

# CONSTRUIR RESILIÊNCIA A BRINCAR: HISTÓRIA DE UM MENINO QUE DEIXOU DE PODER USAR AS ASAS

## Caso clínico de terapia de jogo centrada na criança na abordagem de experiências adversas na infância

---

Filipa Martins Silva <sup>1</sup>

Teresa Sá <sup>1</sup>

Patrícia Magalhães <sup>1</sup>

Vânia Martins <sup>2</sup>

### RESUMO

*As experiências adversas na infância têm consequências deletérias imediatas e a longo prazo ao nível da saúde e bem-estar do indivíduo. A Terapia de Jogo Centrada na Criança (TJCC) tem sido descrita como uma intervenção eficaz nestas crianças. Neste contexto, apresentamos um caso clínico de intervenção com TJCC numa criança com múltiplas experiências adversas (nomeadamente ausência de pai, violência doméstica, perda de cuidadores de referência e emigração), condicionadoras de um quadro de importante sofrimento emocional e dificuldades comportamentais. A intervenção teve um impacto positivo, favorecendo um desenvolvimento interno, que se refletiu externamente numa clara melhoria da capacidade de regulação emocional e comportamental da criança. Em suma, este caso alerta os profissionais de saúde mental para o benefício da intervenção precoce através de TJCC no cuidar do sofrimento e promoção de resiliência, em casos de múltiplas experiências adversas na infância.*

*Palavras-chave:* Experiências adversas na infância, Terapia de jogo centrada na criança, Intervenção precoce, Emigração.

<sup>1</sup> Interna de Formação Específica em Pedopsiquiatria; Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.

<sup>2</sup> Médica Especialista em Pedopsiquiatria; Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar Universitário do Porto.

## INTRODUÇÃO

As experiências adversas na infância, na literatura inglesa descritas como *adverse childhood experiences (ACEs)*, podem ser definidas como experiências traumáticas que ocorrem na infância, incluindo categorias como abuso físico, sexual e emocional, negligência emocional e física, doença mental, abuso de substâncias, separação/divórcio e prisão parental, violência doméstica, institucionalização, entre outros<sup>1-2</sup>. A evidência tem demonstrado que estas experiências têm efeitos deletérios profundos, a longo prazo, com um incremento substancial de problemas de saúde física e mental, comportamentos aditivos, criminalidade e dificuldades no relacionamento interpessoal<sup>1-3</sup>. A investigação sobre as consequências das ACEs tem sido conduzida maioritariamente na idade adulta, havendo menos estudos a explorar os seus efeitos durante a própria infância. Ainda assim, a evidência disponível sugere que as crianças exibem consequências deletérias durante e imediatamente após os eventos adversos, apresentando consideravelmente mais problemas de comportamento, desregulação emocional e dificuldades de aprendizagem<sup>3-5</sup>.

A Terapia de Jogo Centrada na Criança (TJCC) tem sido descrita como uma intervenção eficaz em crianças com história de experiências adversas<sup>6-9</sup>. A TJCC insere-se num grupo de abordagens psicoterapêuticas mais abrangente, denominado Terapias de Jogo (TJ), que se caracteriza pelo uso de interações sistemáticas sob a forma de jogo, no contexto de uma relação terapêutica, de modo a promover, na criança, a resolução de problemas socioemocionais e um desenvolvimento mais saudável. Dentro das TJ, existem abordagens diretivas e estruturadas, em que o terapeuta assume um papel ativo e condutor no jogo da criança, providenciando estrutura, direção e, por vezes, interpretação (um exemplo é a TJ Cognitivo-Comportamental, embora outras abordagens possam também ser aqui incluídas). Estas contrastam com a TJCC, uma abordagem não diretiva, em que o terapeuta tem uma postura essencialmente de suporte, permitindo à criança autodirigir-se<sup>10</sup>. De acordo com a teoria da TJCC, desenvolvida por Virginia Axline<sup>11</sup> com base na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers<sup>12</sup>, a capacidade de auto-atualização da criança, necessária ao crescimento e mudança, permite-lhe, se provida de um ambiente seguro, atingir o seu potencial máximo<sup>13</sup>. Por outras palavras, a ideia central da TJCC é a de que a criança tem uma capacidade inata para resolver os problemas que experiencia, desde que apoiada por uma atmosfera de segurança e estrutura que lhe permita explorar e compreender-se<sup>10</sup>. A TJCC visa, assim, criar um espaço seguro para a criança, onde esta pode ser ouvida e compreendida<sup>11</sup>. Uma vez que as crianças não comunicam do mesmo modo que os adultos,

estando a sua linguagem ainda em desenvolvimento, o jogo permite que usem os brinquedos como método principal de comunicação. No entanto, é a segurança da relação entre a criança e o terapeuta que permite que a comunicação ocorra<sup>14</sup>. Para isso, a atuação do terapeuta deve consubstanciar três atitudes que constituem as condições necessárias à criação de uma relação potenciadora de mudança construtiva, à luz da teoria centrada na pessoa: a congruência, a compreensão empática e o olhar positivo incondicional<sup>14</sup>. Adicionalmente, as respostas do terapeuta devem permitir à criança assumir o comando da relação, que é, por si, o facilitador da mudança<sup>11</sup>. Assim, enquanto a criança guia e lidera o jogo, o terapeuta deve trabalhar ativamente na construção e manutenção da relação terapêutica<sup>14</sup>, através da qual a criança edifica uma maior aceitação e uma maior compreensão de si própria, ficando, então, capaz para mudar e crescer<sup>13</sup>. Axline desenvolveu oito princípios basilares que devem guiar o processo da TJCC<sup>11</sup>, indicados no Quadro 1.

## Quadro 1

### *Princípios orientadores da terapia de jogo centrada na criança*<sup>11</sup>

---

- 1) O terapeuta deve desenvolver uma interação afável e acolhedora com a criança, de modo a estabelecer uma relação empática, assim que possível.
  - 2) O terapeuta aceita a criança exatamente como ela é.
  - 3) O terapeuta estabelece um sentimento de permissividade na relação, de modo a que a criança se sinta livre para expressar os seus sentimentos por completo.
  - 4) O terapeuta está alerta para reconhecer os sentimentos que a criança expressa e reflete esses sentimentos de volta para ela, de modo a favorecer o *insight* da criança sobre o seu comportamento.
  - 5) O terapeuta mantém um profundo respeito pela capacidade de a criança resolver os seus próprios problemas, se lhe for dada a oportunidade para tal. A responsabilidade de fazer opções e instituir a mudança é da criança.
  - 6) O terapeuta não procura, de nenhuma forma, direcionar as ações ou discurso da criança. A criança assume a liderança; o terapeuta segue-a.
  - 7) O terapeuta não tenta apressar a terapia, reconhecendo que é um processo gradual.
  - 8) O terapeuta estabelece apenas as limitações que são necessárias para ancorar a terapia ao mundo da realidade e tornar a criança consciente da sua responsabilidade na relação.
- 

Neste contexto, apresenta-se um caso clínico que pretende fazer refletir sobre o impacto de uma miríade de fatores de stress psicossociais e ambientais no desenvolvimento psicoafectivo numa idade precoce, assim como o potencial de intervenção com TJCC.

## CASO CLÍNICO

*Era uma vez um menino que nasceu sem asas. Foi para o Brasil e aí, crescidas estas estruturas, aprendeu a voar. Porém, voltou a Portugal e, vê-se agora, de asas atadas, impedido de voar.*

*Esta é a história de uma odisseia assaz precoce para um Ulisses ainda em construção. Mas esta não é a história dessa construção. Antes, esta história conta como, laborando em alicerces relacionais, se desconstruiu esse Ulisses idealizado para, nesse entretanto, se encontrar um menino ferido. Esta é a história dessa reparação, através do brincar, num esforço constante pela resiliência.*

O J. é um menino em idade pré-escolar, referenciado à consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário do Porto pelo médico de família, por alterações do comportamento. À data da primeira consulta, tinha quatro anos e dez meses e vinha acompanhado pela mãe.

Segundo a mãe, o J. nasceu quando a mãe, à data com 19 anos, estava a morar em Lisboa, com a avó materna. O pai do J. não terá assumido a paternidade. Aos 17 meses, o J., a mãe, a avó materna e o companheiro desta mudaram-se para o Brasil. Passado meio ano, a mãe e o J. foram viver com o companheiro da mãe, com quem esta, entretanto, tinha estabelecido uma relação, da qual teve dois filhos. No entanto, a mãe relata uma história de violência doméstica, com agressões físicas, por parte deste companheiro, dirigidas quer à mãe, quer ao J. A mãe conta que o J. ficava muito assustado e não conseguia dormir à noite. Descreve, ainda, que quando o companheiro chegava a casa, o J. ficava com muito medo e “*punha-se num canto a balancear com a cabeça*” (sic). Além disso, notou-o progressivamente mais irritável e “*explosivo*” (sic). Segundo conta, quando fazia frente ao companheiro, este ameaçava os filhos, especialmente o J. A mãe terá pensado em fazer queixa às autoridades, mas por estar ilegal, receava que lhe retirassem as crianças, pelo que esta situação se manteve durante dois anos. A mãe acabou por regressar a Portugal com o J. e o filho mais novo (2 anos), tendo o outro filho (3 anos) ficado ao cuidado do pai do ex-companheiro (a mãe justifica esta ação dizendo que não teria possibilidade de sustentar os três filhos). No Brasil, ficaram também a avó materna, o seu companheiro e os seus dois filhos (uma menina com 7 e um jovem com 19 anos), com os quais o J. tem ainda uma ligação afetiva importante.

Assim, aos quatro anos e seis meses, o J mudou-se para casa do avô materno, no Porto, onde moram também a companheira do avô e a sogra do avô, duas tias maternas (filhas do avô materno e da companheira, com 12 e 5 anos) e o filho da companheira do avô (15 anos). Desde essa altura, o menino

apresentava um padrão comportamental pautado por grandes oscilações: *“Passa de um estado em que está muito bem e calmo, para momentos em que explode, fica muito irritado, bate nele próprio e, às vezes, nos adultos que lá estão”* (sic). A mãe reconhece ter muita dificuldade em lidar com estes comportamentos, verbalizando *“mesmo não querendo ceder, acabo por fazer aquilo que J. quer para ele não se auto-agredir”* (sic). Dois meses depois de terem chegado a Portugal, a mãe começou a trabalhar, evento que terá despoletado vários medos no J. (nomeadamente do escuro e de estar sozinho numa divisão da casa, tendo deixado de ser autónomo no sono), assim como episódios de enurese (noturna e diurna). À observação na primeira consulta, o menino apresenta, globalmente, uma postura muito inibida.

Após a primeira consulta, é proposta uma intervenção por TJCC, à luz dos princípios previamente descritos, com sessões semanais individuais. No final de cada sessão, é feita uma entrevista com a mãe. Na *1ª sessão*, o J. apresenta-se inicialmente inibido, necessitando da companhia da mãe. Fica, no entanto, gradualmente mais à vontade, com jogos motores. Posteriormente, explora com prazer os brinquedos disponíveis, exibindo preferência por duas figuras: *“o gorila e o jacaré”* (sic). Acaba por aceitar tranquilamente ficar a brincar a sós com a terapeuta. No final, a mãe refere que o J. mantém comportamentos de autoagressão e agressão a familiares. Na *2ª sessão*, O J. já aceita entrar sozinho, procurando, de imediato, *“o gorila e o jacaré”*. Mais à frente, encontra uma pistola e simula dar um tiro, dizendo:

J: *Matei-te!*

T (Terapeuta): *Mataste quem?*

J: *A cadeira. Estava a arder e isto é uma pistola de água.*

Accede, posteriormente, a brincar com uma família de bonecos simulando uma história, na qual, na hora de dormir, o pai e o bebé ficaram na sala, a mãe num quarto e o filho no telhado. A mãe nega novos episódios de autoagressão, embora o J. mantenha o padrão de irritabilidade.

Nas *3ª e 4ª sessões*, o J. apresenta-se notoriamente mais sorridente e espontâneo. Mantém a sua preferência pelos *“gorila e jacaré”*, exibindo, também, diferentes momentos de luta entre duas personagens novas: *“a cobra e o homem forte”* (sic), que finalizam com o homem a matar a cobra. A dada altura, depois de explorar o cesto dos brinquedos, pega em duas formas geométricas, que coloca no dorso.

T: *São umas asas?*

J: *Sim!*

T: *Vais voar com as asas?*

J: *A mãe não deixa... (E dispersa para outra atividade.)*

A mãe refere que o J. tem estado mais calmo. No entanto, verbaliza preocupação com a “*dependência*” que tem da mãe (chora na separação e, na presença da mãe, parece ficar mais “*agitado*”, sempre a solicitar a sua atenção, sendo, por vezes, agressivo com ela).

Na 5ª sessão, destaca-se o momento em que constrói um carro com legos, dizendo:

J: *É um supercarro!*

T: *Qual é o superpoder do carro?*

J: *Voa. Quando eu morava no Brasil, também voava.*

T: *Ai sim? E voavas como?*

J: *Tinha umas asas, era como uma águia.* (Não elabora mais, começando a construir outro carro.)

Nesta fase, a mãe informa que o J. já não exhibe comportamentos de auto ou heteroagressividade, embora mantenha birras ocasionais, que a mãe percebe como normativas. Além disso, está mais autónomo (incluindo no sono), tolerando bastante melhor a separação da mãe.

Sucedem-se uma interrupção não programada de cerca de dois meses no acompanhamento psicoterapêutico, por efeitos cumulativos de faltas da criança por doença aguda, mudança de instalações do serviço hospitalar e ausência temporária da terapeuta. Em consulta de reavaliação, embora mantenha algumas melhorias, constata-se ainda baixa tolerância à frustração, tendo períodos de heteroagressividade dirigida sobretudo à mãe. À observação, denota-se maior inibição e menos prazer, quer no jogo, quer na relação. Nesta altura, decide-se retomar acompanhamento psicoterapêutico com sessões de jogo.

Nos primeiros momentos após a interrupção, o J. mostra-se mais desorganizado, sendo o seu jogo essencialmente caracterizado por construir e destruir torres. Ainda assim, mostra-se muito contente quando descobre os seus familiares “*gorila e jacaré*”. Da 1ª à 3ª sessões, destaca-se o momento em que diz espontaneamente:

J: *Vou de férias para outro país.*

T: *Qual país?*

J: *O Brasil. No Brasil era azul, verde e havia venda... (...) O Brasil é a minha casa. (...) Tive que vir para este país porque alguém levou eles.*

T: *Quem?*

J: *Ninguém...*

Neste alinhamento, transcreve-se outro segmento:

J: *No Brasil eu peguei numa casa grande! (...)*

T: *Ah, tinhas superpoderes!*

J: *Sim, mas aqui já não tenho!*

Paralelamente, salienta-se um discurso do J. pautado por frases como: “*Eu consigo, já tenho 5 anos! (...) Eu consigo arrumar rápido! (...) Fiz esta casa mesmo rápido! (...) Sou o Hulk! Não... Sou o homem aranha com músculos!*”.

Em entrevista com a mãe, esta fala um pouco mais sobre a vida do J. no Brasil: “*O J. era muito livre, andava na rua muito à vontade, descalço, havia muita relva. Só tinha escola das 7h às 11h30m (...) Havia uma “venda” (supermercado) ao lado de casa e o J. ia lá muitas vezes. Brincava muito com a tia da idade dele...*” (sic). Nesta fase, trabalha-se com a mãe a necessidade de “criar boas memórias” em Portugal, notando-se um esforço importante da mãe nesse sentido (sobretudo com atividades lúdicas em família).

Nas 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> sessões, o J. mostra-se, desde o início, mais sorridente. Destaca-se o momento em que o J. faz uma construção com legos, que diz ser uma “*máquina que dá tiros*” (sic), pelo que a terapeuta pergunta:

T: *Para quê?*

J: *Para matar...*

T: *E quem é que vais matar?*

J: *A minha mãe...*

T: *Queres matar a mãe?*

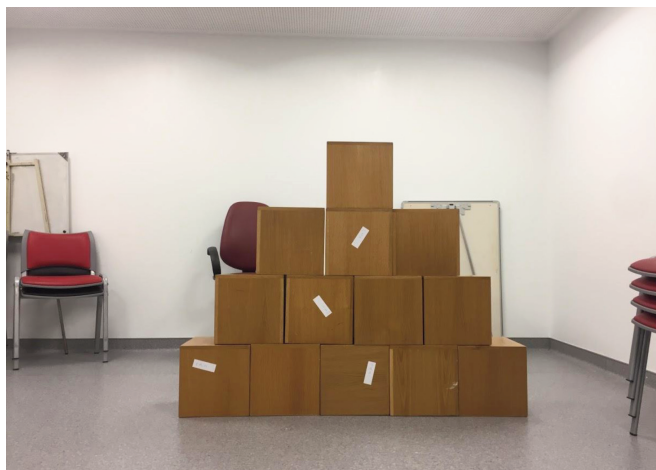
J: (a sorrir): *Eu já a matei... E agora queria dar-lhe um beijinho.*

Adicionalmente, constrói um castelo com uns brinquedos que já conhece (Figura 1), mas, depois, aproxima-se de uns cubos de madeira, com os quais diz querer fazer um castelo maior. Embora a terapeuta o ajude, o J. tenta fazê-lo sozinho, dizendo “*É pesado, mas eu consigo!*”. Quando completa a construção (Figura 2), sobe-a, dizendo: “*Eu sou o rei! E sou muito alto, até consigo tocar no teto!*”. Nas 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> sessões, mantém-se globalmente bem-disposto. Pede para desenhar um coração que quer entregar à mãe. Quer novamente construir um castelo, mas está claramente mais recetivo à ajuda da terapeuta. Além disso, quando fazem um jogo de lançamento de bola para um cesto, que já haviam feito em sessão, o J. verbaliza: “*Eu sou bom neste jogo, mas às vezes falho...*”.

Por ter faltado às sessões seguintes, foi apenas possível reavaliar o menino passado três semanas. Nessa altura, a mãe informa que o J. tem estado muito mais calmo, negando comportamentos de agressividade. Refere, ainda, que está mais capaz de expressar e regular as suas emoções, assim como de aceitar limites. A mãe nota-o também mais conformado e tranquilo em relação ao Brasil, dizendo, agora, que tem duas casas, uma no Brasil e outra cá, mas que agora a casa dele é aqui. À observação, o J. está sorridente e espontâneo, explorando com à vontade o espaço e os brinquedos. Nas reavaliações, um e quatro meses depois, o estado do J. é sobreponível.



*Figura 1.* O primeiro castelo



*Figura 2.* O castelo maior

## DISCUSSÃO

Em crianças com experiências de vida adversas há, geralmente, um padrão emocional intenso e caracteristicamente negativo<sup>14</sup>. Além disso, uma vez que a percepção que a criança tem do mundo é filtrada pela negatividade das suas experiências prévias, estas emoções surgem, muitas vezes, aparentemente desligadas da realidade do momento<sup>15</sup>. Através de investigação qualitativa,



Moustakas<sup>15</sup> identificou quatro estádios de mudança, durante o processo terapêutico em sessões de jogo com estas crianças, que conduzem a uma melhoria do funcionamento. À medida que a criança recebe e internaliza esperança, aceitação e respeito, a relação com o terapeuta é fortalecida e a criança progride através dos estádios. Embora haja mudanças significativas desde o início, isso pode não ser imediatamente perceptível fora da sala de jogo<sup>15</sup>.

No *primeiro estádio*, predominam na criança emoções negativas difusas, que esta expressa através do seu jogo. Como suprarreferido, a criança já não conecta as suas emoções negativas e frustrações às pessoas que originalmente as provocaram, surgindo estas de modo ampliado, generalizado e facilmente despertável. A criança apresenta-se geralmente assustada, zangada, ou inibida, sem focar as suas emoções em nenhuma pessoa ou experiência<sup>15</sup>. No caso do J., este primeiro estádio manifestou-se, em sessão, por uma grande inibição e por um jogo que era maioritariamente caracterizado por lutas indiscriminadas, entre diversos elementos. Neste estádio, segundo a mãe, o J. mantinha uma grande irritabilidade e comportamentos agressivos auto e heterodirigidos, com familiares.

Durante o *segundo estádio*, a criança passa a expressar as emoções negativas de modo direcionado, tipicamente a pessoas ou experiências particulares. Neste estádio, a criança pode focar as agressões em membros da família ou no terapeuta, ao atacar, condenar ou ameaçá-lo durante o jogo<sup>15</sup>. No caso do J., durante este estádio, ainda que o jogo continuasse a ser essencialmente de lutas, estas eram mais organizadas, havendo elementos e desfechos definidos. Além disso, passou a verbalizar mais, denotando-se que começava a focalizar as emoções negativas na mudança do Brasil para Portugal, que parecia associar à figura materna [*Quando eu morava no Brasil, também voava (...). Tinha umas asas, era como uma águia.*]; quando a terapeuta pergunta se vai voar com umas asas que coloca, o J responde [*A mãe não deixa...*]. Paralelamente, a mãe refere que, embora esteja globalmente mais calmo, passou a dirigir a sua agressividade sobretudo a ela.

No *terceiro estádio*, surge a ambivalência, e a criança deixa de exibir emoções completamente negativas. Assiste-se, no jogo, a um flutuar entre emoções negativas e ambivalentes<sup>15</sup>. Neste estádio, o J. exibiu emoções negativas mais claramente definidas que nos estádios anteriores, patentes num discurso mais elaborado sobre o Brasil, em que se começou a permitir aceder, por momentos, à tristeza advinda dessa perda. No entanto, demonstra-se ainda ambivalente no que toca à elaboração desse sofrimento, estando pouco recetivo à ajuda do outro, sobreidentificando-se com super-heróis e dizendo repetidamente que consegue fazer sozinho. O movimento ambivalência revela-se, também, quando

o J. diz querer matar a mãe, para logo de seguida dizer que já a matou e lhe quer dar um beijinho. A mãe referiu que o J. estava mais calmo, já sem comportamentos agressivos, tendo aderido à sugestão de criar momentos de prazer em família, no dia-a-dia do J. em Portugal.

No *estádio final*, emergem as emoções claramente positivas, isto é, separadas das negativas. A criança consegue ver-se a si própria e às suas relações de modo mais realista, pelo que, quer emoções positivas, quer negativas, surgem de modo bem definido, adequado e consistente<sup>15</sup>. Neste estágio, o J. esteve globalmente bem-disposto em sessão, constatando-se, sobretudo, uma maior capacidade de reconhecer e aceitar a ajuda da terapeuta, sem desconforto associado. Em relação à situação do Brasil, parece ter sido capaz de aceitar, elaborar e integrar a perda, tendo-se permitido investir emocionalmente na “casa em Portugal”, sem negar a ligação ao que ficou no Brasil. Além disso, segundo a mãe, estava calmo e capaz de expressar e regular as suas emoções.

Além do trabalho individual com a criança através do jogo, foi efetuada paralelamente uma intervenção com a mãe, de modo a melhorar o ambiente sistémico da criança, otimizando o progresso terapêutico. Efetivamente, a intervenção com TJCC preconiza também a realização de consultas com os pais, de modo regular e consistente, devendo integrar cinco componentes principais: (1) criar e manter a relação terapêutica com os pais; (2) demonstrar sensibilidade e compreensão ao escutar e responder; (3) reconhecer os pais como os *experts* em relação aos seus filhos; (4) providenciar conhecimentos/informações pertinentes; (5) trabalhar competências parentais de modo terapêutico<sup>16</sup>.

## CONCLUSÃO

Este trabalho ilustra o impacto positivo de uma abordagem com Terapia de Jogo Centrada na Criança num caso de múltiplas experiências adversas na infância, nomeadamente ausência de pai, violência doméstica, perda de cuidadores de referência e emigração. A intervenção em terapia de jogo permitiu à criança iniciar um processo de auto-atualização, auxiliando-a na construção de autoaceitação e autoconfiança. Este desenvolvimento interno refletiu-se, externamente, numa clara melhoria da sua capacidade de regulação emocional e comportamental. O processo terapêutico parece ter ocorrido de acordo com os estádios previamente descritos relativos à terapia de jogo, movendo-se de reações negativas difusas para uma expressão emocional integrada e discriminada. A relação entre a criança e a terapeuta parece ter

proporcionado uma experiência reparadora para esta criança, cujas relações primárias foram vulnerabilizadas por experiências adversas precoces. Assim, esta história convida à reflexão sobre o modo como nós, profissionais de saúde mental, podemos, e devemos, intervir, concorrendo para o cuidar do sofrimento e para a edificação de resiliência.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14, 245-258.
- <sup>2</sup> Wade, R., Jr., Cronholm, P. F., Fein, J. A., Forke, C. M., Davis, M. B., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M., & Bair-Merritt, M. H. (2016). Household and community-level Adverse Childhood Experiences and adult health outcomes in a diverse urban population. *Child Abuse Negl*, 52, 135-145.
- <sup>3</sup> Clarkson Freeman, P. A. (2014). Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35, 544-554.
- <sup>4</sup> Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse Negl*, 35, 408-413.
- <sup>5</sup> Escueta, M., Whetten, K., Ostermann, J., O'Donnell, K., & Positive Outcomes for Orphans Research Team. (2014). Adverse childhood experiences, psychosocial well-being and cognitive development among orphans and abandoned children in five low income countries. *BMC Int Health Hum Rights*, 14, 6.
- <sup>6</sup> Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7, 17-36.
- <sup>7</sup> Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12, 7-30.
- <sup>8</sup> Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21, 57-73.
- <sup>9</sup> Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenko, Y., & Jones, L. D. (2013). Head start early mental health intervention: Effects of child-centered play therapy on disruptive behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 22, 28-42.
- <sup>10</sup> VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York: The Guilford Press.
- <sup>11</sup> Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York: Ballantine Books.

- 12 Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- 13 Ray, D. C. (2011). *Advanced play therapy: Essential conditions, knowledge, and skills for child practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- 14 Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. New York: Routledge.
- 15 Moustakas, C. E. (1953). *Children in play therapy: A key to understanding normal and disturbed emotions*. New York: McGraw-Hill.
- 16 Schottelkorb, A. A., Swan, K. L., & Ogawa, Y. (2015). Parent consultation in child-centered play therapy: A model for research and practice. *International Journal of Play Therapy*, 24, 221-233.

## ABSTRACT

*Adverse childhood experiences have immediate and long-term deleterious consequences for the individual's health and well-being. Child-Centred Play Therapy (CCPT) has been described as an effective intervention in these children. In this context, we present a clinical case of an intervention with CCPT in a child with multiple adverse experiences (namely fatherlessness, domestic violence, loss of primary caregivers and emigration), conditioning a situation of important emotional suffering and behavioural difficulties. The intervention had a positive impact, favouring internal development, which was reflected externally in a clear improvement in the child's emotional and behavioural regulation ability. To sum up, this case alerts mental health professionals to the benefit of early intervention through CCPT for caring and resilience promotion, in cases of multiple adverse childhood experiences.*

*Key words:* Adverse childhood experiences, Child-centred play therapy, Early intervention, Emigration.