Efeito da psicoterapia em crianças excepcionais*

REGINA LÚCIA MOTA DO PRADO

1. Introdução; 2. Metodologia; 3. Resultados e discussão; 4. Conclusões.

Investigação do efeito da psicoterapia na inteligência e personalidade de dois tipos de crianças excepcionais – *deficientes* e *bloqueados* –, anteriormente rotulados como *deficientes mentais* e freqüentando classes de ensino especial. Os testes de Raven e de Rorschach foram usados como pré-teste e seis meses depois como pós-teste. Durante este período o grupo experimental recebeu de 13 a 16 sessões de ludoterapia, sendo que as respectivas mães participavam de grupos de orientação. Os principais resultados indicaram que os sujeitos *deficientes* do grupo experimental tiveram ganhos em traços de personalidade, mas não apresentaram melhora no desempenho intelectual. Foi observado um decréscimo nos escores do Raven para os sujeitos *deficientes* do grupo de controle. Os sujeitos *bloqueados* do grupo experimental apresentaram ganhos positivos no teste de Raven; este grupo manteve os mesmos níveis iniciais altos no Rorschach e revelou ganhos em alguns fatores relacionados à adaptação afetiva e à capacidade de perceber pequenos detalhes. Os sujeitos de idade mais avançada, especialmente os *deficientes*, evidenciaram resultados mais baixos no pré-teste e pós-teste do Raven.

1. Introdução

Parecem ser freqüentes as dificuldades encontradas pelos psicólogos que trabalham com o diagnóstico e tratamento de crianças excepcionais, e em especial deficientes mentais.

Tomando-se várias crianças que apresentam baixo rendimento em testes de nível mental e que freqüentam classes especiais porque o desempenho acadêmico

* Resumo da tese de mestrado apresentada pela autora ao Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília em julho de 1978. (Entregue à redação em 7.3.80.)

é insuficiente, verificamos grandes diferenças individuais entre elas. Essas diferenças podem ser devidas a etiologias diversas. Na literatura sobre o assunto encontramos em geral as causas da deficiência mental englobadas em três categorias – fatores biológicos, psicológicos e sociológicos – como classifica Krynski (1969). Logo, ao lado da deficiência mental de etiologia orgânica encontramos outros tipos de deficiência, além de freqüentemente as etiologias serem mistas.

Bialer (1968) verificou que a *deficiência mental funcional*, termo que substitui atualmente a antiga noção de *pseudo-retardo* sugere a presença de um bloqueio na aprendizagem, reversível através de psicoterapia quando a etiologia psicogênica suplanta a orgânica. Neste caso, o indivíduo cujo funcionamento é deficiente primordialmente devido a causas psicológicas, pode ser considerado um sujeito bloqueado. Os *verdadeiros deficientes* seriam então aqueles cuja deficiência mental é primariamente de origem orgânica. Supondo-se que um problema emocional pode ser a causa ou a conseqüência de um desempenho deficiente, um verdadeiro deficiente mental também pode ter seus problemas emocionais. Logo, também este último caso deve ser tratado através de uma psicoterapia que vise melhorar o ajustamento de uma personalidade que se faz peculiar pela própria forma de enfrentar as experiências de vida com dificuldades que se manifestam desde cedo, como observa Kirk (1968). Neste caso, como assinala Tymchuk (1972), mesmo que não se consiga uma transformação das estruturas cognitivas, nem que se melhore a *performance* em testes de inteligência, estaremos cuidando da personalidade desses indivíduos. No entanto, parece que só recentemente os clínicos passaram a admitir que o indivíduo deficiente pudesse ter benefício com as psicoterapias de *insight* voltadas para aspectos estruturais da personalidade e não somente visando a modificação de comportamentos ou sintomas específicos. Entre os estudiosos do assunto que incentivaram o uso da terapia nestes casos estão Foulkes (1972), Axline (1972), Ginott (1974), Reca (1963) e Aberastury (1977).

Pesquisas realizadas sobre o efeito da psicoterapia com deficientes mentais (Behnhardt & Macker, 1975) mostraram que tanto terapias breves (Sarason, 1959), quanto as de longo prazo, individuais ou em grupo, tiveram efeito no desempenho e na adaptação emocional dos deficientes. Kirk (1968) faz a ressalva de que esses efeitos têm um limite, conforme as potencialidades do sujeito e o tipo de deficiência. Verificando-se a necessidade de que os pais participassem do processo terapêutico, foram criados os grupos de orientação de pais e de mães, muito incentivados por Aberastury (1977).

Embora os resultados da psicoterapia possam servir como um instrumento de diagnóstico indireto da deficiência mental, a médio ou longo prazo, impôs-se a necessidade de uma reavaliação dos testes utilizados para este tipo de diagnóstico. Com Sarason (1959) iniciou-se uma valorização do emprego dos testes projetivos, no lugar dos testes convencionais de QI, para diagnóstico dos aspectos intelectuais da personalidade. O teste de Rorschach mostrou ser útil para se verificar o potencial intelectual dos sujeitos, sendo esta uma das áreas que apresenta maior validade

dentre as inúmeras aplicações do Rorschach, segundo nos demonstram Halpern (1971) e Potkay (1971).

O presente estudo teve por objetivo verificar o efeito da psicoterapia no desempenho intelectual (medido através do Raven), e em fatores de personalidade que refletem aspectos intelectuais (medidos através do Rorschach) em crianças deficientes mentais e bloqueadas. As principais questões que tentamos responder foram:

1. Entre crianças rotuladas como deficientes mentais, será que podemos distinguir, através do Rorschach, um grupo que seja realmente deficiente de um grupo *bloqueado*?
2. Será que crianças deficientes mentais podem ter benefícios quanto ao rendimento intelectual em personalidade com uma psicoterapia global? Em caso afirmativo, que tipo de benefícios?
3. Será que os bloqueados podem ter uma melhora no rendimento intelectual e uma modificação da personalidade sob o efeito de psicoterapia? Em que extensão?
4. Em que sentido a idade tem influência no desempenho intelectual de deficientes e bloqueados?

2. Metodologia

2.1 *Sujeitos*

A amostra foi constituída de 68 crianças, de nove a 13 anos de ambos os sexos, com funcionamento intelectual abaixo da média (percentil $\leqslant 25$ no Raven), freqüentando classes especiais por não terem conseguido um bom rendimento acadêmico no ensino regular, situando-se na categoria de *educáveis* ou *treináveis*, segundo critérios educacionais. Foram excluídas da amostra as crianças portadoras de paralisia cerebral, deficiência sensorial (visão, audição, fala) e problema neurológico grave (não reagindo à medicação).

A faixa etária de nove a 13 anos foi escolhida para os dados de nossa amostra para serem comparados aos de pesquisa brasileira recente (Adrados, 1977).

A pesquisa foi realizada em Brasília-DF, tendo como sujeitos alunos de nove escolas, que continham classes especiais no plano piloto (Asa Sul e Asa Norte), Cruzeiro e Guará (áreas próximas ao plano piloto). Optamos por não trabalhar com alunos de localidades mais distantes, prevendo as dificuldades de locomoção na época da psicoterapia.

Procedendo à aplicação do Raven no contingente de 100 crianças que preenchiam os requisitos anteriores, excluímos da amostra 14 crianças que obtiveram percentis maiores que 25 no teste e ficamos pois com 86 sujeitos. Depois de aplicado o teste de Rorschach, foram excluídos mais cinco sujeitos por problemas

ocorridos na aplicação do mesmo e três por terem sido constatados no teste sinais de sério problema neurológico, confirmado por meio de exame clínico.

Entre a fase de pré-teste e pós-teste, perdemos mais 10 sujeitos por evasão da escola, encontrando-se em endereço ignorado. A amostra final ficou composta de 68 sujeitos, distribuídos conforme os quadros 1 e 2. O quadro 3 se refere às evasões por idade e sexo.

Quadro 1

Distribuição dos sujeitos por escola

Escola	N.º de sujeitos
Centro 02 de E. Especial	15
Escola Classe 308 Sul	6
Escola Classe 106 Sul	6
Escola Classe 403 Norte	8
Escola Classe 411 Norte	6
Escola Classe 04 – Cruzeiro	10
Escola Classe 05 – Guará I	2
Escola Classe 03 – Guará I	10
Centro E. 01 – Guará II	5
Total	68

Quadro 2

Distribuição dos sujeitos por idade e sexo

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
9a– 9a 11m	5	2	7
10a–10a 11m	14	6	20
11a–11a 11m	10	11	21
12a–12a 11m	7	6	13
13a–13a 11m	2	5	7
Total	38	30	68

Quadro 3

Evasões por idade e sexo

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
9a– 9a 11m	3	1	4
10a–10a 11m	0	1	1
11a–11a 11m	3	0	3
12a–12a 11m	0	1	1
13a–13a 11m	1	0	1
Total	7	3	10

Dos 68 sujeitos, pretendíamos que 50% (34 crianças) fizessem parte do grupo experimental e 50% do grupo de controle, através de sorteio. Entretanto, dada a impossibilidade de sete crianças se deslocarem para o local da psicoterapia semanalmente, o GE ficou constituído de 27 sujeitos, enquanto o GC compôs-se de 41 sujeitos. Essa distribuição dos sujeitos encontra-se nos quadros 4 e 5, sendo que o quadro 5 representa o *design* fatorial 2 X 2 que serviu de base à pesquisa.

Quadro 4

Distribuição dos excepcionais "deficientes" e "bloqueados" por idade, sexo, grupo experimental e grupo de controle

Excepcionais	Grupo	Idade e sexo										Todas as idades		Total
		9		10		11		12		13				
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Deficientes	GE	2	0	0	2	0	3	0	2	0	2	2	9	11 } 26
	GC	0	0	5	1	0	7	1	0	1	0	7	8	15 } (38,23%)
Bloqueados	GE	1	1	2	1	3	0	4	1	1	2	11	5	16 } 42
	GC	2	1	7	2	7	1	2	3	0	1	18	8	26 } (61,76%)
Total		5	2	14	6	10	11	7	6	2	5			N = 68
		7		20		21		13		7				

Quadro 5

Distribuição dos grupos I, II, III e IV

		Excepcionais: Deficientes	Excepcionais: Bloqueados	
Terapia	Sim	I $n = 11$ (16,18%)	II $n = 16$ (23,53%)	GE = 27 (39,71%)
	Não	III $n = 15$ (22,06%)	IV $n = 26$ (38,23%)	GC = 41 (60,29%)
		Def. = 26 (38,23%)	Bloq. = 42 (61,76%)	$N = 68$

2.2 *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados foram:

- Teste de matrizes progressivas de Raven, Escala especial para crianças de nove e 10 anos e Escala geral para crianças de 11 a 13 anos, usados como pré-teste e pós-teste.
- Psicodiagnóstico de Rorschach usado para distinguir deficientes e bloqueados, ao mesmo tempo que servia de pré-teste e de pós-teste.
- Ludoterapia grupal não-diretiva com as crianças.
- Grupo de orientação de mães.

2.3 *Procedimento*

Os testes, tanto o Raven quanto o Rorschach, foram aplicados individualmente nas próprias escolas e no horário que as crianças freqüentavam. A criança era

chamada para o local de teste. Procurou-se em cada escola locais que oferecessem condições razoáveis para a aplicação de testes. O pré-teste foi aplicado em julho e o pós-teste em dezembro de 1977.

A aplicação e avaliação dos testes foram procedidas por uma psicóloga (coordenadora da pesquisa) e quatro estagiárias (formandas em psicologia), devidamente treinadas.

Para o Raven, foram usadas as instruções contidas nos manuais (Raven, 1973, 1975). Os pontos brutos da escala geral (60 pontos) e da especial (36 pontos) foram transformados em escalas equiparáveis de 100 pontos.

Para o Rorschach, seguiu-se a orientação de Klopfer & Kelley (1972), com ligeiras modificações propostas por outros autores (Beizmann, 1968 e Halpern, 1971), por se tratar de crianças excepcionais. Para a avaliação das respostas foram consultados por ordem de prioridade os atlas de: Windholz (1969), Adrados (1967), Jacquemin (1977), Adrados (1976) e ISOP (1969).

A distribuição entre deficientes e bloqueados foi feita com base em fatores do Rorschach, segundo uma adaptação dos critérios de Rorschach (1974), Bohm (1968) e Klopfer & Kelley (1972).

Assim, o grupo *def* (verdadeiros deficientes) foi constituído por sujeitos que apresentaram:

- $F^+ < 60\%$ (considerando F^+ext%)
- Ausência de *G* secundárias
- Ausência de *M* (ou só a vulgar da pr. III)
- *A%* acima de 50% (estereotipia)

Além disso podiam revelar:

- $R \leqslant 10$
- Ausência de *FK* e *Fc*
- Elaboração qualitativamente fraca no todo

O grupo *bloq* (bloqueados) compôs-se de sujeitos que apresentaram:

- $F^+\% \geqslant 60\%$
- Uma ou mais *G* secundárias
- Uma ou mais *M*, além da vulgar da pr. III
- $A\% \leqslant 50\%$

podendo também apresentar:

- $R > 10$
- Presença de respostas *FK* e *Fc* (principalmente *FK*)
- Elaboração qualitativamente rica no todo

Para que se efetuasse a psicoterapia, as 27 crianças do grupo experimental foram distribuídas entre quatro grupos conforme a idade cronológica, sendo consideradas *maiores* as crianças de 12 e 13 anos e *menores* as de nove a 11 anos. O número de sujeitos não foi o mesmo em todos os grupos, por questões de horários escolares. Cada terapeuta (psiquiatra infantil) tomou um grupo de crianças maiores e outro de crianças menores sob sua responsabilidade, um pela manhã e outro à tarde, sendo que estes grupos correspondiam aos quatro grupos de mães, orientados por duas assistentes sociais. Os grupos de crianças eram mistos quanto ao sexo e diagnóstico (deficientes e bloqueados). A distribuição dos grupos está apresentada no quadro 6.

Quadro 6

Distribuição dos quatro grupos de terapia por sexo, faixa etária, horário, tipo de deficiência e terapeuta

Terapeuta 1	Grupo 1A (manhã) (maiores)	N = 6	Def.	M = 1
				F = 2
			Bloq.	M = 2
				F = 1
	Grupo 1B (tarde) (menores)	N = 6	Def.	M = 1
				F = 2
			Bloq.	M = 2
				F = 1
Terapeuta 2	Grupo 2A (manhã) (menores)	N = 6	Def.	M = 0
				F = 2
			Bloq.	M = 3
				F = 1
	Grupo 2B (tarde) (maiores)	N = 9	Def.	M = 0
				F = 3
			Bloq.	M = 4
				F = 2
	Total	N = 27	Def.	M = 2
				F = 9
			Bloq.	M = 11
				F = 5

Pretendia-se que para cada grupo ocorresse um total de 16 sessões de uma hora, que equivaleria a quatro por mês. Entretanto, dado o número de faltas isso nem sempre foi possível como demonstra o quadro 7.

Quadro 7

Ocorrência de sessões e freqüência dos quatro grupos de terapia

Ocorrências	Grupos				
	1A	1B	2A	2B	Total
Ocorrência de sessões por grupo	16	13	16	16	13-16
N.º médio de sessões freqüentadas por sujeito	12,17	9,33	11,50	11,33	11,08
Amplitude do número de sessões freqüentadas por sujeito	7-16	5-13	5-16	6-14	5-16

Obs.: não houve freqüência mínima para funcionamento do grupo 1B em três sessões.

A terapia realizou-se no Centro de Orientação Médico-psicopedagógica – COMPP, órgão da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, utilizando-se uma sala preparada para tal, segundo a orientação de Axline (1972), Ginott (1974) e Reca (1963).

O nível sócio-cultural das famílias envolvidas na pesquisa era de classe média e baixa.

3. Resultados e discussão

As análises estatísticas basearam-se principalmente na Regressão Múltipla do Pós-teste, do pré-teste e Anova dos ganhos para os resultados do Raven e para oito fatores do Rorschach: *F⁺%, F⁺ext%, M, H%, FC, G%, D%* e *Dd%*. Os demais fatores também foram avaliados mas não constituíram o objeto de estudo desta pequisa.

A tabela 1 apresenta os dados do pré e pós-teste para o GE (com terapia) e o GC (sem terapia).

Observa-se *grosso modo* que o grupo que revelou maiores ganhos positivos no Raven foi o de bloqueados com terapia (de 34,51 para 40,35). Os deficientes sem terapia apresentaram ganhos negativos (perdas), de 37,41 no pré-teste para 33,18 no pós-teste. Nota-se ganhos positivos mais acentuados nos fatores do Rorschach *F⁺%, F⁺ext%, M* e *H%* para o grupo de deficientes com terapia.

A tabela 2 nos mostra que: a variável *sexo* está correlacionada com a variável *excepcional* ($r = -0{,}34$, $p < 0{,}01$) e com o *pré-teste do Raven* ($r = -0{,}29$, $p < 0{,}01$), denotando que a maioria dos bloqueados está constituída de elementos do sexo masculino, sendo também que os meninos obtiveram maior número de pontos no pré-teste do Raven do que as meninas; a variável *idade* está correlacionada negativamente com o pré-teste do Raven ($r = -0{,}60$, $p < 0{,}01$), denotando

Tabela 1

Médias do pré-teste e pós-teste do Raven e de oito fatores do Rorschach para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

Variáveis	Deficientes				Bloqueados			
	Com terapia		Sem terapia		Com terapia		Sem terapia	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Raven	32,22	31,46	37,41	33,18	34,51	40,35	38,03	38,35
F+%	29,18	51,06	35,20	52,27	64,44	60,94	66,19	64,92
F+ext%	48,09	76,54	46,00	61,20	80,75	82,25	73,65	76,19
M	0,54	2,45	0,33	0,67	3,50	3,37	2,77	2,85
H%	3,54	13,45	2,13	1,73	15,87	12,75	14,23	9,19
FC	0,18	0,36	0,47	0,07	0,44	0,44	0,65	0,08
G%	56,09	66,18	44,80	44,00	49,56	52,87	45,92	55,15
D%	41,64	28,54	38,00	45,87	37,69	34,94	40,54	38,31
Dd%	4,45	5,09	16,40	10,00	10,06	11,94	13,65	6,27

Tabela 2

Correlações simples entre cinco variáveis independentes

V. I.	Sexo	Idade	Tipo de excep.	Terapia	Raven (Pré-teste)
Sexo	–				
Idade	0,24*	–			
Tipo de excep.	−0,34**	0,01	–		
Terapia	−0,13	−0,18	0,04	–	
Raven (Pré-teste)	−0,29*	−0,60**	0,06	0,17	–

Obs.: * $p < 0,05$ (valor crítico = 0,2398).
** $p < 0,01$ (valor crítico = 0,3112).

que as crianças mais novas obtiveram resultados mais altos no Raven do que as crianças mais velhas.

Em relação às principais questões propostas neste estudo, as análises evidenciaram em síntese os seguintes resultados: para o Raven, os ganhos são explicados pelas variáveis *excepcional* ($p < 0,01$) e *terapia* ($p < 0,05$). Assim, os sujeitos bloqueados e os que se submeteram a terapia foram os que tiveram ganhos entre pré e pós-teste. O deficientes e os sujeitos que não fizeram terapia não chegaram a ter ganhos positivos significativos, como podemos observar nas figuras 1 e 2.

Figura 1

Ganhos no Raven para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

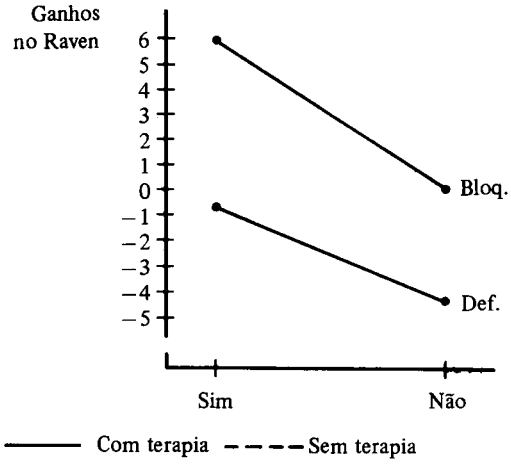
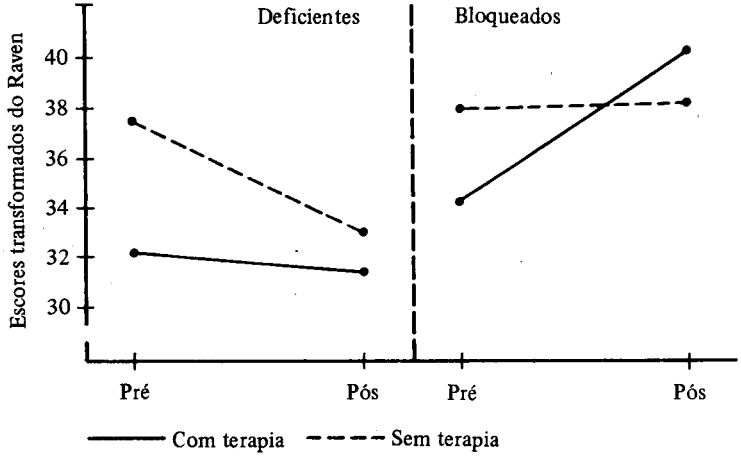


Figura 2

Escores transformados do Raven para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste



Esse resultado tem o sentido inicial de confirmar o diagnóstico diferencial entre deficientes e bloqueados. Logo, no grupo de deficientes, que supunha-se não ter um potencial intelectual suficiente para ser ativado, observou-se uma queda do rendimento no Raven, enquanto no dos bloqueados, observou-se ganhos positivos, já que estes possuíam recursos a serem desenvolvidos. Observamos ainda (figuras 1 e 2) que só houve ganhos positivos com a terapia por parte dos bloqueados. Logo, a terapia, além de ter provocado ganhos nos bloqueados, evitou as perdas nos deficientes. Isto parece relacionar-se à diferença quantitativa de capacidade intelectual ou de habilidade mental geral entre deficientes e bloqueados: a terapia exerce uma função desinibidora nos bloqueados que estavam funcionando abaixo de sua capacidade, ocasionando efeitos positivos no rendimento intelectual, mas serve aos deficientes apenas para manter sua *performance* no nível inicial, de acordo com sua potencialidade limitada, evitando *regressões* ou *perdas* que ocorrem na ausência da terapia. Kirk (1968) já havia observado que depois de um período de intervenção os ganhos tendem a ser perdidos se as crianças voltam a receber apenas uma assistência comum em classes regulares, mas se continuam recebendo alguma intervenção especial mesmo que seja apenas visando o desenvolvimento cognitivo, essas crianças podem apresentar progressos escolares. Essa tendência à deterioração das aquisições intelectuais com o tempo, evidenciada nos deficientes, já foi observada por outros autores, entre estes Bovet (1968). A terapia tem então a função de sustar esta tendência, evitando perdas.

Por outro lado, podemos sugerir que com a intensificação e prolongamento da terapia os níveis de *performance* dos bloqueados tenderiam a subir, acompanhando a tendência inicial, embora este crescimento possa adotar o formato de uma curva negativamente acelerada.

Pudemos verificar ainda que a variável *idade* ($p < 0{,}01$) foi relevante para a explicação dos resultados do Raven, mostrando que as crianças mais novas continuam apresentando no pós-teste escores mais altos no Raven do que as crianças de idade mais avançada, dado que não é encontrado com crianças normais. Seria de se esperar o contrário, pois os mais velhos teriam maior possibilidade de lidar com estímulos mais abstratos, utilizando raciocínio analógico, do que os mais novos. Mas, como se trata de excepcionais e já constatamos a tendência que os deficientes têm a uma deterioração do raciocínio com o tempo, esta queda nos resultados com a idade pode ser devida à involução natural dos deficientes (fig. 2), cujos resultados somados aos dos bloqueados acarretam um decréscimo na média total. Este dado também reforça a opinião de muitos pesquisadores como Kirk (1968) de que quanto mais precoce for a intervenção maiores serão os ganhos.

Se os bloqueados têm recursos para resolver problemas de certa complexidade mas não os resolvem, naturalmente é porque não estão utilizando a capacidade de pensar que, no entanto, apareceu nos resultados do Rorschach ($F^{+}\%$ e $F^{+}ext\%$ maior que 60%, mais de uma *M*, pouca estereotipia etc.). Os "deficientes" não revelaram estes recursos no pré-teste. As mudanças que apareceram no Rorschach

por efeito ou não da terapia e que são úteis para explicar também os ganhos no Raven serão expostas a seguir.

Para o Rorschach, verificamos que a variável *excepcional* explica os ganhos nos fatores $F^+\%$, $F^+ ext\%$, M e $H\%$ significando que os deficientes tiveram um aumento significativo ($p < 0{,}01$) nas formas bem vistas, nas respostas de figura humana. O fato de os deficientes terem revelado ganhos positivos em $F^+\%$, mesmo no grupo de controle, como mostram as figuras 3 e 4, pode ser explicado pelo fenômeno de regressão à média, já que seus escores iniciais eram muito baixos (fig. 4). Corroborando esta hipótese explicativa, constatamos que mesmo com os ganhos os deficientes continuam num nível subnormal (abaixo de 60%) em relação ao controle intelectual, nível este condizente com suas limitações.

As figuras 5 e 6 evidenciam que em $F^+ext\%$ os ganhos foram maiores (superando o limite de 60%), principalmente no grupo experimental por influência da terapia, expressa por uma tendência a interação ($p = 0{,}08$), evidenciada pela análise de variância dos ganhos.

Observa-se que o $F^+ext\%$ já era mais alto que o $F^+\%$ (figuras 4 e 6). Supondo-se que $F^+ext\%$ varia mais em função de fatores emocionais, pois representa a qualidade da percepção em qualquer tipo de determinante em que a forma esteja incluída, enquanto o $F^+\%$ é puramente intelectual; os ganhos em $F^+\%$ são significativos de um ponto de vista interpretativo mais rigoroso do que os de $F^+ext\%$. Em suma, os deficientes revelam no pós-teste melhor capacidade de crítica e controle do pensamento lógico do que no pré-teste.

Quanto ao M, seu número também aumentou para os deficientes, principalmente em função da terapia, como verificamos nas figuras 7 e 8, dado que é confirmado pela Anova por uma tendência a interação ($p = 0{,}10$).

O número de M no pós-teste revelou-se até superior aos índices dos deficientes em geral, que costumam apresentar somente uma resposta de movimento humano, levando-nos a levantar a hipótese da existência de *falsos-negativos* neste grupo. O aumento de M parece ter sido conseqüência da comprovada diminuição de FM e m, reflexo de um relaxamento da repressão da vida interior, que passa a ser mais ativada.

Nas figuras 9 e 10 encontramos que $H\%$ aumentou significativamente somente para os deficientes ($p < 0{,}05$), sendo que a terapia exerce certa influência nestes ganhos.

Embora a terapia tenha tido certo efeito nos ganhos nos fatores $F^+ ext\%$ e M no grupo de bloqueados, o aumento não foi significativo, pois apenas mantiveram-se os índices iniciais já altos. Podemos deduzir que a capacidade de crítica, controle do pensamento lógico e a riqueza da vida interior já eram adequados para o empreendimento de tarefas intelectuais. A estabilidade de $F^+\%$ (figuras 3 e 4) teve o mesmo sentido anterior, bem como $H\%$, cuja média se revelou próxima à do pré-teste (figuras 9 e 10), indicando um interesse normal pela figura humana neste grupo.

Figura 3

Ganhos em $F^{+}\%$ para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

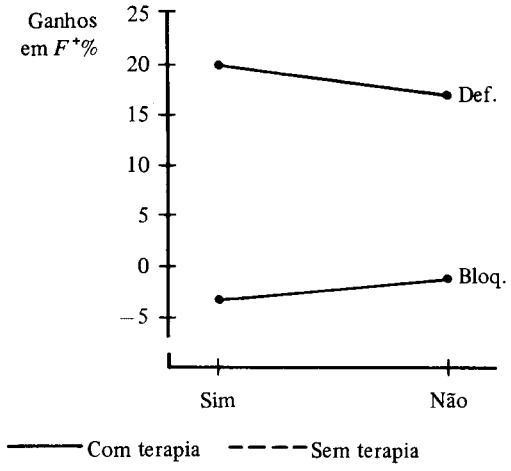


Figura 4

Resultados de $F^{+}\%$ para deficientes e bloqueados no pré e pós-teste do Rorschach

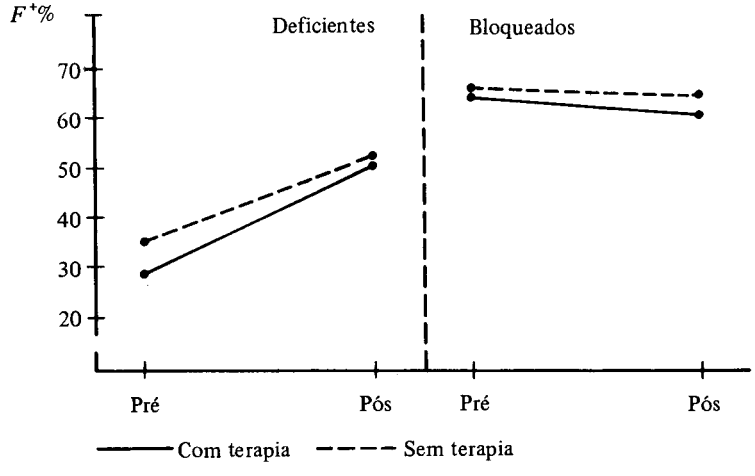


Figura 5

Ganhos em F^+ext% para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

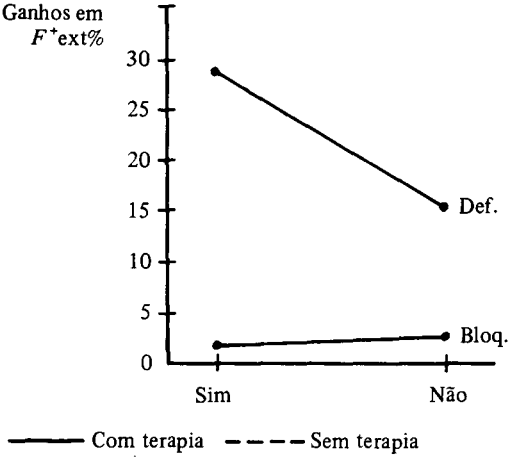


Figura 6

Resultados de F^+ext% para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste do Rorschach

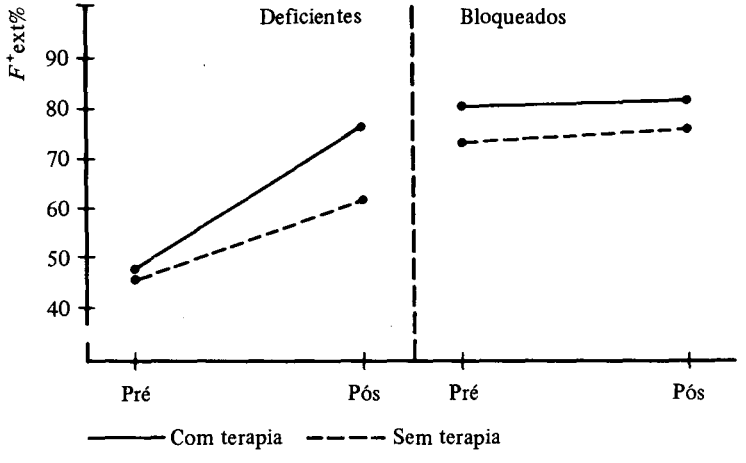


Figura 7

Ganhos em *M* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

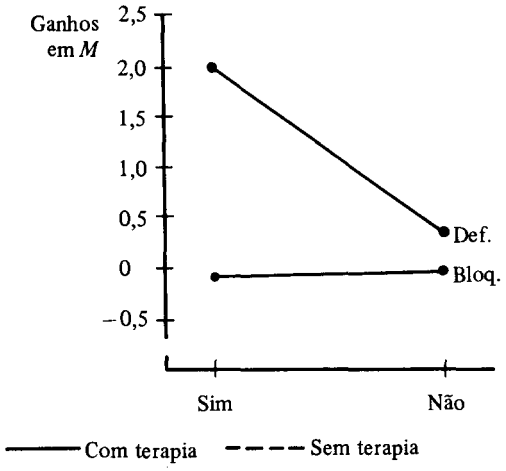


Figura 8

Número de *M* para deficientes, bloqueados, com e sem terapia no pré e pós-teste do Rorschach

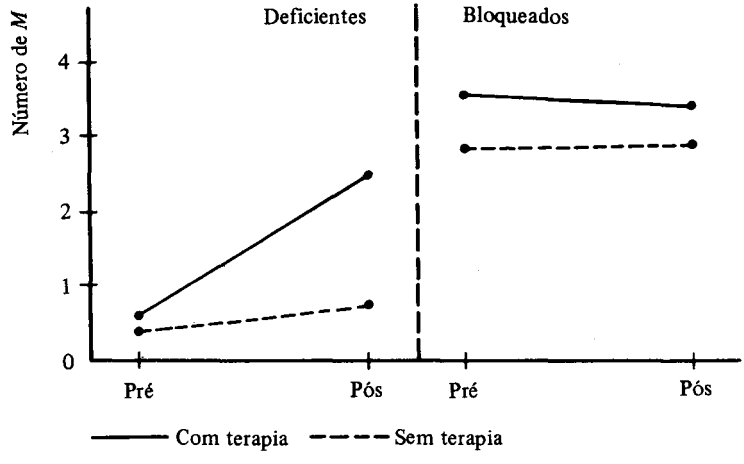


Figura 9

Ganhos em *H%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

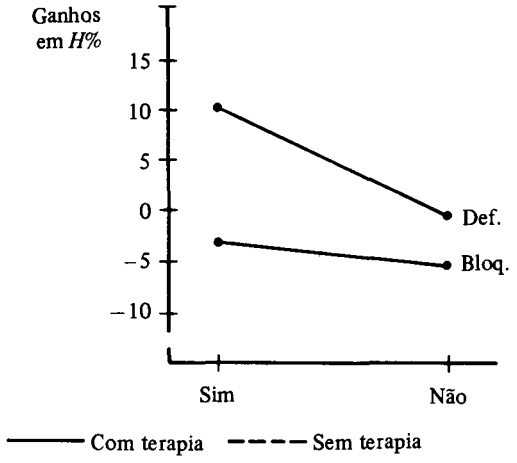
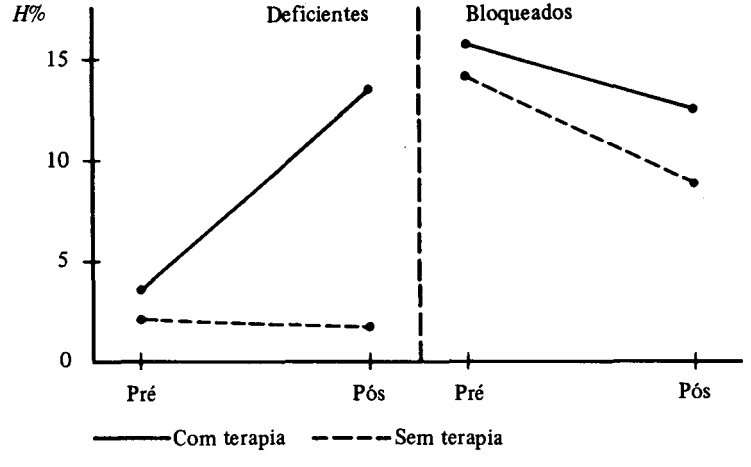


Figura 10

Resultados em *H%* para deficientes, bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste do Rorschach



Tanto para os deficientes quanto para os bloqueados foram significativamente alterados no grupo experimental, por efeito da *terapia*, os fatores *FC* ($p < 0,05$), *D%* ($p < 0,05$) e *Dd%* ($p < 0,05$), o mesmo não acontecendo com o *G%*.

Como mostram as figuras 11 e 12, a terapia manteve o número de respostas *forma-cor* num nível semelhante ao do pré-teste, indicando respostas afetivas mais adaptadas e menos impulsivas que no grupo de controle que apresentou uma redução deste número.

Entretanto, o número de perceptos de cor revelou-se muito baixo no presente estudo, impedindo interpretações mais conclusivas, supondo-se apenas que os excepcionais revelam dificuldades na projeção de sua afetividade.

As figuras 13 e 14 revelam os resultados em *G%*.

Os deficientes do grupo experimental apresentaram tendência a um decréscimo na percepção de detalhes usuais, enquanto nos bloqueados esses resultados quase não se alteraram, como verificamos nas figuras 15 e 16.

Houve decréscimo em *Dd%* sem a terapia para bloqueados e deficientes, decréscimo este que não ocorreu no grupo experimental. As figuras 17 e 18 ilustram estes resultados.

Além disso, a regressão múltipla nos mostra que o Raven é a variável de maior peso na explicação do pré-teste de *G%* ($p < 0,01$), *D%* ($p < 0,05$) e *Dd%* ($p < 0,05$). Logo, os sujeitos que apresentaram maior *G%* tiveram escores mais baixos no pré-teste do Raven. Destes dados podemos deduzir que a quantidade de *G* não é tão importante quanto sua qualidade no diagnóstico da inteligência, pois os sujeitos *menos inteligentes*, segundo o Raven, foram os que revelaram maior número de respostas globais. Procedendo a uma análise superficial do tipo de *G*, verificamos que essas respostas em sua maioria foram mal vistas, representando generalizações vagas e arbitrárias, sendo muito freqüentes no grupo de deficientes mais comprometidos. Este problema já foi levantado por muitos pesquisadores entre eles Halpern (1971), Windholz (1969) e Potkay (1971). Por outro lado, os sujeitos que revelaram maior *D%* e *Dd%* evidenciaram também maiores escores no Raven, provavelmente pela capacidade de perceberem melhor os detalhes de uma dada situação. Já que os ganhos no Raven foram maiores para os bloqueados e para os que tiveram terapia, e como *Dd%* se manteve num nível razoável com a terapia, podemos supor que a terapia ajuda a manter a possibilidade do bloqueado perceber pequenos detalhes, trazendo como conseqüência uma melhor possibilidade de resolver os problemas do Raven, enquanto sem terapia essa possibilidade diminui.

Os deficientes têm diminuída essa percepção de pequenos detalhes, não demonstrando melhora com a terapia que apenas mantém o mesmo nível inferior (5%), evitando maiores perdas (figuras 17 e 18). Neste caso, os deficientes continuaram revelando dificuldades de resolver tarefas do tipo do Raven.

Figura 11

Ganhos em *FC* para deficientes e bloqueados com e sem terapia

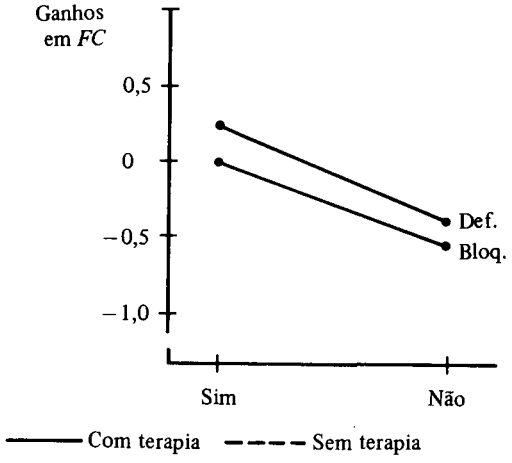


Figura 12

Número de *FC* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste do Rorschach

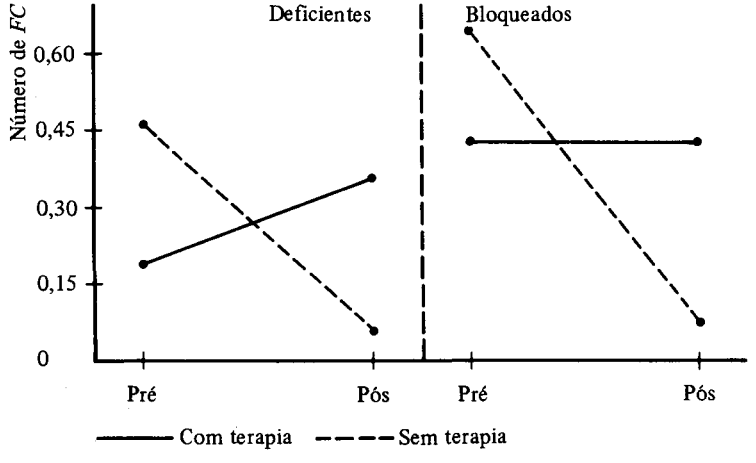


Figura 13

Ganhos em *G%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

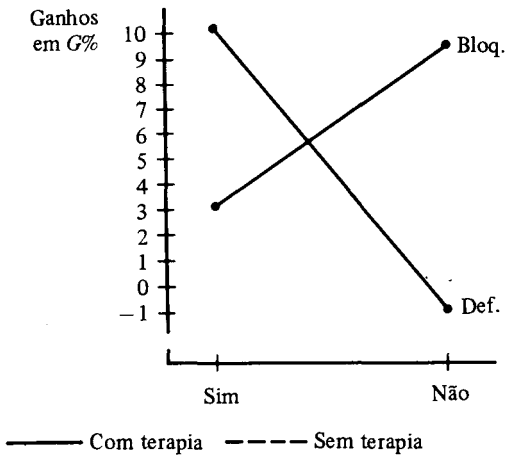


Figura 14

Resultados de *G%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste do Rorschach

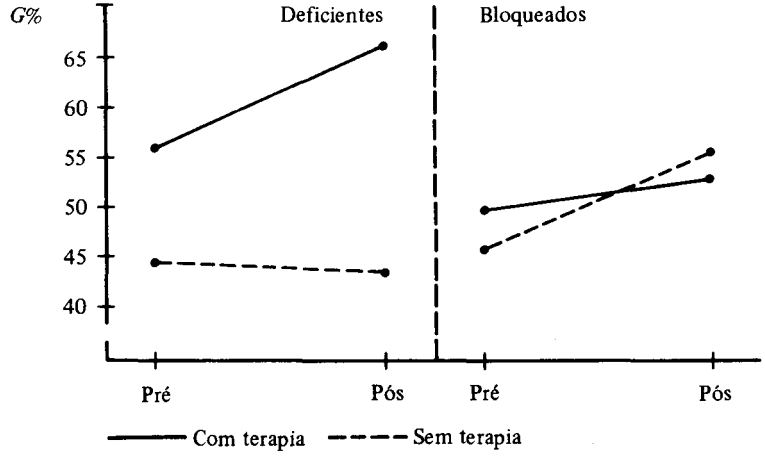


Figura 15

Ganhos em *D%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

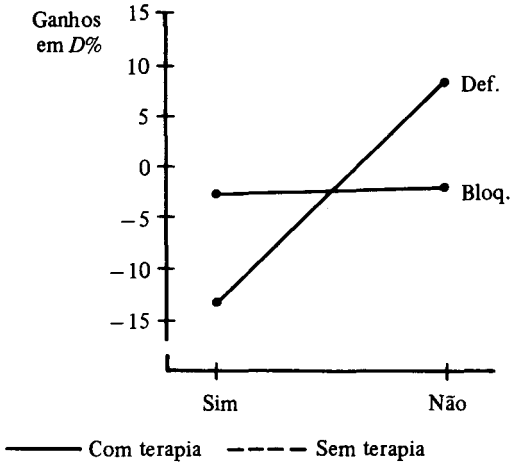


Figura 16

Resultados de *D%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste do Rorschach

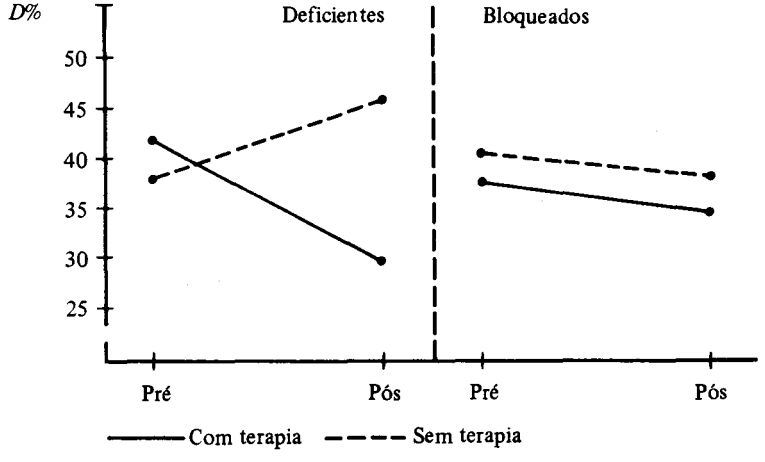


Figura 17

Ganhos em *Dd%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia

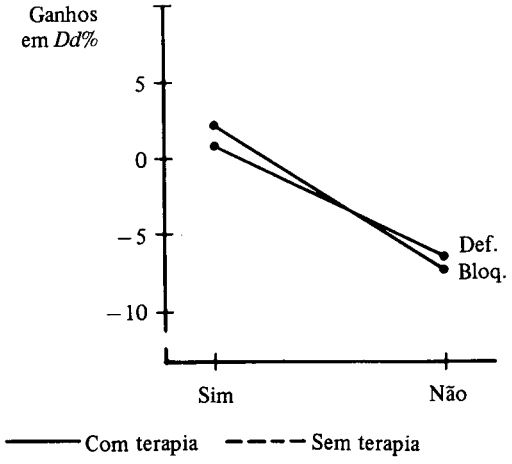
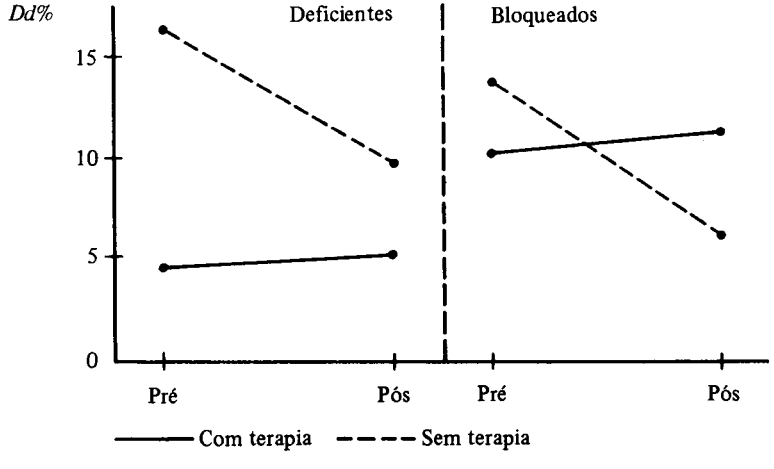


Figura 18

Resultados de *Dd%* para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré e pós-teste do Rorschach



Como dado adicional, e em conseqüência do aumento de *M*, verificou-se que a grande freqüência do tipo de vivência coartado/coartativo nos deficientes decresceu enquanto aumentaram os introversivos ($M > C$) principalmente no grupo experimental que se submeteu a terapia, como aparece na figura 19.

Os deficientes do grupo de controle mantêm um TV coartado/coartativo. O tipo de vivência introversivo não costuma ser comum em crianças, mas como resultado da terapia representa uma mudança benéfica, no sentido de se atenuar o *acting out*, passando-se a lidar com os conflitos mais na esfera do pensamento. Logo, mesmo que seja um tipo de *introversão passiva* (Adrados, 1967), como mecanismo de adaptação secundário contra o mundo exterior traumatizante, leva o indivíduo a lidar melhor com sua vida interior. Os bloqueados em geral mantiveram esta capacidade de introspecção.

4. Conclusões

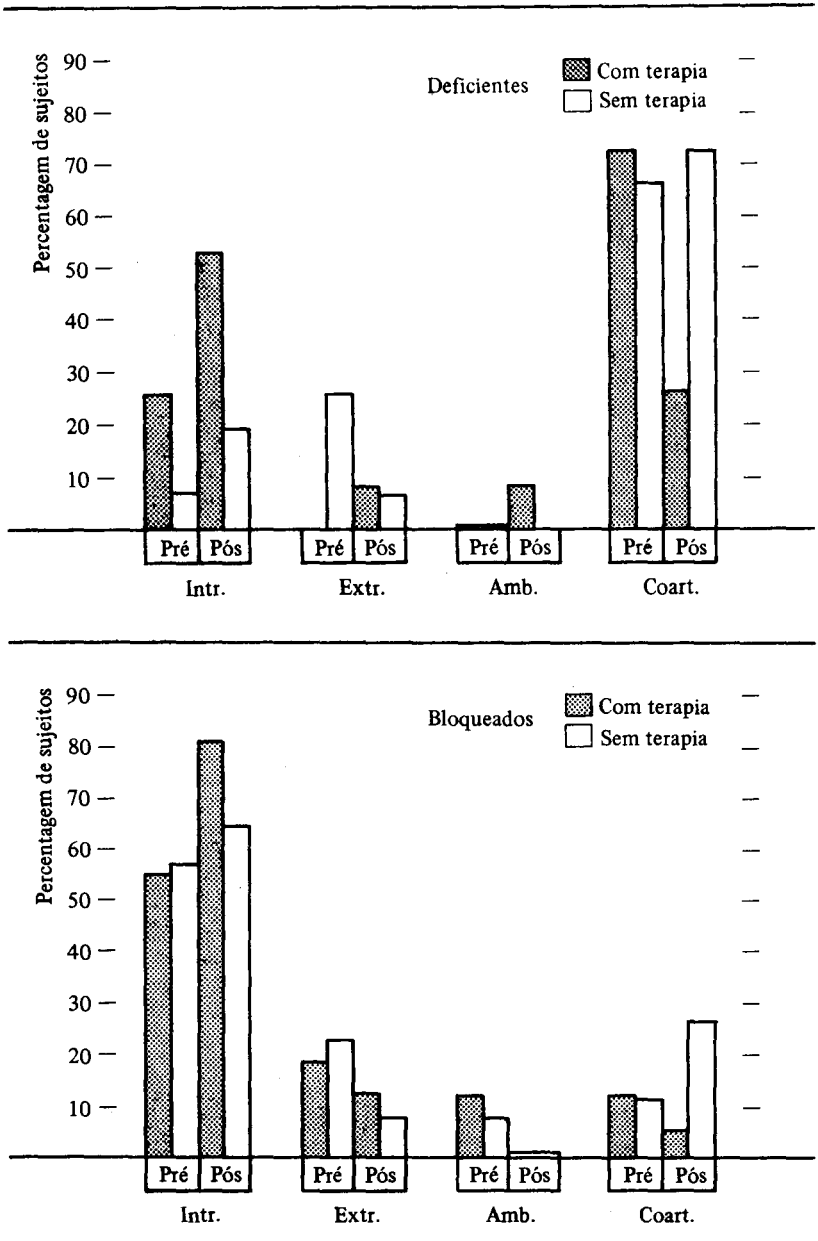
A partir dos resultados encontrados e considerando-se as principais questões investigadas, podemos concluir que:

1. Entre as crianças geralmente rotuladas como deficientes mentais, podemos distinguir dois tipos de sujeitos: deficientes e bloqueados, com base no psicodiagnóstico de Rorschach.
2. Os verdadeiros deficientes mentais podem se beneficiar com uma psicoterapia, revelando ganhos que traduzem uma mudança na personalidade, avaliada através do Rorschach (melhor capacidade de perceber objetivamente a realidade, vida interior mais rica, afetividade mais adaptada). No entanto, mesmo recebendo psicoterapia, os deficientes não revelam melhoria no rendimento intelectual, tendo a terapia, efetuando uma melhor adaptação da personalidade, a função de evitar decréscimos no desempenho que são característicos dos deficientes.
3. Os bloqueados, e em especial os que se submeteram a terapia, revelam um incremento no rendimento intelectual e em fatores de personalidade ligados à adaptação afetiva e capacidade de perceber pequenos detalhes, que favorecem um melhor desempenho intelectual.
4. Entre os excepcionais, e especialmente no grupo de deficientes, observa-se um decréscimo no desempenho intelectual à medida que a idade avança.

Em síntese, podemos concluir que a psicoterapia é eficiente como intervenção junto a excepcionais – deficientes e bloqueados –, proporcionando mudanças no rendimento intelectual e na personalidade, de acordo com as limitações inerentes a cada um desses tipos, o que constitui uma implicação educacional bastante séria. Esses resultados advertem para uma conscientização dos psicólogos e das autoridades competentes no sentido de lidar com o indivíduo excepcional como um todo, utilizando medidas diagnósticas e terapêuticas mais amplas e profundas.

Figura 19

Tipos de vivência (TV) para deficientes e bloqueados, com e sem terapia, no pré-teste e pós-teste do Rorschach, em termos proporcionais



Summary

The purpose of this study was to investigate the effect of psychotherapy on the intelligence and personality of two types of excepcional children – "defectives" and "blocked" – both of them previously labelled by "mentally defective". Raven Progressive Matrices and Rorschach Psychodiagnosis were the instruments used to evaluate intelligence and personality and were used as pre-test and six months later as post-test.

The treatment received by the experimental group was one hour of group play-therapy. The number of sessions varied from 13 to 16. During the treatment, the children's mothers participated in mother's orientation groups. The main results indicated that the "defective" subjects from the experimental group improved in personality traits, although no changes were observed in intelligence. A decrease was observed in the Raven's results for the "defective" subjects from the control group. The "blocked" subjects from the experimental group presented positive gains in Raven's test; this group maintained, however, the same initial high levels in Rorschach's test and revealed gains in some factors related to affective adaptation and ability to perceive details. The older subjects, especially from the "defective" group, presented lower results in Raven's pre-and post-teste.

Bibliografia

Aberastury, A. *Teoría y técnica del psicoanalisis de niños.* Buenos Aires, Paidós, 1977.

Adrados, I. *Teoria e prática do teste de Rorschach.* Rio, FGV, 1967.

_____. *Rorschach na adolescência normal e patológica.* Petrópolis, Vozes, 1976.

_____. *Matrizes progressivas de Raven em crianças de 7 a 13 anos.* Rio, FGV, 1977. Pesquisa não-publicada.

Ames, L. B. *El Rorschach infantil.* Buenos Aires, Paidós, 1972.

Axline, V. M. *Ludoterapia.* Belo Horizonte, Interlivros, 1972.

Beizmann, C. *El Rorschach en el niño de tres a diez años.* Madrid, Aguilar, 1968.

Behnhardt, M. & Macker, B. The use of play therapy with mentally retarded. *Journal of Special Education; 9* (4): 409-14, 1975.

Bialer, I. Relationship of mental retardation to emotional disturbance and physical disability. In: Haywood, C. H. ed. *Social-cultural aspects of mental retardation.* New York, Appleton-Century-Crofts, 1968. p. 607-60.

Bohm, E. *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach.* Madrid, Morata, 1968.

Bovet, M. Piaget's theory of cognitive development, sociocultural differences and mental retardation. In: Haywood, C. H. ed. *Social-cultural aspects of mental retardation.* New York, Appleton-Century-Crofts, 1968. p. 59-80.

Ellis, N. R. ed. *Handbook of mental deficiency.* New York, McGraw-Hill Book, 1963.

Foulkes, S. H. & Anthony, E. J. *Psicoterapia de grupo.* Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1972.

Ginott, H. G. *Psicoterapia de grupo com crianças.* Belo Horizonte, Interlivros, 1974.

Halpern, F. *A clinical approach to children's Rorschach.* New York, Grune & Stratton, 1971.

Haywood, C. H. ed. *Social-cultural aspects of mental retardation.* New York, Appleton-Century-Crofts, 1968. Proceedings of the Peabody – NIMH Conference.

ISOP. Serviço de Pesquisa e Ensino. *Teste de Rorschach: atlas e dicionário.* Rio, FGV, 1969.

Jacquemin, A. A. *O Teste de Rorschach em crianças brasileiras.* São Paulo, Vetor, 1977.

Kirk, S. A. The effects of early intervention. In: Haywood, C. H. *Social-cultural aspects of mental deficiency.* New York, Appleton Century-Crofts, 1968. p. 490-5.

Klopfer, B. & Kelley, D. *Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach.* Buenos Aires, Paidós, 1972.

Krynski, S. *Deficiência mental.* Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1969.

Potkay, C. R. *The Rorschach clinician.* New York, Grune & Stratton, 1971.

Raven, J. C. *Test de matrices progresivas. Escala general – Manual.* Buenos Aires, Paidós, 1973.

———. *Test de matrices progresivas. Escala especial – Manual.* Buenos Aires, Paidós, 1975.

Reca, T. *Psicoterapia en la infancia.* Buenos Aires, Paidós, 1963.

Rorschach, H. *Psicodiagnóstico.* São Paulo, Mestre Jou, 1974.

Rothstein, J. H. *Mental retardation: readings and ressources.* New York, Holt, Rinehart & Winston, 1964.

Sarason, S. B. *Psychological problems in mental deficiency.* New York, Harper & Row, 1959.

Tymchuk, A. J. *Personality and sociocultural retardation. Exceptional Children, 38* (9): 721-8, 1972.

Windholz, M. H. *Rorschach em crianças.* São Paulo, Vetor, 1969. v. 1 e 2.