

Perfis de Jogo de Crianças: Adaptação do Children's Play Therapy Instrument (CPTI)

Eduardo Brusius Brenner¹
Vera Regina Röhnelt Ramires¹

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo

O brincar e a vida infantil estão inevitavelmente entrelaçados, havendo inúmeras evidências da ação terapêutica do brinquedo para o desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, para o desenrolar da Psicoterapia Psicodinâmica (PP). Para acessar o brincar de crianças de maneira objetiva durante o percurso da PP, foi desenvolvido o *Children's Play Therapy Instrument* (CPTI). O objetivo desse estudo foi adaptar para o português o CPTI, assim como realizar um estudo piloto para identificar evidências de validade do instrumento, através da análise de perfis de jogo de psicoterapias de três crianças, uma menina e dois meninos, com oito, sete e oito anos, diagnosticados com transtorno de adaptação, transtorno disruptivo da desregulação do humor e transtorno do espectro autista, nível 1, respectivamente. A versão em português do CPTI apresentou boa equivalência com a original e a fidedignidade interavaliadores foi alta, além de serem encontradas evidências preliminares de validade. O instrumento foi capaz de diferenciar os perfis de jogo de cada criança, descrevendo atividades de jogo condizentes com as psicopatologias analisadas. As possibilidades e limitações de utilização do instrumento foram discutidas.

Palavras-chave: brincar; psicoterapia; validade do teste

Play Profiles of Children: Adaptation of the Children's Play Therapy Instrument (CPTI)

Abstract

Play and childhood are inevitably intertwined, with numerous indications of the therapeutic effects of play on child development and, consequently, on the progress of Psychodynamic Psychotherapy (PP). To access children's play during the course of PP, the Children's Play Therapy Instrument (CPTI) was developed. The aim of this study was to adapt the CPTI to Portuguese and to conduct a pilot study to identify validity evidence for the instrument through the analysis of play profiles of psychotherapies involving three children: one girl and two boys, aged eight, seven, and eight, respectively. They were diagnosed with adjustment disorder, disruptive mood dysregulation disorder, and autism spectrum disorder level 1. The Portuguese version of the CPTI showed good equivalence to the original, inter-rater reliability was high, and preliminary evidence of validity was found. The instrument was able to differentiate each child's play profiles, describing play activities consistent with the psychopathologies analyzed. The instrument's possibilities and limitations were discussed.

Keywords: play, psychotherapy, test validity.

Perfiles de Juego de Niños: Adaptación del Children's Play Therapy Instrument (CPTI)

Resumen

El juego y la vida de los niños están inevitablemente entrelazados, con numerosas evidencias de la acción terapéutica del juguete para el desarrollo infantil y, en consecuencia, para el desarrollo de la Psicoterapia Psicodinámica (PP). Para acceder de forma objetiva al juego infantil durante el transcurso de la PP, se desarrolló el Instrumento de Terapia de Juego Infantil (CPTI). El objetivo de este estudio fue adaptar el CPTI al portugués, así como realizar un estudio piloto para identificar evidencias de validez del instrumento, a través del análisis de perfiles de juego de tres psicoterapias con tres niños, se incluye una niña y dos niños de ocho, siete y ocho años, diagnosticados con trastorno de adaptación, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y trastorno del espectro autista, nivel 1, respectivamente. El CPTI mostró una buena equivalencia con el original y la confiabilidad entre evaluadores fue alta. El instrumento logró diferenciar los perfiles de juego de cada niño, describiendo actividades de juego consistentes con las psicopatologías analizadas. Se discutieron las posibilidades y limitaciones del uso del instrumento.

Palabras clave: juego, psicoterapia, validación de test.

Introdução

O brincar e a vida infantil estão inevitavelmente entrelaçados, havendo inúmeras evidências da ação terapêutica da brincadeira para o desenvolvimento e,

conseqüentemente, para o desenrolar da psicoterapia psicodinâmica (Bernardi, 2016; De Oliveira & Ramires, 2019; Ramires, 2016; Schmidt & Nunes, 2014). O conteúdo, a estrutura e a função do jogo possibilitam que se compreenda a natureza dos conflitos inconscientes

e das ansiedades da criança, assim como avaliar suas capacidades (De Oliveira & Ramires, 2019; Schmidt & Nunes, 2014; Ramires, 2016).

Além disso, as perturbações durante a infância se refletem no brincar, que assume perfis distintos de acordo com o estado psicopatológico de cada criança (Chazan, 2002; Carvalho & Ramires, 2013; De Oliveira & Ramires, 2019). Diversos autores vêm buscando entender a distinção desses diversos perfis de jogo a partir da sintomatologia da criança em psicoterapia (Chazan, 2000, 2001, 2002; Halfon, 2017; Halfon & Bulut, 2017; Halfon et al, 2016).

Estudos apontam que pacientes com sintomas externalizantes tenderão a projetar seus conflitos e dificuldades no ambiente, manifestando-os no brincar (De Oliveira & Ramires, 2019; Halfon & Bulut, 2017). Logo, o jogo dessas crianças canalizará a descarga de sua agressão e, geralmente, se apresentará de forma não recíproca e não sublimada (Chazan, 2002; De Oliveira & Ramires, 2019; Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992).

Crianças com esse quadro sintomatológico apresentam um brincar agressivo, que não tolera frustrações, concreto, resistente, rígido, instável, pouco simbólico e angustiado (Butcher & Niec, 2005; Chazan, 2012; Halfon, 2017; Halfon & Bulut, 2017). Segundo Halfon (2017), crianças com sintomas externalizantes tendem a ter um perfil de jogo impulsivo/rígido com uso de defesas pouco maduras como a recusa, a cisão e a identificação com o agressor.

Já crianças com sintomas internalizantes tendem a ter uma expressão de afetos mais constrita, demonstrando maior cautela e vergonha em psicoterapia (Christian, Russ & Short, 2011; Halfon, 2017). Ainda, tendem a ter um jogo mais estruturado e menos fantasioso, apresentando um espectro de afetos mais restrito (D'angelo, 1995; Russ, 2004). A criança com essa sintomatologia tende a ter um jogo muito mais sóbrio, adequado, realista e pouco impulsivo, possuindo correlação com os perfis adaptativos e conflitivos (Halfon, 2017).

Crianças com transtornos do desenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista, são descritas por possuírem um brincar rígido, pouco simbólico, com pouca verbalização. Apresentam um brincar centrado no *self* com dificuldades de cooperar, assim como inaptidão para utilizar recursos fantasiosos (Chazan, 1995; 2000).

Os estudos de Chazan (2000) e Halfon (2017) apontam para perfis de jogo pouco adaptativos,

centrados em mecanismos muito primitivos como o encapsulamento autístico e a constrição para crianças com Transtorno do Espectro Autista. Adicionalmente, salientam que tais perfis costumam ser pobres em temáticas, sendo baseados nas funções reais dos objetos de jogo e pessoas.

Independentemente da sintomatologia, a criança pode apresentar diferentes padrões do brincar ao longo do tratamento. Kenberg e Chazan (1992) apontam que o brincar do paciente que possui uma psicopatologia começa disfuncional, concreto e pouco elaborado, e vai se tornando mais simbólico e estruturado, possibilitando maior expressão de afetos e fantasias.

A análise dos mais variados perfis de jogo possibilita compreender as diferentes psicopatologias existentes na infância, podendo ser utilizado como indicador de mudança na psicoterapia psicodinâmica. (De Oliveira & Ramires, 2019; Halfon, 2017; Halfon et al., 2016; Chazan, 2000, 2002). Isso nos conduz a considerar as possibilidades de avaliação dos diferentes perfis de jogo e os instrumentos disponíveis para essa finalidade.

Pensando em acessar o perfil de jogo de crianças durante o percurso da psicoterapia psicodinâmica, Kernberg, Chazan e Normandin (1998) desenvolveram um instrumento, o *Children's Play Therapy Instrument* (CPTI). O CPTI foi criado especificamente para ser uma medida ampla da atividade de jogo de uma criança em psicoterapia, servindo como um critério adicional de diagnóstico clínico e psicodinâmico, uma vez que crianças com diferentes psicopatologias tendem a apresentar diferentes perfis de jogo (Chazan, 1995; 2000; Halfon, 2017; Halfon et al., 2016).

O CPTI é baseado nos aportes da teoria psicanalítica das relações objetais e da psicologia do ego, e fornece uma ferramenta para descrever, registrar e analisar a atividade de jogo de uma criança equivalente a uma formulação do seu estado mental e funcionamento geral no percurso psicoterápico (Kernberg, Chazan, & Normandin, 1998). O instrumento é dividido em três partes: uma relativa às várias atividades da criança possíveis na sessão, uma segunda parte, central para a avaliação, relativa às dimensões do brincar no segmento definido para a análise, e uma terceira com foco nos padrões da atividade da criança ao longo do tempo. Com relação à segunda parte, das dimensões do brincar, elas serão analisadas de três perspectivas: num nível descritivo, num nível estrutural e num nível funcional. Cada um desses níveis é dividido em diversas subescalas que permitem uma análise profunda dos elementos da atividade de jogo da criança. O CPTI deve ser aplicado

ao vídeo de sessões terapêuticas, gravadas a partir da captura de vídeo e áudio, em comum acordo com os responsáveis pela criança, por ela mesma e pelo terapeuta. As sessões filmadas são de uso exclusivo para pesquisas em processo de psicoterapia e as sessões possuem o mesmo enquadre e contrato que o modelo psicodinâmico tradicional (Chazan, 2000).

Diversos estudos têm analisado o papel do jogo no processo terapêutico de crianças com base no CPTI, com métodos e objetivos diversos devido à versatilidade do instrumento (Chari, Hirisave, & Appaji, 2013; Chazan, 2000, 2001; Chazan & Wolf, 2002; Chazan & Cohen, 2010; Chazan, 2012; Halfon, 2017; Halfon & Bulut, 2017; Halfon et al., 2016; Salcuni et al., 2017; Tessier et al., 2016). Os estudos constataram que os perfis de jogo analisados forneceram uma ferramenta valiosa para a investigação empírica do brincar com crianças apresentando diferentes psicopatologias e contextos de psicoterapia. Ainda, evidenciaram a importância da comunicação não-verbal na atividade lúdica como fator de compreensão do desenvolvimento psíquico (Chazan, 2001), assim como elucidaram que os perfis de jogo se alteram no decorrer da psicoterapia, tendendo a ficar mais adaptativos e com maior modulação emocional (Chari, Hirisave, & Appaji, 2013; Chazan, 2000, 2002; Chazan & Wolf, 2002).

Considerando a importância de instrumentos para avaliar o brincar durante o processo de psicoterapia psicodinâmica, e respaldo científico apresentado pelo instrumento, o objetivo desse estudo foi adaptar para o português brasileiro o *Children's Play Therapy Instrument* (CPTI). Ademais, buscou-se identificar evidências preliminares de validade conteúdo a partir de um estudo piloto.

Método

Foi realizado um estudo de tradução e adaptação, que seguiu as diretrizes propostas por Borsa, Damásio e Bandeira (2012).

Participantes

Participaram do estudo quatro psicólogos com formação em psicoterapia psicodinâmica, que compuseram o grupo de experts que avaliou a versão traduzida do instrumento. Participaram também três crianças em idade escolar que compuseram o estudo piloto. Uma vez identificadas as necessidades e o desejo de iniciar a psicoterapia, os pais e as crianças foram consultados sobre a possibilidade de participar da pesquisa em

questão e ter as sessões com as crianças filmadas. As psicoterapeutas haviam sido previamente consultadas e concordaram em participar do estudo.

Alice

A paciente, diagnosticada com Transtorno de Adaptação, tinha oito anos de idade no início da psicoterapia, cursava o terceiro ano do ensino fundamental e morava com sua mãe e irmã, dois anos mais nova. Recebeu indicação para psicoterapia pelo seu neuropediatra, por apresentar dores físicas sem causa identificável por exames médicos. Seus sintomas surgiram cinco meses após a morte de seu pai, que ocorreu devido a uma complicação de saúde súbita e inesperada. A morte do pai de Alice acarretou dificuldades financeiras, e a paciente teve de mudar de escola dois meses antes do início do tratamento. Alice totalizou 40 sessões de psicoterapia, sendo a sessão 15 sorteada para compor o estudo piloto.

Walter

O menino, diagnosticado com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, tinha sete anos de idade no início do atendimento, era filho único, e cursava o primeiro ano do ensino fundamental. Os pais buscaram ajuda devido às dificuldades de relacionamentos do menino na escola e por demonstrar alguns sinais de ansiedade. Era agredido verbal e fisicamente na escola e perseguido por causa de seu peso. Ademais, relataram que quando ficava com raiva, o menino perdia o controle. Walter totalizou 158 sessões de psicoterapia, sendo a sessão 57 sorteada para o estudo piloto.

Pedro

O paciente, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista nível um, tinha oito anos no início da psicoterapia, e seus pais procuraram ajuda, porque o menino não executava as tarefas escolares e exibia diversos sintomas de ansiedade. Pedro era filho único e mostrava muito medo quando precisava ficar sem os pais; ele acreditava que algo muito ruim poderia acontecer a eles se não estivessem juntos. Tinha muitas restrições alimentares e queria comer a mesma comida todos os dias. Os pais dele tinham se separado recentemente. Pedro concluiu sua psicoterapia na 151 sessão, sendo a sessão 50 sorteada para compor o estudo piloto.

Instrumento

Children's Play Therapy Instrument – CPTI – é um instrumento fundamentado psicanaliticamente, desenvolvido para avaliar a atividade de jogo, ou seja, o

brincar de crianças em psicoterapia (Chazan, 2000, 2002; Kernberg et al., 1998). Parte do pressuposto de que, ao brincar, a criança elabora suas experiências com outras pessoas no seu ambiente, e desenvolve um senso de *self* como um agente ativo. Considera o brincar como uma linguagem da criança, que a habilita a se comunicar e estabelecer conexões com os outros, e que ocorre num espaço intermediário entre fantasia e realidade. O CPTI pode ser usado por pesquisadores e por clínicos, como um instrumento objetivo para medir o processo de mudanças e os resultados no tratamento de crianças (Kernberg et al., 1998).

O instrumento integra três partes: 1) a segmentação da atividade da criança, que poderá ser dividida em “atividade pré-jogo”, “atividade de jogo”, “não jogo”, “interrupção” e “não classificável”; 2) as dimensões do segmento “atividade de jogo”; e 3) padrões da atividade da criança ao longo do tempo. A segunda parte, que analisa as dimensões da atividade de jogo, é composta por três tipos de análise: descritiva (com três subescalas), estrutural (com quatro subescalas) e funcional (com duas subescalas). A análise descritiva avalia se o jogo é consistente com a idade da criança, seu nível de desenvolvimento. A análise estrutural avalia os componentes afetivos da atividade de jogo (modulação e expressão dos afetos), os componentes cognitivos (representação de papéis, estabilidade e estilo de representação, uso dos objetos do jogo), os componentes narrativos (tópicos e temas da brincadeira, nível e qualidade das relações no brincar), e componentes desenvolvimentais (fases do desenvolvimento psicossocial, separação-indivuação, nível social do jogo). A análise funcional avalia estratégias defensivas da criança e de *coping*, bem como a consciência de si da criança, de que ela está num estado de brincadeira, de *faz-de-conta*.

A maioria das subescalas do CPTI são avaliadas a partir de escala Likert variando de um a cinco. Em algumas subescalas atribui-se zero ou um, conforme se trate de “atributo ausente” ou “atributo presente”. O instrumento contém 257 itens ao todo, distribuídos entre suas diversas subescalas, que podem ser usadas integral ou separadamente, dependendo dos objetivos. Para maior detalhamento sobre a pontuação das escalas, sugerimos o acompanhamento do manual de aplicação do instrumento, também traduzido e adaptado para o português brasileiro.

Os autores elaboraram um manual de aplicação do CPTI, definindo as principais dimensões do instrumento e formulando um sistema de aplicação para

as escalas e subescalas com ilustrações clínicas. Três clínicos comandaram as avaliações de validação da escala. A segmentação das atividades da criança entre as cinco categorias (“atividade pré-jogo”, “atividade de jogo”, “não jogo”, “interrupção” e “não classificável”) foi medida por meio do coeficiente kappa, atingindo o valor médio de 0,69. Esse nível de concordância entre os juízes é considerado bom.

Em seu estudo original, a análise dos segmentos da atividade de jogo foi feita usando coeficiente de correlação intraclassa (ICC) para categorias ordinais do CPTI e Kappa para as nominais. Entre as escalas estruturais e adaptativa, pontuações boas a excelentes foram obtidas para todas as subescalas nessas dimensões. Esses escores variaram de ICC 0,50 a 0,79.

Procedimentos

Inicialmente, a orientadora deste estudo foi treinada pela autora do instrumento para a utilização do CPTI. Obtida a certificação necessária, foi concedida a autorização para desenvolver a versão em português brasileiro do CPTI.

O projeto mais amplo e que gerou a base de dados utilizada neste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade dos autores (CAAE: 02873112.8.0000.5344). Todos os participantes assinaram o Termo de Assentimento e os responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com a utilização da base de dados em estudos posteriores, resguardadas condições de sigilo e anonimato. A tradução e adaptação do instrumento seguiram as diretrizes propostas por Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Foram percorridas quatro etapas sintetizadas na Figura 1.

Na primeira etapa, dois tradutores fluentes no idioma de origem (inglês) e nativos no idioma alvo (português) realizaram a tradução do CPTI. As duas traduções foram realizadas de modo independente.

Na segunda etapa, foi realizada uma síntese das versões traduzidas. Cada item foi avaliado seguindo as diretrizes de Borsa, Damásio e Bandeira (2012) que recomendam avaliar a equivalência semântica, a equivalência idiomática, a equivalência experiencial e a equivalência conceitual. A versão sintetizada foi analisada por um grupo de quatro psicólogos clínicos com diferentes tempos de experiência clínica (um ano, 13 anos, 15 anos e 39 anos). Cada psicólogo respondeu um questionário sobre os itens do CPTI a fim de entender a adequação da tradução para o português, assim como sua aplicabilidade no contexto clínico.

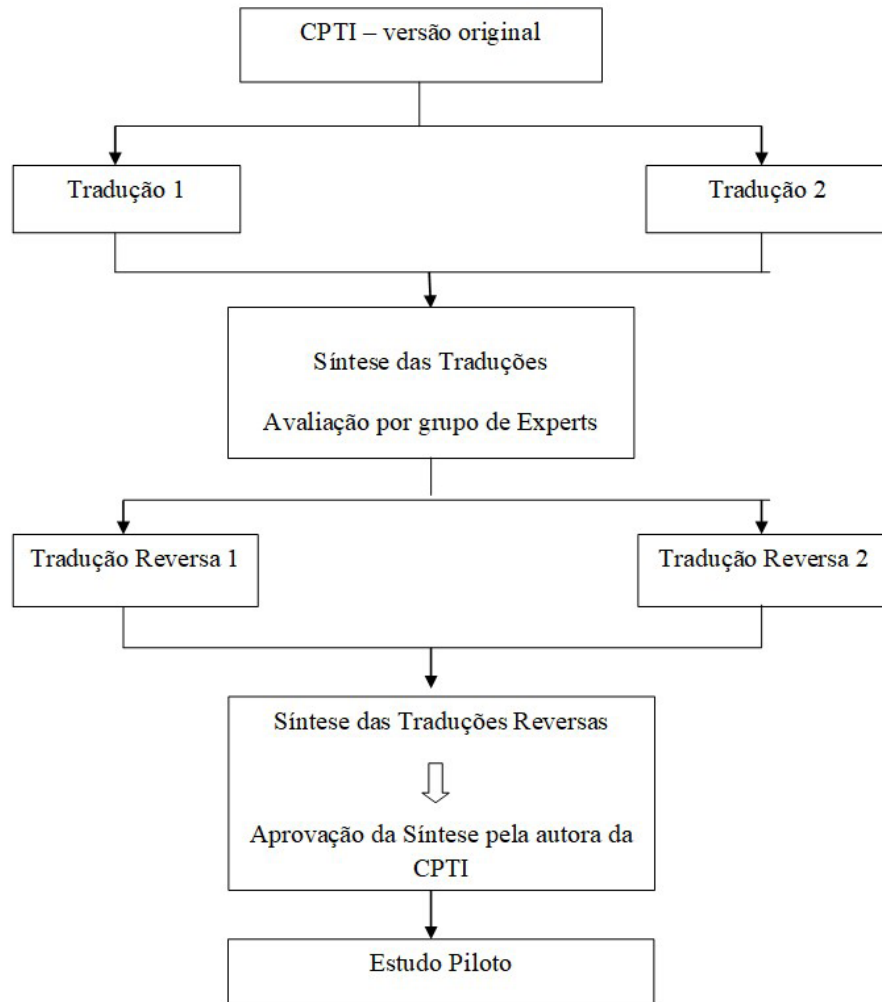


Figura 1. Etapas percorridas para tradução e adaptação do CPTI.

Numa terceira etapa, foi realizada a tradução reversa para o idioma de origem (retrotradução). A versão sintetizada, revisada e aprovada pelos *experts* foi retrotraduzida de maneira independente para o inglês por dois tradutores. A síntese das versões foi obtida por consenso e a versão final foi submetida à avaliação da autora do CPTI, tendo sido aprovada.

Em uma quarta etapa, foi realizado um estudo piloto que envolveu a aplicação do CPTI a uma sessão do período intermediário de três psicoterapias psicodinâmicas de crianças, com diagnósticos nosográficos diferentes. Essas psicoterapias, já concluídas, integram um banco de dados do grupo de pesquisa no qual este projeto se insere e foram integralmente registradas em áudio e vídeo. As sessões analisadas foram sorteadas entre aquelas correspondentes ao período

intermediário de cada tratamento (considerando-se, em cada caso, as oito sessões iniciais como fase inicial, as oito sessões finais como fase final, e as sessões restantes como intermediárias).

Análise dos Dados

Para analisar a fidedignidade entre avaliadores, cada uma das três sessões selecionadas foi analisada e pontuada por dois juízes, pesquisadores treinados na aplicação do CPTI, um deles pela autora do instrumento, de maneira independente, verificando-se posteriormente o grau de concordância entre os juízes, com base no teste de correlações intraclassa (Zanon & Hauck, 2015). Para análise preliminar de validade de conteúdo, o brincar de três crianças com diagnósticos diferentes foi analisado com base no CPTI.

Resultados

Adaptação do CPTI

Houve uma ótima equivalência na maioria dos itens do CPTI entre as versões dos dois tradutores na etapa de tradução do instrumento do idioma original para o idioma alvo (89% dos itens). Em 19 casos, foi necessário realizar algum ajuste entre as traduções visando a equivalência semântica dos itens, isto é, a manutenção do significado do item ou o aprimoramento gramatical da tradução, como exemplifica a Tabela 1 (Borsa et al., 2012). Em oito casos, foi necessário adaptar alguma expressão – por exemplo, *sitting and staring*, como ilustra a tabela – por termos equivalentes na língua portuguesa, porém, sem que isso modificasse o significado original do item.

No processo de tradução reversa, aproximadamente 92% dos itens se mantiveram inalterados, como

mostra a Tabela 1. Pequenas alterações foram identificadas em 20 itens do CPTI, que não chegavam a alterar seu significado.

A análise da autora do instrumento ratificou e aprovou a versão retrotraduzida. Alguns aspectos da equivalência semântica e idiomática foram discutidos, como por exemplo a necessidade de se acrescentar os pronomes “a” ou “o” na versão em português, visto que no inglês os pronomes não são necessários.

Apenas um item foi modificado a fim de garantir sua equivalência experiencial. Por exemplo, “Parent” foi traduzido como “Mãe/pai/cuidador” numa tentativa de se adequar a uma enorme parcela da população infantil brasileira, que não possui ambos os genitores presentes ou se encontra em situação de acolhimento institucional.

O grupo de *experts* foi unânime em considerar que o instrumento é útil para análise da brincadeira na psicoterapia de crianças, todos os itens são de clara

Tabela 1.

Equivalência dos itens do CPTI na tradução inglês – português e na tradução reversa

Tradução Inglês - Português					
Exemplos					
E	N	Versão Original	Tradutor 1	Tradutor 2	Versão Sintetizada
IE	230	<i>Coping and defensive strategies</i>	Estratégias defensivas e coping	Estratégias defensivas e coping	Estratégias defensivas e coping
IES	19	<i>Theme of the play activity</i>	Temática da atividade de jogo	Tema da atividade de jogo	Tema da atividade de jogo
IEI	8	<i>Sitting and Staring</i>	Senta e observa	Senta e encara	Senta e fica olhando
Tradução Reversa					
Exemplos					
E	N	Versão Original	Versão Sintetizada	Versão Retrotraduzida	
IE	236	<i>Topic of the Play Activity</i>	Tópico da atividade de jogo	<i>Topic of the play activity</i>	
IPA	20	<i>Does not participate in putting away toys</i>	Não participa da arrumação dos brinquedos	<i>Does not engage in putting away toys</i>	
IMA	1	<i>Attempts to leave session early</i>	Tenta deixar a sessão antes do final	<i>Attempts to leave the session before the end</i>	

Nota. E = Resultados das Equivalências dos Itens; IE = Itens Equivalentes; IES = Itens ajustados por Equivalência Semântica; IEI = Itens ajustados por Equivalência Idiomática; IPA = Item Pouco Alterado; IMA = Item Muito Alterado.

Fonte: Elaborada pelo autor

compreensão e são úteis para sua análise e que tais itens do CPII contemplam as possibilidades do brincar da criança em psicoterapia. A análise da fidedignidade interavaliadores resultou num grau de concordância entre os juízes altamente satisfatório. O teste de correlações intraclasse indicou uma média nas correlações de 0,90 (ICC), variando de 0,89 a 0,92.

Segmentos da Atividade de Jogo Analisados

Uma breve descrição do segmento analisado da atividade de jogo de cada paciente é apresentada a seguir. O segmento analisado na sessão de Alice começou aos 7'02min e finalizou aos 21'30min:

“Alice (A.) e a Terapeuta (T.) jogam um jogo em que devem fazer algumas coisas como colocar o dedo na orelha, imitar animais, dançar. A diz que está com vergonha. T. e A. falam em perder a vergonha, e a menina diz que está percorrendo alguns passos nessa direção. A. precisa dançar de acordo com as regras do jogo e diz que tem vergonha. T. fala sobre a necessidade de Alice de fazer tudo certo e seu medo de cometer erros. A menina compra uma carta que ordena que toque uma parte do corpo do outro jogador. Relutante, ela decide que vai ser o pé. Quando sobra apenas uma casa para T. vencer o jogo, A. propõe combinar que a partir de agora só ganhará quem andar o número exato de casas. T. questiona por que mudar a regra, e a menina responde que, quando brinca com a irmã, elas sempre o fazem. A terapeuta concorda e ganha o jogo do mesmo jeito.”

O segmento analisado da atividade de jogo de Walter teve início aos 8'30min da sessão, tendo seu fim aos 30'10min:

“Walter (W.) pede para a terapeuta (T.) ler uma história para ele, e lhe entrega uma folha de papel que tira da caixa. T. lê: São 10 caras armados que lutam contra um monstro, e no final os mocinhos ganham como sempre. Comemoraram com fogos de artifício e ganham medalhas do prefeito da cidade. O monstro sentiu só raiva, só furioso. Muito grande, muito alto o monstro, do tamanho de um prédio. W. começou a interpretar a história. Pega bonecos, pega a Minnie, que é quem luta contra o monstro, e pega um boneco preto que diz ser o monstro. Pega objetos que diz serem os fogos de artifício. Coloca medalhas no peito dos bonecos. Pega uma arma e fica atirando. T. diz que o monstro tem um lado frágil. W. fica brabo e volta a arma para ela e fica atirando. T. assinala isso. Depois, o menino monta um prédio alto com blocos de madeira. Diz que vai ter a Parte II da história. T. pega o papel para escrever, mas primeiro o paciente diz “Tu vais escrever?! Fala sério!” Depois, concorda que a terapeuta escreva e dita a história. “O monstro destrói o prédio da Minnie, batendo nele, mas ele se reconstrói sempre, por

mágica”. W. diz que esse foi o fim. “E assim, todos eles viveram felizes para sempre”, menos o monstro. W. diz que teve erro de gravação. T. pergunta se não acontecem erros de gravação na vida do menino. Ele nega, mexe com os brinquedos, pega um carrinho, enquanto cantarola. Às vezes, derruba os brinquedos no chão. Abaixa-se para pegar e diz: “Fim”. A terapeuta pergunta como terminou esta história. W. responde: “Com os erros de gravação”.

Já o segmento analisado da atividade de jogo de Pedro teve início aos 30'16min da sessão, tendo seu fim aos 35'47min:

“Pedro (P.) e a Terapeuta (T.) jogam o Jogo da Vida. Utilizam anotações do jogo que iniciou numa sessão anterior, e retomam daquele ponto. Jogam em silêncio a maior parte do tempo. Quando falam, é em voz baixa, para ler alguma instrução do jogo relativa à casa do tabuleiro em que pararam. Uma vez, T. alcança dinheiro para P., em decorrência da orientação relativa à jogada. Após 5 minutos de jogo, T. avisa que está quase na hora de encerrar a sessão. O paciente não parece se incomodar, mas quer terminar uma jogada antes de terminar. Ele joga e depois ambos começam a anotar onde pararam.”

Dimensões que se Destacaram na Análise dos Jogos

A Tabela 2 sintetiza os resultados mais significativos das análises descritivas, estruturais e funcionais, e suas respectivas subescalas, nas atividades de jogo de cada uma das três crianças. A análise dos componentes afetivos do brincar de Alice apontou para um interesse no jogo, um espectro, modulação e regulação de afetos moderado, e uma transição suave entre esses, quando ocorreu. Os afetos mais significativos representados no jogo foram a ansiedade, curiosidade, medo, prazer, vergonha e cautela. Já Walter, no que diz respeito ao interesse demonstrado pelo jogo, foi mais neutro, e o espectro de afetos evidenciado mais limitado. Observou-se uma regulação dos afetos rígida e uma transição entre afetos geralmente abrupta. Os afetos observados foram agressividade, raiva, ansiedade, tédio, curiosidade e prazer. Pedro demonstrou uma angústia evidente no jogo, um espectro de afetos constrito e uma regulação de afetos muito rígida. A curiosidade e a cautela foram os afetos mais observados no segmento de atividade de jogo analisado.

Sobre os componentes cognitivos, Alice apresentou um estilo de representações de pessoas e objetos realístico, assim como Pedro. Já Walter demonstrou uma representação de pessoas realística, enquanto os objetos do jogo tinham uma representação fantasiosa.

Tabela 2.
Itens Mais Significativos Pontuados pelo CPTI para cada Criança

Dimensão da Atividade	Alice	Walter	Pedro
Componentes Afetivos			
Tonalidade Hedônica Global	Agradável Interesse	Interesse neutro	Angústia evidente
Espectro de Afetos	Médio	Limitado	Constrito
Regulação dos Afetos	Médio	Um pouco rígido	Muito rígido
Transição entre Afetos	Geralmente suave	Geralmente abrupto	Sempre suave
Adequação da Tonalidade afetiva	Geralmente apropriada	Raramente apropriada	Nunca apropriada
Afetos Expressados	Ansiedade, curiosidade, medo, prazer, vergonha, cautela	Agressividade, raiva, ansiedade, tédio, curiosidade, prazer	Curiosidade, cautela
Componentes Cognitivos			
Uso do objeto de jogo	Realístico	Realístico	Realístico
Estilo de representação de papéis	Realístico	FantasiOSO	Realístico
Componentes Narrativos			
Tópico do Segmento	Jogo de tabuleiro	Luta, guerra, assassinato, presidente	Jogo de tabuleiro
Tema do Segmento	Competitividade, danos e funções corporais, quebra e criação de regras, competência	Competitividade, morte, destruição, reconstrução	Competitividade
Uso da Linguagem pela criança	Fala para além do jogo	Verbalização de vários papéis	Silêncio
Componentes Desenvolvimentais			
Nível Desenvolvimental	Apropriado para a idade	Um pouco imaturo	Um pouco imaturo
Fase Psicosssexual	-----	Componentes Fálícos	Componentes anais
Nível Social do Jogo	Jogo cooperativo	Jogo cooperativo	Jogo Recíproco
Análise Funcional			
Grupo Um (adaptativo)	Adaptação, antecipação, supressão, humor	-----	-----
Grupo Dois (conflitivo)	Racionalização, isolamento, formação reativa	-----	-----
Grupo Três (rígido)	-----	Recusa, identificação projetiva, idealização, controle onipotente e identificação com o agressor	-----
Grupo Quatro (isolamento)	-----	-----	Indiferenciação, constrição, congelamento, encapsulamento autístico

Fonte: Elaborada pelo autor

O tópico do brincar de Alice e Pedro foi o jogo de tabuleiro. Porém, enquanto a menina desenvolveu temas como a competitividade, danos e funções corporais, quebra e criação de regras e competência, o jogo de Pedro restringiu-se ao tema da competitividade. O brincar de Walter envolveu tópicos como luta, guerra, assassinato e liderança, desdobrando-se em temas como competitividade, morte, destruição e reconstrução. Alice utilizou a linguagem para se expressar além do jogo, enquanto Walter verbalizou vários papéis. Pedro permaneceu em silêncio durante seu jogo.

O nível desenvolvimental de Walter e Pedro foi analisado como “um pouco imaturo”, enquanto o brincar de Alice foi “apropriado” para a idade da menina. A atividade de Alice não permitiu identificar componentes das fases psicosssexuais, enquanto no brincar de Walter foram observados componentes fálicos, e no caso de Pedro componentes anais.

Como se observa na Tabela 2, numa análise funcional, o brincar de Alice atingiu pontuações mais altas no grupo de defesas adaptativas, tais como adaptação, antecipação, supressão e humor, pontuando também no grupo de defesas conflitivas, por terem sido observadas racionalização, isolamento e formação reativa. (Kernberg; Chazan; Normadin, 1998). Walter recebeu uma alta pontuação no grupo de defesas denominado como rígido/polarizado pelas autoras, o qual inclui mecanismos menos elaborados, como a recusa, identificação projetiva, idealização, controle onipotente e identificação com o agressor. Já o jogo de Pedro apresentou características predominantes no grupo de mecanismos de defesas mais primitivos, indicativos de angústia, como a indiferenciação, constrição, congelamento e encapsulamento autístico.

Discussão

A maioria dos ajustes necessários na etapa de adaptação do CPTI para o português foi direcionada para a equivalência semântica (19 itens), visando garantir o mesmo significado do idioma original, e a correção de erros gramaticais da tradução. Apenas em oito casos foi necessário realizar ajustes no sentido de assegurar a equivalência idiomática dos itens. No seu conjunto, a versão em português apresentou boa equivalência conceitual, necessitando apenas de um ajuste em relação à equivalência experiencial. A análise dos *experts* evidenciou uma avaliação positiva do instrumento, considerando-o adequado para a finalidade a que se propõe.

O instrumento apresentou boa validade de conteúdo, na medida em que a fidedignidade interavaliadores apresentou altos índices de correlação intraclassa. Esse número se equipara ao encontrado por Halfon (2017) em sua adaptação do instrumento para o turco, na qual encontrou valores de coeficiente de correlação intraclassa variando de 0,75 a 0,97.

O estudo piloto buscou analisar o brincar de três sessões de psicoterapia psicodinâmica de três crianças com diferentes diagnósticos. O brincar de Alice consistiu em uma atividade contínua, que teve duração próxima a 15 minutos, no qual a menina e sua terapeuta jogaram um jogo de tabuleiro em que deviam seguir as diretrizes das cartas, que indicavam a atividade que cada uma devia exercer. O jogo envolveu danças, imitações, uma aproximação física da díade e a conversação sobre os conflitos da paciente.

Halfon (2017) e D'Angelo (1995) encontraram que as crianças com sintomas internalizantes, quando analisados seus componentes afetivos, apresentam um espectro constricto de afetos, assim como pouca expressão de seus estados internos. No caso de Alice, a menina apresentou prazer no jogo, um espectro de afetos moderado e uma transição entre afetos suave. Diversos sentimentos foram expressos, como a ansiedade, curiosidade, medo, prazer, vergonha e cautela. Esses resultados podem ser considerados com base no diagnóstico da menina. Por se tratar de um transtorno situacional e com sintomas não muito intensos, o transtorno de adaptação é entendido como um desequilíbrio do funcionamento psíquico desencadeado por um fator externo. (Lipp, 2007). Dessa forma, por termos acessado o brincar de Alice numa fase intermediária de seu processo psicoterápico, é possível que sua capacidade de expressão de afetos já tivesse se desenvolvido, a medida em que os conflitos da paciente eram trabalhados em psicoterapia.

De forma semelhante, Chazan (2010) e Halfon (2017) salientam que crianças com sintomas internalizantes possuem tendência a inibir o jogo, a partir da vergonha e/ou medo de manifestar seus conteúdos internos para a terapeuta. No caso de Alice, a menina iniciou a atividade de jogo, mas buscou inibir a brincadeira através do uso da evitação, mostrando tendência a se manter distante da psicoterapeuta. A vergonha e cautela foram expressas no jogo, o que vai ao encontro dos achados de estudos internacionais. (Halfon, 2019; Russ, 2004)

Em seus estudos, Halfon (2016, 2017) e Russ (2004) apontam para um jogo e representações de

peças/objetos concretos em uma temática que normalmente envolve a competitividade, a competência e questões acerca da imagem do *self* em crianças com problemas internalizantes. Observou-se que Alice buscou alterar as regras do jogo na tentativa de impedir que a terapeuta vencesse. A atividade de Alice indicou um jogo baseado no real, sem o uso de fantasia para produzir narrativas mais complexas. Os temas do segmento de seu jogo envolveram a competitividade, danos e funções corporais, quebra e criação de regras, e questões de competência.

A demonstração de um perfil de jogo adaptativo neste caso, com predominância de mecanismos de defesa como a adaptação, antecipação, supressão e humor vai ao encontro do estudo de Halfon (2017), que obteve uma correlação positiva entre os sintomas internalizantes e os grupos de mecanismos de defesa adaptativo e conflitivo do CPTI (Grupos 1 e 2, respectivamente). Alice obteve uma pontuação baixa no grupo 2 (conflitivo), relacionada a mecanismos menos maduros, como a racionalização, isolamento e a formação reativa, o que reforça a semelhança dos resultados desse estudo com a literatura existente.

A atividade de jogo de Walter caracterizou-se como um brincar contínuo, que teve duração de mais de 20 minutos, na qual o menino fez a encenação de uma história. O menino usou os brinquedos para representar a história, assim como para interagir com a terapeuta. Walter, diagnosticado com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, apresentou um espectro de afetos limitado no brincar, regulação rígida dos afetos e uma transição entre estados afetivos abrupta. Os afetos mais expressados foram agressividade, raiva, ansiedade. Tais achados são corroborados pela literatura acerca de crianças com sintomas externalizantes, que apontam um brincar disruptivo, agressivo e impulsivo nesses casos (Chazan, 2002; De Oliveira & Ramires, 2019; Eresund, 2007; Halfon & Bulut, 2017; Kernberg & Chazan, 1992). O estudo de Oliveira e Ramires (2019) apontou a tendência desses pacientes confrontarem e direcionarem sua agressividade para o terapeuta, fator observado nesse, no qual, ao ser confrontado pela terapeuta a expressar seus conteúdos internos, o menino passou a, simbolicamente, matar a terapeuta com as armas de brinquedo.

Walter utilizou representações fantasiosas em seu jogo de faz de conta, ao encenar histórias e conflitos. O brincar do menino foi, na maior parte do tempo, contínuo e estável. Em contraponto com esses resultados, estudos vêm discutindo a incapacidade de crianças com

sintomas externalizantes de simbolizar, assim como a instabilidade de seu jogo. (Butcher & Niec, 2005; Halfon, 2017.). Por se tratar de uma sessão intermediária de um processo psicoterapêutico longo, entendemos, assim como Kenberg e Chazan (1992), que salientam um jogo disruptivo e concreto no início do tratamento, mas que vai se tornando mais simbólico com o decorrer da psicoterapia, que a atividade de jogo analisada já possa ter se tornado mais adaptativa com as produções da díade sobre os conflitos e afetos da criança. Halfon e Bulut (2017) apontaram para uma melhora na regulação dos afetos e na representação dos objetos de jogo ao longo do processo terapêutico de crianças com problemas de comportamento.

Por outro lado, o menino apresentou uma atividade de jogo “um pouco imatura”, com componentes fálicos em um jogo cooperativo com a terapeuta. Como discutido anteriormente, Walter utilizou brincadeiras com armas, sendo impulsivo e agressivo na atividade analisada. Chazan (2004) descreve que o jogo fálico é normalmente representado por armas e o desejo/medo de penetração dos personagens/objetos do jogo, o que se alinha com a literatura sobre o jogo agressivo e impulsivo de crianças com sintomas externalizantes (Eresund, 2007; Halfon & Bulut, 2017; Kernberg & Chazan, 1992).

Assim como no estudo de Halfon (2017), o jogo de Walter demonstrou características relacionadas ao grupo de defesas rígidas/polarizadas (Grupo 3 do CPTI). Halfon (2017) salienta que crianças com sintomas externalizantes em seu estudo apresentaram correlação inversa com os grupos 1 (adaptativo) e 2 (conflitivo) do CPTI, mas atingiram correlação significativa com os grupos 3 (rígido/polarizado) e 4 (angústia extrema). (Halfon, 2017). Nesse estudo, porém, Walter não obteve uma pontuação significativa para o grupo 4, o que reforça a hipótese de que o jogo pode ter se tornado mais adaptativo ao longo das mais de 50 sessões de psicoterapia realizadas pelo menino. (Kernberg & Chazan, 1992).

Por fim, a atividade de jogo de Pedro na sessão analisada teve duração de apenas 5 minutos. O jogo foi pouco interativo, regido pelo silêncio e por falas curtas e em baixo tom. O brincar do menino se alinha aos achados sobre as características do Transtorno do espectro autista nível 1, os quais descrevem uma criança com poucas capacidades simbólicas e com dificuldades na comunicação social (Reis et. al., 2016).

Pedro demonstrou um espectro de afetos constrito, uma regulação dos afetos rígida e uma tonalidade

afetiva não apropriada aos estímulos, significando uma dificuldade da criança de expressar seus sentimentos de maneira adequada e proporcional ao evento ocorrido. Apresentou um brincar silencioso, com poucos temas e concreto. O jogo era “um pouco imaturo”, recíproco e apresentou componentes anais. Essas características estão integralmente de acordo com os resultados de estudos recentes sobre o brinquedo de crianças com dificuldades semelhantes, que apontam para a dificuldade de expressão e regulação dos afetos, assim como uma incapacidade de exercer um jogo cooperativo, sendo rígido, controlador, silencioso e angustiado (Chazan; 1995, 2000; Halfon, 2017).

Por conseguinte, os mecanismos de defesa utilizados por Pedro eram primitivos, como a indiferenciação, constrição, congelamento e o encapsulamento autístico, o que levou a uma alta pontuação para o grupo 4 de defesas de acordo com o CPTI, o da angústia extrema. O comportamento evitativo, indiferente e isolado das crianças com transtorno do espectro autista é recorrente, assim como a incapacidade de simbolizar os estados afetivos de si e dos outros, e a não conexão entre a fantasia e o mundo externo. (Chazan, 2000; Reis et al, 2016).

Com base nos resultados discutidos, é possível afirmar que CPTI foi capaz de distinguir as três atividades de jogo analisadas, corroborando com os perfis delineados nos resultados de diversos estudos internacionais que utilizaram o instrumento para diferenciar perfis de jogo. Os perfis encontrados foram condizentes com as características da psicopatologia de cada criança, o que indica que o CPTI é, também, recomendado para analisar e classificar o jogo de crianças com os mais variados diagnósticos, além de fornecer evidências preliminares de sua validade de conteúdo. O jogo das três crianças se diferenciou mesmo quando os pacientes usaram do mesmo tópico de jogo, o jogo de tabuleiro, como no caso de Alice e Pedro.

Considerações Finais

No processo de adaptação transcultural do CPTI, indicadores de validade de conteúdo do instrumento puderam ser identificados, como a adequação da equivalência semântica, idiomática, conceitual e experiencial. A correlação intraclasse entre os dois avaliadores e a adequação e pertinência do CPTI para a análise aprofundada de perfis de jogo de crianças em psicoterapia em nosso contexto.

No estudo piloto, o CPTI foi capaz de identificar três perfis claramente distintos, que corroboram a

literatura sobre o brincar em diferentes psicopatologias. Os três perfis de jogo se distinguiram em todas as subescalas do CPTI, principalmente nas análises dos componentes afetivos e narrativos da atividade de jogo, e na análise funcional. Cada criança demonstrou o uso de mecanismos de defesa correspondentes a diferentes agrupamentos psicopatológicos, em consonância com a literatura acerca dessas condições clínicas.

O CPTI apresentou diversas potencialidades para uma análise aprofundada do jogo de crianças em psicoterapia. Porém, por se tratar de um instrumento extremamente longo e trabalhoso, ele requer um treinamento intenso dos juizes, assim como demanda muito tempo para sua aplicação. Além disso, por necessitar ser aplicado por avaliadores externos através de *videotapes* de sessões naturalísticas, ele pode ter uma utilização restrita, principalmente em nosso contexto no qual esse método não costuma ser utilizado. Por outro lado, revela-se como um instrumento extremamente valioso para uma análise do processo terapêutico de crianças.

Quanto as limitações do estudo, salientamos que essa análise utilizou apenas uma sessão da fase intermediária de apenas três crianças em psicoterapia psicodinâmica. Os resultados obtidos permitem, no momento, o uso do CPTI apenas para fins de pesquisa, necessitando de mais estudos de validade para que possa ser transposto para o campo da clínica. Para estudos futuros, sugerimos que o CPTI seja utilizado em uma amostra maior de sessões, casos e psicopatologias, a fim de avaliar sua capacidade de captar os resultados e mudanças em psicoterapia. Adicionalmente, futuros estudos poderiam buscar elucidar novos indicadores de validade do instrumento, como a validade de critério, validade discriminante e estabilidade temporal.

Devido à sua complexidade, o CPTI abre possibilidades para uso futuro na avaliação do brincar também no contexto clínico. O instrumento pode auxiliar psicoterapeutas na avaliação do brincar, assim como ser utilizado como um método adicional de diagnóstico psicodinâmico, ao aferir de uma maneira objetiva a atividade de jogo da criança, oferecendo direções para que o profissional pense e planeje a psicoterapia.

Referências

- Bernardi, D. (2016). Reflexões acerca do brincar e seu lugar no infantil. *Revista Brasileira de Psicoterapia (Online)*, 18(1), 82-92. Recuperado de https://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=192

- Carvalho, C., & Ramires, V. R. R. (2013). Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: Revisão sistemática. *Psicologia: teoria e prática*, 15(2), 46-61. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Chari, U., Hirisave, U., & Appaji, L. (2013). Exploring play therapy in pediatric oncology: A preliminary endeavour. *Indian Journal of Pediatrics*, 80(4), 303-308. <https://doi.org/10.1007/s12098-012-0807-8>
- Chazan, E. S. (2000). Using the children's play therapy instrument (CPTI) to measure the development of play in simultaneous treatment: A case study. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 211-221. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200007\)21:3<211::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200007)21:3<211::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-H)
- Chazan, S. E. (2001) *Profiles of play: Assessing and observing structure and process in play therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Chazan, S. E., & Wolf, J. (2002). Using the Children's Play Therapy Instrument to Measure Change in Psychotherapy: The Conflicted Player. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2(3), 73-102. <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486407>
- Chazan, S., & Cohen, E. (2010). Adaptive and defensive strategies in post-traumatic play of young children exposed to violent attacks. *Journal of Child Psychotherapy*, 36(2), 133-151. <https://doi.org/10.1080/075417X.2010.495024>
- Chazan, S. E. (2012). The children's developmental play instrument (CDPI): A validity study. *International Journal of Play*, 1(3), 297-310. <https://doi.org/10.1080/21594937.2012.692204>
- Christian, K. M., Russ, S., & Short, E. J. (2011). Pretend play processes and anxiety: Considerations for the play therapist. *International Journal of Play Therapy*, 20(4), 179-192. <https://doi.org/10.1037/a0025324>
- D'angelo, L. (1995). *Child's play: The relationship between the use of play and adjustment styles*. Case Western Reserve University: Cleveland, OH.
- De Oliveira, C., & Ramires, V. R. (2019). O brincar na psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes: Um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 12(2), 374-402. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.01>
- Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 161-180. <https://doi.org/10.1080/00754170701431347>
- Halfon, S. (2017). Play profile constructions: An empirical assessment of children's play in psychodynamic play therapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 16(3), 219-233. <https://doi.org/10.1080/15289168.2017.1312875>
- Halfon, S. et al. (2016). The non-linear trajectory of change in play profiles of three children in psychodynamic play therapy. *Frontiers in Psychology*, 7(2). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01494>
- Halfon, S., Bekar, O., & Gürleyen, B. (2017). An empirical analysis of mental state talk and affect regulation in two single-cases of psychodynamic child therapy. *Psychotherapy*, 54(2), 207-219. <https://doi.org/10.1037/pst0000113>
- Halfon, S., & Bulut, P. (2017). Mentalization and the growth of symbolic play and affect regulation in psychodynamic therapy for children with behavioral problems. *Psychotherapy Research*. 29(5), 666-678. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393577>
- Kernberg, P., & Chazan, S. E. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento: Manual de psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, P. F., Chazan, S. E., & Normandin, L. (1998). The Children's Play Therapy Instrument (CPTI). Description, Development, and Reliability Studies. *Journal of Psychotherapy, Practice and research*, 7(3), 196-207. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9631341/>
- Lipp, M, E. N. (2007). Transtorno de adaptação. *Bol. Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, 27(1), 72-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000100012&lng=pt&tlng=pt
- Ramires, V. R. R. (2016). The Intersubjective Nature of Play Development and Its Role in Child Psychoanalytic Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01783>
- Reis, H. I. S., Pereira, A. P. S., & Almeida, L. S. (2016). Características e especificidades da comunicação social *Psico-USF, Bragança Paulista, v. 28, n. 3, p. 421-434, jul./set. 2023*

- na perturbação do espectro do autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22(3), 325-336. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000300002>
- Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy*: Toward empirically supported practice. New York: Routledge.
- Salcuni, S., Di Riso, D., Mabilia, D., & Lis, A. (2016). Psychotherapy with a 3-year-old child: The role of play in the unfolding process. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02021>
- Tessier V. P., Normandin L, Ensink K., & Fonagy P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bull Menninger Clin.* 80(1):60-79. Doi:10.1521/bumc.2016.80.1.60
- Zanon, C., & Hauck, N. (2015). Fidedignidade. Em: C. S. Hutz, D. R. Bandeira & C. M. Trentini. (Orgs.), *Psicometria* (pp. 85-96). Artmed.
- Recebido em: 01/05/2021
Reformulado em: 25/05/2022
Aprovado em: 22/11/2022

Sobre os autores:

Eduardo Brusius Brenner é psicólogo formado pela UNISINOS. Realiza mestrado em Psicologia Clínica na UNISINOS. Pesquisador de processos e resultados de psicoterapias psicanalíticas. Atualmente, trabalha com Psicologia Clínica e Psicanálise.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2519-7965>

E-mail: edub.brenner@gmail.com

Vera Regina Röhnele Ramires é psicóloga formada pela UFRGS, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica, Mestre em Psicologia pela PUCRS e Doutora em Psicologia Clínica pela PUC de São Paulo. É pós-doutora em Psicologia Clínica pela Long Island University, nos Estados Unidos. É professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Unisinos, no Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1760-7154>

E-mail: vramires@unisinos.br

Contato com os autores:

Eduardo Brusius Brenner
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Campus São Leopoldo
Av. Unisinos, 950, Cristo Rei
São Leopoldo-RS, Brasil
CEP: 93022-750