristaliza os comportamentos e impedem o homem de manter-se saudável. De acordo com esta autora o adoecimento de algum papel se dá pelas imposições sociais, ou seja, esse adoecer se dá por circunstâncias externas que fazem com que o indivíduo não exerça seu potencial espontâneo e criador.

Existem algumas modalidades no Psicodrama, tais como: o bipessoal, o individual com ego auxiliares e o grupal. Entende-se por ego auxiliar como todo indivíduo que ao entrar na cena, joga o papel das pessoas da relação de seu cliente ou figuras internas do mesmo (DIAS, 1987).

### **1.3. Psicodrama Bipessoal**

O psicodrama bipessoal é uma modalidade psicoterapêutica oriunda do psicodrama que não há a participação de egos auxiliares como é comum na modalidade grupal e/ou teatro espontâneo. Nessa modalidade o terapeuta acaba por centralizar em si o pólo da ajuda, uma vez que não conta com um grupo “real” com o qual possa partilhar essa tarefa, ou seja, é uma relação terapeuta-cliente e não terapeuta-grupo. O Psicodrama Bipessoal era denominado de Psicodrama para dois na obra moreniana (CUKIER, 1992).

Para DIAS (1987), o psicodrama bipessoal é o atendimento do paciente somente pelo psicoterapeuta, onde o processo ocorre diante da relação à dois, no qual as dramatizações são feitas com almofadas ou outros objetos. O psicodrama bipessoal causa certa polêmica entre alguns Psicodramatistas, que defendem que não era a

proposta inicial de Moreno. O criador do Psicodrama referiu-se ao psicodrama bipessoal ou psicodrama para dois como um exemplo de antiespontaneidade (BUSTOS, 1992).

Segundo CUKIER (1992), é importante ponderar, que Moreno estava comprometido em enfrentar a Psicanálise, que tinha um método de trabalho que destoava do seu. Dentro dessa perspectiva, não fazia sentido naquele momento, pensar em um Psicodrama Bipessoal. Esta autora reconhece que o Psicodrama executado atualmente no Brasil não é o mesmo que Moreno executava, nem na forma individual nem grupal, e o fato do psicodrama não ser o mesmo que Moreno fundou não exige o respeito e a fidedignidade à Moreno. A mesma autora acredita que é possível mostrar o respeito à Moreno não só quando é explicitado claramente o que ele pensava, mas também quando os psicodramatistas usam da espontaneidade para criar a partir daquilo que ele deixou.

O ego auxiliar que não está presente no Psicodrama Bipessoal é considerado indispensável na situação experimental do psicodrama. Para Moreno o ego auxiliar é um ser observador participante.

Enfim o psicodrama a dois não mereceu muita dedicação de Moreno e, absolutamente, não foi considerado uma modalidade terapêutica importante. Bustos, citando conversas que teve com Moreno, afirma que ele considerava o psicodrama a dois um exemplo de antiespontaneidade e que se devia à incapacidade do diretor para incluir outros em seu trabalho (CUKIER, 1992 Pag.: 20).

O Psicodrama Bipessoal, para a autora, não é uma abordagem terapêutica menor, trabalha em sessões que duram cinquenta minutos e nem toda sessão resulta em uma dramatização. Sua proposta tem como pressupostos: estimular aquecimentos inespecíficos e específicos, utilizar almofadas ou objetos, marcando papéis complementares, utilizar a técnica da entrevista e as técnicas clássicas de dramatização. A verbalização também é um poderoso instrumento de elaboração nesse método, que possui as mesmas etapas do Psicodrama convencional, o aquecimento, as dramatizações e o compartilhamento (Ibid., 1992).

As técnicas clássicas utilizadas no Psicodrama Bipessoal são: O duplo, que tem como objetivo entrar em contato com as emoções do cliente que não são verbalizadas, fazendo com que este tome consciência dessas emoções; Inversão de papéis, uma forma abreviada dessa técnica seria o indivíduo A assumir um dos papéis do indivíduo B e vice-versa; Solilóquio, onde se pede que o paciente pense alto; Maximização, técnica na

qual o paciente exacerba um gesto ou uma forma verbal; Concretização consiste na materialização de objetos inanimados; A dramatização em cena aberta; Jogos dramáticos; Psicodrama interno; Átomo familiar ou social e etc (Ibid., 1992).

É indicada nos inícios de terapia, exatamente porque propicia a investigação das primeiras relações afetivas, fornecendo um contexto terapêutico protetor, onde o paciente é o único foco de atenção do profissional. Além disso, o processo individual propicia um sistema de autoconhecimento mais apurado, fornecendo um contexto onde as únicas tensões provem do vínculo com o terapeuta (CUKIER,1992, Pag.: 22).

Vale ressaltar que há casos em que a terapia bipessoal não é recomendada e a autora traz essas exceções, são quando os pacientes chegam a terapia com um maior nível de integração e cujos conflitos se referem, fundamentalmente, à esfera das relações interpessoais e também para pacientes com caractereopatias crônicas, que apresentam dificuldades em aproveitar uma relação bipessoal, trazendo pouco material para as sessões individuais. Assim, nesses dois casos citados, BUSTOS (1992), não indica a terapia bipessoal, pois o mesmo acredita que num grupo terapêutico esses pacientes teriam mais ganhos, porque seriam mobilizados pela dinâmica do grupo e a passividade não bloquearia a função terapêutica, chegando nessa fase, esses pacientes identificarão a necessidade de ter um acompanhamento individual e aí sim a terapia bipessoal virá a ser indicada para tais pacientes.

Formula-se a psicanálise a partir do bipessoal, assim como o psicodrama é criado em um contexto grupal. São dois métodos diferentes, mas não divergentes. Alternativas absolutas determinariam uma parcialização empobrecedora dos possíveis benefícios que são oferecidos por uma e outra forma terapêutica. Não há dúvida que um processo individual oferece um sistema de autoconhecimento mais apurado, indispensável por oferecer um contexto onde as únicas tensões provem do vínculo com o terapeuta. Tem uma sequência determinada pelas necessidades de uma só pessoa. Os grupos devem renunciar a esta condição, pois se cria um sistema de múltiplos estímulos, mais semelhante ao contexto social, oferecendo um campo propício para o trabalho das tensões criadas pelas relações interpessoais *in situ* (BUSTOS, 1992, p. 71 e 72).

O autor aponta que durante muito tempo esses dois enfoques ficaram separados, em que o bipessoal ficava circunscrito à psicanálise ou técnicas verbais derivadas e o psicodrama era associado só à psicoterapia de grupo. O mesmo, traz em seu livro “Novos Rumos do Psicodrama” vários exemplos da eficácia da psicoterapia bipessoal e justifica a referência que Moreno fez a esta terapia, como exemplo de

antiespontaneidade, convidando a relacionar suas afirmações ao contexto em que as formulava em paralelo com os diversos exemplos que ele traz em seu livro.

Dentro de um *setting* terapêutico bipessoal há espaço para todas as técnicas do psicodrama desde o aquecimento, perpassando para dramatização com espaço para os diversos jogos dramáticos até o compartilhar. Cabe trazer aqui que o aquecimento é imprescindível enquanto requisito técnico inicial de uma sessão psicodramática. CUKIER (1992), traz a visão de Moreno sobre aquecimento que se refere à complexa mobilização involuntária do sistema neuromuscular, desencadeada por um ato voluntário qualquer, nos mostrando que até fisiologicamente mudanças e adaptações acontecem, trazendo o aquecimento como ferramenta indispensável para o início da sessão psicodramática, além de trazer o específico como uma técnica recomendada para terapeutas iniciantes e para aqueles que tem dificuldade em trabalhar dramatizando. A escolha das ferramentas utilizadas na sessão vai fluir naturalmente, não será algo decidido antes da sessão começar e sim dentro do *setting*. A autora esclarece, que seja qual for a técnica a ser usada, Moreno considera que a espontaneidade e a criatividade são fenômenos primários e positivos do desenvolvimento individual, não fenômenos secundários decorrentes da libido ou de qualquer outro impulso animal, e acrescenta que incrementar essa espontaneidade, é libertá-las das amarras culturais que tentam moldá-la, buscar um homem livre e criativo, foi sempre o objetivo primordial de Moreno.

FONSECA (2008), afirma que a “fonte da espontaneidade é a própria espontaneidade”. E acrescenta que ela se libera em contato com a espontaneidade do outro. Logo, podemos deduzir que a espontaneidade do diretor e dos egos-auxiliares contribui para a espontaneidade do grupo ou cliente. Registra ainda que os estados espontâneos são instantâneos e se liberam através do aquecimento.

#### **1.4. Psicodrama com crianças**

O psicodrama com crianças é uma psicoterapia na qual a criança pode se expressar e se relacionar por meio da brincadeira e do jogo. A diferença desse tipo de ludoterapia é o preparo do terapeuta para propor cenas, jogos, procedimentos dramáticos e a dirigi-los, quando necessário. Através do brincar, há o surgimento da

palavra inconsciente (GONÇALVES, 1988). A autora reconhece os ensinamentos de Winnicott e Melanie Klein como fundamentais para os psicodramatistas infantis. Ela também expõe o brincar e a inversão de papéis na psicoterapia infantil mostrando que o psicodrama com crianças é possível e eficaz.

Pessoalmente, considero o desempenho de papéis efetivamente terapêutico quando é, como escreveu Moreno, “dominado” pela espontaneidade. Apesar de, no psicodrama, o terapeuta também desempenhar papéis, essa função só interessa enquanto não impede o brincar. É importante salientar que, em uma sessão de psicodrama, o desempenho de papéis “forçado” deva ser evitado. Por outro lado, convém lembrar que o brincar, no sentido comentado, além de não consistir propriamente no uso de brinquedos é um fazer, que pode servir-se de palavras, pensamentos etc. e também de papéis (GONÇALVES, 1988, p.116).

MORENO (1983), começou a trabalhar com as inversões de papel de seu filho e transformou sua própria casa num teatro de psicodrama a fim de explorar o universo de seu filho Jonathan, a partir daí, Moreno e Zerca, juntos ao seu filho, empreenderam um experimento ousado. Como a ontologia do comportamento infantil, do ponto de vista da criança, nunca fora redigida devido a incapacidade natural dos bebês em escreverem, Moreno e sua esposa Zerca, pensaram numa forma de superar este problema a partir da inversão de papéis, onde seu filho Jonathan, podia desempenhar todos os papéis que ele imaginasse, de maneira que ele fosse capaz de interpretar seu drama com o auxílio dos pais. Com isso o autor pôde observar que seu filho Jonathan, à medida que prosseguia no experimento, ele fora se tornando mais produtivo gradativamente, afirmando que isso ocorrera de forma surpreendente. O autor ressalta que todos os experimentos realizados por eles, foram apenas por prazer e que o objetivo era que o psicodrama pudesse tornar a vida doméstica dos três repleta de aventura e riqueza e conclui que, com os métodos usados, eles esperavam aprender quais os métodos que a criança usa espontaneamente para socializar-se e de que maneira eles poderiam ajudá-lo nessa tarefa.

A técnica da inversão de papel pode ser suficientemente usada com bebês e crianças, que podem ser encorajadas a trocarem de papel com os pais, mães e outras pessoas à sua volta, toda vez que for “indicado” (Ibid., 1983). O autor faz ressalvas sobre o uso dessa técnica e quais as contraindicações:

A - A criança emprega a inversão de papel para manipular, dominar ou punir pais e adultos, em sua determinação de fazer o que quer. B – O parceiro na inversão de papel, mãe, pai, etc., demonstra uma falta de simpatia ou a

habilidade de fazer sua parte. A criança então vê-se frente a uma ausência de inversão genuinamente bilateral. C – Inversão de papéis com companheiros imaginários, irreais, com ideias e caracteres oníricos, nos quais a criança é obrigada a desempenhar os dois papéis ela mesma. D – A fim de consolidar os resultados positivos da inversão de papel, são indicados períodos de interrupção do role playing (Moreno, 1983, pag. 174).

Dessa forma para o autor, afirma que a técnica de inversão de papel não é infalível, podendo prevenir ou “curar” sintomas neuróides ou psicóides, incipientes nas crianças, mas também poderá causá-la ou acentuá-la, reconhecendo explicitamente os perigos no uso terapêutico.

Há autores que afirmam a facilidade que a criança tem de adentrar nas propostas psicodramáticas, GONÇALVES (1988) *apud* FILIPINI (2013), assinala que as crianças ‘dominam’ facilmente certas técnicas psicodramáticas e que é necessário a atenção do diretor para não dar ênfase a papéis estereotipados da criança ou complementar e satisfazer papéis sádicos ou masoquistas.

BUSTOS (1982), quando iniciou seus trabalhos com crianças utilizava inicialmente as técnicas de Melanie Klein, porém não percebia reações de compreensão de evolução do tratamento, dizendo que não se sentia à vontade durante as sessões. A partir daí introduziu as técnicas do psicodrama para desenvolvimento de suas sessões e percebeu enorme diferença em seus pacientes que conseguiam relatar e interagir melhor nas sessões. Ao utilizar as técnicas dramáticas com crianças, percebia que estas tinham facilidade para serem diretoras da cena enquanto colhia o material necessário para o desempenho da terapia. Passou então a trabalhar com o Psicodrama individual.

O trabalho com o Psicodrama individual tem demonstrado que havia diferenças entre a terapia com criança e trabalho com adultos durante os aquecimentos, pois geralmente os pacientes já tinham um tema para ser dramatizado, tema através do qual realizava o aquecimento inespecífico, quando realizado com crianças, sendo que para adultos acontece de forma verbal e fora do contexto temático. Outra diferença bem definida está na forma de discussão sobre a dramatização, com crianças nunca são existentes, e percebe-se também que é mais útil a ação para que a criança possa se expressar com mais efetividade do tratamento, e construir um diálogo depois da dramatização pode até destruir o que fora construído (Ibid., 1982).

No momento da dramatização, quando pode haver a possibilidade do abandono da cena por parte de uma das crianças, e é necessário em algumas situações abandonar

seu personagem por um tempo para trazê-la de volta, ou tenta-se como personagem falar para a criança os motivos pelo qual ela não deve sair da cena. A agressão física também pode ocorrer entre as crianças na cena, e quanto isso acontece é preciso conter a criança fisicamente se for necessário inclusive devolvendo a agressão da mesma maneira e com a mesma intensidade que agrediu. Esse tipo de situação pode ter como causa a falta de observação da dramatização escolhida onde a única saída é a agressão física.

No trabalho com brinquedos, quando houve a mudança da técnica Kleiniana para o Psicodrama, o autor teve algumas dúvidas em relação a sua utilização, pois temia confundir as duas técnicas. Para os pacientes maiores não fazia falta, mas para as crianças mesmo trabalhando o Psicodrama, utilizou sua experiência para utilizar os brinquedos e conseguir conciliar com as técnicas psicodramáticas. O uso dos brinquedos tem três importantes funções: pode ser utilizado como instrumento de aquecimento onde muitas vezes os pacientes fornecem dessa maneira o material a ser dramatizado. Nessa primeira etapa a criança demonstra seus sentimentos e conflitos através do brincar durante o jogo. Segundo, o brinquedo também pode ser utilizado como intermediário durante a dramatização. Terceiro, os brinquedos podem ser utilizados como personagens reais, onde fornece elementos valiosos para a compreensão e elaboração das fantasias da criança. Dessa forma considera-se útil a associação do Psicodrama com a técnica do brincar de Melanie Klein (Ibid., 1982).

É constante no psicodrama com crianças lidar com o significado afetivo do brinquedo. Pode-se dizer que o terapeuta facilita o processo espontâneo do brincar e às vezes nele interfere, com o intuito de ajudar a criança a reviver e reagir de novas formas diante de experiências dolorosas ou conflituosas por quais passou na vida real. A partir disso é possível até supor que a criança consegue elaborar seus conflitos espontaneamente, tem uma maior saúde mental do que aquela que apresenta dificuldades em se expressar através do brinquedo (LOPES,2017).

O brincar, de forma específica o teatro do faz de conta, apresenta sua importância dentro da perspectiva de terapia psicodramática infantil, assim traz BERMÚDEZ (1997), *apud* LEPSCH (2015):

A terapia psicodramática infantil tem uma forma específica de brincadeira que é o teatro de faz-de-conta, isto porque, na representação dramática, agindo no “como se” ou “fazendo de conta que”, a criança expressa o que atinge sua sensibilidade, o que dá prazer ou desprazer e vontade ou medo de aprender. Dessa forma, a criança revela o sentimento que o mundo tem para com ela ou revê, através de papéis imaginários, que é capaz de reconhecer,

imitar e interpretar [...] nesse contexto, o faz-de-conta é um aliado na busca de respostas, visto que investigar a criança é bastante trabalhoso, sendo o psicodrama um método eficaz, que deve ser usado com algumas adequações, até porque o protagonista é uma criança, que não dispõe, ainda, da precisão do adulto já formado (LEPSCH, 2015, pag. 26).

Para FILIPINI (2013), o psicodramatista de crianças tem que ter um gosto especial pelo universo infantil, como o brincar, jogar, desempenhar papéis; segundo a autora, não que isso tenha que estar presente em todos os psicoterapeutas de crianças, mas no psicodrama a atenção maior reside no exercício do contrapapel.

## **2. TEA – Transtorno do Espectro Autista**

### **2.1 Contextualizações históricas e conceitos**

Para STEFAN, 1998, *apud* KLINGER, 2010, o termo “autista” foi utilizado pela primeira vez por Ploullier em 1906, mas a priori, apenas como adjetivo para definir a tendência que acompanhava pacientes diagnosticados com demência. Quanto aos sintomas de autismo, ser considerado um adjetivo da demência, há registros de descrição de caso um clínico de Melanie Klein, em 1930, em que a mesma descreve o caso clínico de uma criança com quatro anos, encaminhada com o diagnóstico de demência precoce, mas cujos sintomas apontam para o que a ciência hoje identifica como Transtorno Espectro Autista, segue relato:

(...) era carente de afetos e indiferente à presença ou ausência de sua mãe (...) estavam quase completamente ausentes a adaptação à realidade e as relações emocionais com seu ambiente (...) não tinha interesse pelos brinquedos (...) não brincava e não tinha contato com o seu ambiente. Na maior parte do tempo, articulava sons ininteligíveis. (KLEIN, 1930/1996)

A nível de pesquisas científicas, DIAS (2015), considera que a primeira pessoa a escrever sobre o autismo foi Leo Kanner em 1943, um artigo intitulado originalmente em inglês: Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo. KANNER (1943), relatava nos casos apresentados no artigo, que as pessoas apresentavam uma incapacidade de se



relacionar de formas usuais desde o início da vida. Em 1978, Michael Rutter proporcionou um marco na classificação desse transtorno, quando propôs uma definição do autismo com base em quatro critérios: 1) atraso e desvio sociais não só como função de retardo mental; 2) problemas de comunicação, novamente, não só em função de retardo mental associado; 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; 4) início antes dos 30 meses de idade (KLIN, 2006). Em 1944, Hans Asperger, também médico, -, escreve outro artigo com o título Psicopatologia Autística da Infância. Esses foram os primeiros artigos sobre o autismo que vem sendo estudado há mais de seis décadas, e vem despertando interesses e divergências na comunidade científica mundial. Para LAMPREIA *Apud* KLINGER (2010), a partir da proposta de Kanner, a definição e o diagnóstico de autismo, tem variado, a partir de uma elaboração conceitual, fruto do aumento de pesquisa no tema.

(...) estas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual com pessoas, biologicamente previsto (...). Se esta hipótese está correta, um estudo posterior (...) talvez permita fornecer critérios concretos relativos às noções ainda difusas dos componentes constitucionais de reatividade emocional (...) aqui temos exemplos puros de distúrbios autísticos inatos de contato afetivo. (KANNER, 1943/1997, p. 170)

Bleuler em 1911, descreve os sintomas hoje considerados TEA, como esquizofrenia. (CAVALCANTE e ROCHA, 2001, *apud* KLINGER, 2010).

Os casos foram inicialmente considerados como “débeis”. As pesquisas provaram, entretanto, que se tratavam de quadros esquizofrênico. Como característica, não aparecia discrepância entre o desenvolvimento motor e intelectual, mas sim, uma perturbação grave, nas crianças, como ser social, uma vez que a socialização destas crianças era impossível; quase não falavam, o que evidenciava perturbação na linguagem, brincavam isoladamente e não conseguiam estabelecer os primeiros contatos, quer com adultos quer com outras crianças. (GRUNSPUN, 1992, *Apud* CUNHA, p.302).

E desde então, o Autismo vem ganhando várias nomenclaturas, sendo relacionado a um distúrbio do desenvolvimento humano que vem sendo estudado pela ciência. E no DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, à medida que o mesmo fora sido atualizado, o Autismo passou por algumas classificações, a saber:

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais observamos que em 1968, no DSM II, o autismo foi inserido no quadro “esquizofrenia de início na infância”. A partir da década de 1980, o autismo é retirado da categoria de psicose e no DSM III utiliza-se a nomeação de distúrbios invasivos do desenvolvimento. No DSM IV (1991) caracterizado por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento é considerado um distúrbio global do desenvolvimento. No DSM 5 (2013) o autismo é situado na categoria de Transtornos do Neurodesenvolvimento e assumido como espectro, substituindo assim as subcategorias dos “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” que são agora abordadas por um único termo abrangente: Transtornos do Espectro do Autismo, nos quais se assinalam “especificadores” para identificar suas variações, como a presença ou ausência de comprometimento intelectual, comprometimento estrutural da linguagem, condições médicas ou perda de habilidades anteriormente adquiridas (DIAS,2015, *apud* REGIER et al., 2013; LAIA, 2011).

A partir dos conceitos apresentados pelo manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais DSM-V (2014), em sua quinta edição, observa-se que crianças com TEA expressam dificuldade em estabelecer comunicação funcional, apresentam diminuição de interesses por compartilhar emoções ou afetos e demonstram dificuldade para estabelecer ou ser responsivo a interações sociais. Apresentam, ainda, padrão restrito e repetitivo de comportamento e movimentos, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, persistência nas mesmas coisas, inflexibilidade de rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, interesses fixos e restritos, além de hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou fascínio atípico por aspectos sensoriais do ambiente (APA – American Psychiatric Association, 2014).

Segundo KLIN (2006), o TEA é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento, caracterizado por déficits nas áreas de comunicação (verbal e não verbal), interação social e comportamentos restritos e repetitivos.

No CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, o Autismo está dentro do grupo dos “transtornos caracterizado por anormalidades qualitativas em interações sociais recíprocas e em padrões de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo”. É um transtorno da infância, da adolescência e do adulto (onde o diagnóstico não é precoce). O CID 10 F 84.0 define o autismo infantil como um “transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade de três anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo”. Assim, a criança tem um impacto múltiplo em áreas nobres do desenvolvimento humano.

A ASA (Associação Americana de Autismo) *apud* KLINGER, 2010, define o autismo como uma inadequidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave.

### **3. Caracterização do paciente e articulação com o Psicodrama**

Este capítulo traz uma contextualização do caso clínico bem como os relatos de algumas sessões de psicoterapia psicodramática seguido da articulação com a teoria psicodramática.

Bento 5 anos, levado à psicoterapia pela genitora, trazendo um diagnóstico de TEA. Como uma possível consequência do diagnóstico, ele não fala, tem dificuldade em se comunicar e expressar sentimentos e suas necessidades básicas de sobrevivência. Segundo a genitora ele é fruto de uma gestação desejada e tranquila, com atraso no parto devido à falta de dilatação, nascendo então de uma cesariana. A genitora relatou que até um ano de idade os sintomas não se mostravam tão claramente, porque o mesmo conseguia estabelecer pequenos vínculos com o seio familiar a partir do olhar.

Depois de um ano de vida, o paciente começou a revelar sintomas de regressão no desenvolvimento, da fala, da comunicação, de comportamentos que antes não existiam, ou seja, resolutos, onde a criança passa a perder a capacidade de se comunicar com o meio, como por exemplo: não responder quando alguém falava mesmo os pais e irmão, que são mais próximos, era como se ninguém estivesse falando com ele, se mantinha num mundo isolado e impenetrado.

A regressão desses comportamentos começou a chamar a atenção da genitora; que a priori, sofria muito com a possibilidade de o seu filho ter algum problema de saúde, e questionava muito, “por quê?”, com os questionamentos, começou a buscar ajuda da pediatra, que o encaminhou para um neuropediatra, do qual recebeu o diagnóstico.

Diz que seu filho começou a estudar aos dois anos de idade, a princípio era completamente isolado das crianças de seu convívio escolar; brincava sozinho, já aos

cinco anos, e após início do processo psicoterapêutico, o paciente tem progressos no processo de vinculação com as crianças que fazem parte do seu convívio diário. Bento, é uma criança afetuosa; seu comportamento dentro e fora de casa não é agressivo; entende as ordens da genitora; assiste desenhos na TV Cultura, seu favorito, é Dora Aventureira, identifica os personagens do desenho, repete palavras que escuta no enredo. Mantém uma postura independente quando quer assistir TV, consegue manusear os aparelhos eletrônicos quando quer assistir.

A genitora relatou que seu filho é uma criança que entende o que ela fala, citou um exemplo de quando o paciente come banana e que a mesma o ensinou a colocar a casca no lixo e ele compreendeu e executa o combinado. Reconhece algumas pessoas do seu convívio próximo, alguns vizinhos, chamando pelo nome. Seus pais são separados, mas até o momento ele não identifica a ausência física do pai na casa, porque o genitor é presente e o visita diariamente.

Após contato com a genitora, a terapeuta, iniciou o processo psicoterapêutico Bipessoal com Bento. Segue narrativa do primeiro contato de Bento (B) com a Terapeuta (T):

T. foi buscar B. na recepção, que solicitamente estendeu a mão e caminhou até próximo ao setting, chegando próximo, B., soltou a mão de T. e parou de caminhar, olhando atentamente o espaço. T., começou a chama-lo pelo nome, mas B. olhava em outra direção e parado, com um olhar de choro e parecendo assustado. Nesse momento, B., começou a emitir estereotípia verbal. T., então entrou no setting e deixou B. em pé onde ele escolheu ficar. De dentro, no setting, T., sem fixar o olhar em B., começou a apresentar as propostas lúdicas que haviam na sala e aos poucos, o mesmo, veio lentamente caminhando em direção ao setting, entrou olhando o ambiente, sem olhar nos olhos de T., em nenhum momento, mas recebia os brinquedos que a mesma, o entregava. E todo o horário da sessão se desenrolou na busca de uma construção de vínculo.

No decorrer dos próximos encontros, a terapeuta (T), manteve o objetivo de identificar qual era a forma de se conectar com o paciente e deixar que espontaneamente a tele acontecesse, pois segundo BUSTOS (1992), a tele é responsável por atrações, repúdios e indiferenças, ocorrendo de forma igualitária ao término da relação, seja assimétrica ou simétrica. E nessa proposta, a mesma aconteceu, a partir de uso de

objetos intermediários<sup>1</sup> (lúdicos), sendo que dois merecem destaque: tintas guache e argila, que trouxeram muitos progressos à criança. Foram várias sessões com uso da tinta guache, e em uma delas, aconteceu um evento importante, Bento, pela primeira vez, aos cinco anos de idade, pronunciou uma expressão verbal, balbuciando por duas vezes enquanto entrava em contato tátil com tinta guache, a expressão foi “sou eu [...] sou eu[...]”, segue relato da sessão:

B., chegou disposto como de costume, (ele sempre vem com vontade de experimentar as propostas, e por várias sessões consecutivas, a proposta foi tinta guache), o mesmo, entrou, acomodou-se na mesinha, onde já estavam à disposição, tintas guache de várias cores e pincéis. T., e B., começaram a pintar as mãos, T., pintou uma das mãos de B., e em seguida ele pintou a outra mão, e B., permaneceu em um estado de experimentação da estimulação sensorial que a tinta guache lhe provocara, e após a sensação da estimulação, B., parecia entrar em um estado de contemplação daquele momento, continuou pintando a mão esquerda enquanto segurava o pincel com a mão direita, e estendeu a pintura até o antebraço, e algumas vezes não colocava o pincel no pote de tinta, mas pegava a tinta com os dedos no pote, enquanto pintava o antebraço, B., elevou o braço e virava olhando de um lado e de outro, aquele braço pintado, e exclamou: “sou eu [pausa]... sou eu [pausa...]” , seu semblante transmitia uma experiência extasiante, acompanhada de um doce sorriso nos lábios. T., após as duas pausas em que B., exclamou, “sou eu”, T., repetiu o “sou eu [seguido da pausa]” e completou após repetir o “sou eu”, sim, B., é você!

A experiência relatada anteriormente remete a uma das fases da Matriz de Identidade. Para MORENO (1975), a Matriz de Identidade lança os alicerces do primeiro processo de aprendizagem emocional da criança. A mesma é constituída desde antes do nascimento e essa construção ocorre a partir das relações que a criança vai adquirindo ao nascer. A matriz é o lugar onde a criança se insere, relacionando-se com objetos e pessoas dentro de um determinado clima. O desenvolvimento do recém-nascido se dará nesse locus. E ao longo do desenvolvimento emocional e da construção de sua identidade, a criança passa por cinco fases da Matriz, que são as fases da Indiferenciação; Reconhecimento do Eu; Reconhecimento do Tu; Pré-inversão e Inversão de papéis. (FONSECA, 1980).

No contexto vivenciado pelo paciente, ao verbalizar “*sou eu*”, na experiência descrita acima, a fase da Matriz de Identidade que aparece evidenciada, é a

---

<sup>1</sup> **Objetos intermediários:** É qualquer instrumento que permite atuar terapêuticamente sobre o paciente sem desencadear nele estados de alma intensos. Qualquer objeto concreto, ou pessoa, que assuma uma conotação sintática para o paciente e para servir de mediador entre ele e o paciente (ROJAS-BERMUDEZ apud MARCOS GOURSAND DE ARAÚJO, 1973).

fase do Reconhecimento do Eu. Esta é a etapa em que a criança passa para o estágio do reconhecimento de si mesma, de descoberta de sua própria identidade. Para o autor, seria o momento em que a criança começa a tomar consciência de seu corpo no mundo. Como nessa fase, a criança passa a distinguir e identificar sensações corporais, pode-se concluir que a experimentação sensorial que Bento vivenciou com a tinta guache em seu próprio corpo, o ajudou a experimentar o reconhecimento de si próprio. Essa fase ainda não é uma separação do que está lá fora, aqui a criança vai se percebendo, mas ainda não percebe o outro. A mãe tem uma importante função de ajudá-lo nesse reconhecimento e a criança concentra sua energia em explorar o reconhecimento de suas fronteiras (Ibid., 1980). Após a primeira manifestação de fala de Bento, dentro do *setting* terapêutico, com a vivência da fase do Reconhecimento do Eu, a experiência fora partilhada com a genitora e a mesma, na semana posterior relatou que houve evolução da comunicação dentro de casa, por parte de Bento. Outro destaque para o relato de sessão descrito acima, é quando a terapeuta faz um espelho em que reforça e confirma o Reconhecimento do Eu, quando a terapeuta, repete o “*sou eu [seguido da pausa]*”, e completou após repetir o “*sou eu*”, *sim, Bento, é você!*

Os objetos intermediários com tinta guache e argila continuaram e em uma determinada sessão, a terapeuta, quis tentar outros objetos intermediários para ver qual seria a resposta. E a proposta não foi muito bem recebida por Bento, o que demonstrou que é a quebra de rotina é uma característica do TEA. Não foi cogitada a hipótese de investigar se Bento, estava condicionado aos objetos intermediários que ele vinha mantendo contato, devido a essa característica da dificuldade em lidar com a quebra de rotina, estar presente em alguns autistas. Segue relato da experiência que resultou na escrita desse trabalho a partir do método psicodramático com duas técnicas, o Espelho e a Maximização, segue:

T., foi ao encontro de B., na recepção que veio sorridente e disposto a ir ao *setting*, ao entrar na sala, olhou-a atentamente, caminhando canto a canto, parecendo que procurava algo, observava e quando não encontrou os objetos que sempre estavam lá, a reação de B., foi aparentemente agressiva. B., começou a jogar todos os brinquedos no chão, a rasgar os materiais lúdicos de papel; a atirar com fúria os brinquedos contra a parede (os materiais lúdicos em sala eram: fantoches, uma bola de tênis, lápis de cor, folhas A4, instrumentos musicais de brinquedo e garrafas de boliche). B., manteve a fúria por aproximadamente 15 minutos. Neste período T., tentou intervir apresentando as propostas, mas sem resultados. B., continuava a manifestar sua aparente insatisfação em não ver na sala os objetos que sempre encontrava (a tinta guache e a argila). B., arremessava a bola de tênis com força que a mesma batia no teto e voltava, até que o mesmo pegou as garrafas de boliche (eram de plástico), e começou a bater no chão, com gestos

repetitivos, batia a garrafa com força no chão, seguidamente, por várias vezes, até que T., pegou uma garrafa de boliche e fez um Espelho do gesto que B., estava fazendo. Ele observou T., fazendo o gesto, e continuou, T., também continuou e pediu que B., batesse a garrafa com mais força, mais força, enquanto T., também fazia o espelho com mais força, (maximização), nesse momento enquanto maximizava, B., fazia o gesto e exclamou: “*sabia que eu vinha, sabia que eu vinha, sabia que eu vinha*”; T., fez um espelho: ‘sabia que eu vinha, sabia que eu vinha, sabia que eu vinha’... e T., acrescentou: ‘sabia que você vinha e por isso trouxe outros brinquedos para brincarmos’. Nesse momento, B., soltou a garrafa de boliche no chão, e abraçou T.

Após esta sessão e segundo a genitora, Bento, continuou o processo de evolução da fala, soltando a voz e expressando sentimentos, dizendo que a amava, agradecendo ao irmão quando ganhava algo, “*obrigado, irmãozinho querido*”. As sessões seguintes, teve a presença de objetos intermediários diferentes dos objetos aos quais o mesmo já estava familiarizado e estes começaram a serem aceitos dentro do *setting*, bem como utilizados como proposta lúdica terapêutica.

### **3. 1. Considerações dos relatos clínicos com a teoria psicodramática**

Ao longo do processo psicoterapêutico, fez-se necessária a construção de vínculo. Os objetos intermediários, a tinta guache e argila, foram uma ponte de acesso e posterior consolidação do vínculo. Outra proposta para a edificação do vínculo ocorre quando Bento, não queria realizar nenhuma atividade, ele apenas deitava no colchonete e ficava olhando o teto, nesses momentos, a terapeuta, deitava-se também repetia a postura como uma maneira de adentrar no mundo de Bento.

A criança autista tem dificuldade com ambientes novos. O *setting* era novo para o paciente que, a princípio, estranhou o ambiente. No primeiro encontro, entrou devagar, olhou com estranheza para a sala, entrou devagar, aos poucos, observando cada canto, e aos poucos procurou fazer um reconhecimento do ambiente e seguido de verbalizações estereotipadas.

Numa pesquisa com crianças autistas, CUNHA (1998) relata que na estereotipia a criança:

Utiliza de tais comportamentos em dois momentos bastante distintos, ou seja, enquanto tenta se desenvolver através de brincadeiras que envolvem sua prática de simbolização (comportamento bastante elaborado) ou quando está completamente ausente da realidade (comportamento bastante primário). O que nos leva a hipotetizar que a criança necessita desses atos como forma de estar/vivenciar situações extremas dentro de seu repertório de atitudes, que possam ser, ambas, geradoras de muita angústia e ansiedade. Quanto à utilização de estereotípias nos momentos em que brinca de forma mais elaborada, levantamos a suposição de que a criança faz uso de um comportamento bem conhecido e dominado (seguro) por ela quando está vivenciando situações que ainda lhe são novas e praticamente desconhecidas, como se esse repertório (estereotípias) pudesse de certa forma, trazer-lhe mais segurança para experimentar situações pouco conhecidas (CUNHA, 1998; p.75).

O autor, descreve na citação anterior, os momentos distintos em que a estereotípias pode acontecer, e os mesmos foram observados já no primeiro encontro com Bento, como uma forma de expressar o estranhamento àquele novo espaço, por estar vivenciando situações que lhe eram novas. A estereotípias em Bento apareceu também em outras circunstâncias, quando ele estava em contato com os objetos intermediários, a estereotípias vinha acompanhada de sorrisos leves e suaves. A estereotípias verbal era frequente nas sessões, (Ibid.,1998), a distingue com uma função importante e qual o significado da mesma para a criança:

Se refere, ao fato das estereotípias ocuparem um importante lugar na gama de comportamentos apresentados pelas crianças autistas, e como ressalta Bettelheim (1987) estas estereotípias têm um significado no pequeno mundo vivenciado pela criança, que ela necessita trazer consigo, talvez como uma das poucas coisas que “a represente” (faça parte de seu frágil “eu”). E a segunda, numa visão mais ampla, quando oferecemos à criança outras formas de se expressar, de se conhecer, de se referenciar, podemos estar lhe dando mais instrumentos que passem a representa-la e a fazer parte do seu “eu”. Nesta perspectiva ela teria uma gama de comportamentos e afetos mais diversificados do que as estereotípias, para fazer uso frente aos seus, cada vez mais amplos, contatos com os objetos e com a “realidade”. O que talvez venha de encontro ao fato das frequências de ocorrências das estereotípias estarem diminuindo ao final do período da intervenção considerada (CUNHA, 1998; p.75).

A estereotípias em Bento aparece em situações muito opostas, tanto em situações marcadas por reações físicas positivas, quanto negativas. Por exemplo, quando Bento, no seu primeiro atendimento, parou próximo à sala, estereotipando verbalmente, com um semblante mais sério, a partir de expressões como testa franzida, lábios cerrados, olhos arregalados, não dá pra nomear o sentimento do mesmo, mas observando o semblante, parecia que Bento, estava se sentindo inseguro e daí a



estereotípias verbais apareceram. E em outra oportunidade em que o paciente estava interagindo com o material lúdico levado ao *setting*, ele tinha uma face serena, sorridente, e muitas vezes sorrindo e buscando o olhar da terapeuta e, nesse movimento, a estereotípias verbais também apareceram. São momentos muito opostos nos quais a estereotípias aparecia.

KOTMANN (2006), relata que alguns estudos vêm mostrando que é normal para o autista ficar irritado por não conseguir expressar o que pensa, sendo que, em determinados momentos, também manifesta atitudes sem coerência social, como o fato de “bater a cabeça na parede”, cuspir aos que estão à sua volta. A explicação dada pelo autor, justifica o comportamento de Bento em um episódio acontecido dentro do *setting*. Segue descrição:

*(...) olhou atentamente a sala, caminhando canto a canto, parecendo que procurava algo, observava e quando não encontrou os objetos que sempre estavam lá, a reação de B., foi aparentemente agressiva. B., começou a jogar todos os brinquedos no chão, a rasgar os materiais lúdicos de papel. B., atirava com fúria os brinquedos contra a parede(...).*

Quando a terapeuta propôs que Bento aceitasse os objetos lúdicos que estavam disponíveis, o mesmo manifestara agressividade(...). *B., continuava a manifestar sua aparente insatisfação em não ver na sala os objetos que sempre tinham. B. arremessava a bola de tênis com força, que a mesma batia no teto e voltava, até que pegou as garrafas de boliche (eram de plástico), e começou a bater no chão, com gestos repetitivos, batia a garrafa com força no chão, seguidamente, por várias vezes, até que T., pegou uma garrafa de boliche e fez um Espelho.*

O objetivo de um espelho é refletir uma imagem; na técnica, esse objetivo permanece, mas com um sentido mais específico, de transformar o paciente em um espectador de si mesmo. MONTEIRO (1998), complementa que além de torná-lo em espectador de si, o faz permanecer na plateia e assistir as cenas, *(...) B., parou, olhou o movimento de T., e continuou com o movimento de bater a garrafa de boliche no chão, T., também continuou, (...).* A autora destaca que o ego-auxiliar ou o próprio terapeuta, reproduz o modo de se movimentar, de se comportar e de se comunicar. Para CUKIER (1992), o espelho tem como objetivo permitir que o paciente, entenda com todos os aspectos presentes nela e com sua reação frente à situação.

Dando continuidade à cena:

(...) *T., também continuou e pediu que B., batesse a garrafa com mais força, [maximização] mais força, enquanto T., também fazia o espelho com mais força, (...).* A proposta dessa técnica é justamente pedir para maximizar um gesto, intensificar uma forma verbal, uma postura corporal – enfim, qualquer sinal destoante do resto de sua comunicação. (Ibid., 1992). (...) *nesse momento enquanto maximizava, B., fazia o gesto e exclamou: “sabia que eu vinha, sabia que eu vinha, sabia que eu vinha”; T., fez um espelho seguido de confronto Eu-Tu: (...) sabia que eu vinha, sabia que eu vinha, sabia que eu vinha... e acrescentou, sabia que <você> - B., vinha e por isso trouxe outros brinquedos para brincarmos. Nesse momento, B., soltou a garrafa de boliche no chão, e abraçou T.* O reconhecimento do Tu, é uma das fases da Matriz de Identidade, esta é fase da descoberta do corpo do outro. Trata-se da etapa em que a criança descobre que o outro sente e reage em relação às suas iniciativas. Caracteriza-se pela exploração do diferente, do que não é o ‘eu’ fortalecendo em contrapartida a sua identidade, isto é, o ‘tu’, é meramente um instrumento a serviço do reconhecimento do ‘eu’. FONSECA (1980). É possível concluir que Bento, após observar o confronto Eu-Tu, realizado pela terapeuta, experienciou como o Tu (aqui representado pela terapeuta), reagiu em relação às suas ações, e pôde concretizar sua compreensão com uma nova ação, soltando a garrafa de boliche, pondo um sorriso nos lábios e correndo ao encontro da terapeuta para abraçá-la. Fazendo aqui um paralelo com o fato de a matriz de identidade estar relacionada ao processo de aprendizagem emocional via relacionamentos, conforme afirma FILIPINI(2013).

## **Considerações Finais**

A experiência vivenciada com o paciente que me proporcionou a construção deste trabalho brotou em mim a gratidão diante de tanta beleza vivida dentro do *setting* e instiga o meu ser terapêutico a não temer atender pacientes que venham com um “rótulo” de CID ou DSM. Ver e acompanhar semanalmente a evolução deste paciente, foi o melhor ônus recebido durante o decorrer do ano de psicoterapias. Confesso que os desafios encontrados para a construção desse trabalho, como por exemplo, a falta de

referencial teórico para investigar as propostas utilizadas nesse processo psicoterapêutico aqui relatado, foram maiores do que os desafios encontrados nas sessões em si. E mesmo não tendo encontrado subsídios científicos suficientes para escrever sobre o método utilizado no paciente com TEA, quis ousar trazer minha experiência. Sei que é uma experiência pequena, pois foi apenas um paciente com TEA que me permitiu esse trabalho. Contudo, em mim, ele suscitou a chama da confiança, de não ter medo e de ceder espaço para a espontaneidade e conseqüentemente perceber o que surge como proposta psicoterapêutica no “aqui e agora”, pois foi diante da percepção intuitiva, espontânea e criativa que os procedimentos utilizados nesse trabalho foram possíveis. Foi uma experiência na qual já existia um alicerce de vínculo e relação télica fortalecida. As técnicas utilizadas não precisaram ser adaptadas, e alcançaram um resultado além do esperado, como por exemplo, a ajuda que a psicoterapia no método psicodramático, pôde trazer ao paciente quanto a lidar melhor com a quebra de rotina; a diferenciação e reconhecimento do eu, que permitiu a partir daí uma evolução na comunicação; a desenvolvimento também no processo de vinculação. Este trabalho é para mim um caminho novo, com uma longa trajetória, porém, tais passos, podem suscitar novos interesses em ousarem com o método psicodramático com pacientes com TEA.

## Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2014.

ARAÚJO, M.G. **O objeto intermediário: extensão e aplicação do seu conceito em psicoterapia**. A. B. P. A., Rio de Janeiro, 25 (2) :93-98, abr./jun. 1973.

BUSTOS, D. M. **Novos Rumos em Psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Psicodrama: aplicações da técnica psicodramática**. Tradução de Lúcia Neves. São Paulo: Summus, 1982.

CID 10 – **Classificação Internacional de Doenças**. Artmed, 2011.

COSTA, M.I.M. **A prática da Psicoterapia infantil a partir do referencial teórico do Psicodrama, Gestalt Terapia e abordagem centrada na pessoa, sob as óticas de Bermúdez, Ferrari, Oaklander e Axline**. Recife, 2003.

CUNHA, A.; MATSUKURA, T.; **Cad.Ter.Ocup**. UFSCar, 1998, **V.7, n.2**.

CUKIER, R. **Psicodrama Bipessoal. Sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. São Paulo: Àgora, 1992.

DIAS, S. **Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 18(2), 307-313, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p307.9> Acesso em 13 de novembro de 2017.

DIAS, V. R. C. S. **Psicodrama: Teoria e Prática**. São Paulo: Ágora, 1987.

\_\_\_\_\_. **Análise Psicodramática: Teoria da Programação Cenestésica**. São Paulo: Ágora, 1987.

FILIPINI, R. **Psicoterapia Psicodramática com crianças: uma proposta Socionômica**. Tese de Doutorado. São Paulo, 2013.

FONSECA, J. **Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno.** 7. ed. rev. São Paulo: Ágora, 2008.

GONÇALVES, C. S. **Psicodrama com crianças: uma psicoterapia possível.** São Paulo: Ágora, 1988.

GUIMARÃES, G. Q. **Uma Nova Resposta ao Conceito de Espontaneidade.** São Paulo: v.19 n.1, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicodrama/v19n1/a11.pdf> Acesso em: 12 de novembro de 2017.

KANNER, L. (1997). **Os distúrbios do contato afetivo.** In P.S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp. 111-170; 217-250). São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1943).

KELLERMANN, P. **Psicodrama em Foco.** São Paulo: Ágora, 1992.

KLEIN, M. (1996). **A psicoterapia das psicoses.** In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (pp. 265-268). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

KLIN, A. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral** *Autism and Asperger syndrome: an overview.* **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. Supl I, p. S3-11, 2006.

KLINGER, E.F. **O brincar e as estereotípias em crianças do Espectro Autista diante da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista** – Dissertação de Mestrado - disponível em: [http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde\\_arquivos/26/TDE-2010-07-27T113707Z-2748/Publico/KLINGER,%20ELLEN%20FERNANDA.pdf](http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/26/TDE-2010-07-27T113707Z-2748/Publico/KLINGER,%20ELLEN%20FERNANDA.pdf) – Acesso em 18 de novembro de 2017.

LEPSCH, M.P. **A importância do brincar no Psicodrama com crianças.** Periódico Científico Outras Palavras | v.11 | n.1 26.

LOPES, I; Dellagiustina; Marilene. **Psicoterapia infantil mediada por contos infantis: Estudo de caso na perspectiva do Psicodrama.** *Revista Brasileira de Psicodrama*, v. 25, n. 1, 28-37, 2017.

MONTEIRO, R.F. **Técnicas Fundamentais do Psicodrama**. 3.ed.São Paulo: Àgora,1998.

MORENO J. L. **Autobiografia**. Tradução por: Luiz Cuschnir. São Paulo: Àgora, 2014.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos do Psicodrama**. Tradução por: Maria Sílvia Mourão Neto. São Paulo: Summus, 1983.

\_\_\_\_\_. **Psicodrama**. Tradução por: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1975.

\_\_\_\_\_. **Psicoterapia de Grupo e Psicodrama: Introdução à teoria e à práxis**. Campinas: Mestre Jou, 1959.

RAMALHO, C. M. R. **Psicodrama e Dinâmica de Grupo**. São Paulo: Iglu, 2011.

**ANEXO:**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portadora do R.G. \_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_, autorizo a PROFINT – Profissionais Integrados Ltda, por intermédio da psicóloga \_\_\_\_\_, CRP 19ª/\_\_\_\_\_, devidamente assistida pela sua orientadora \_\_\_\_\_, a desenvolver estudo sobre sua prática em psicologia como pré-requisito para a obtenção do título de **Especialização em Psicodrama.**

- Retirada do Consentimento: O voluntário (a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.
- Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília/DF.
- Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

**ATENÇÃO:** A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a PROFINT, Rua Poeta José Sales de Campos, 794, Coroa do Meio, Aracaju/SE, Tel.: (79) 3021-0757.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL DE: