

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de pesquisa: Estados psicopatológicos e abordagens psicoterápicas

Catiane Pinheiro da Rosa

**Intervenções do Terapeuta no Processo de Psicoterapia Psicodinâmica de uma
Criança com Sintomas Externalizantes**

Orientadora

Prof.^a Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires

Coorientadora

Prof.^a Dra. Marina Bento Gastaud

São Leopoldo, janeiro de 2017.

CATIANE PINHEIRO DA ROSA

**Intervenções do Terapeuta no Processo de Psicoterapia Psicodinâmica de uma
Criança com Sintomas Externalizantes**

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Vera Regina Röhnelt Ramires

Coorientadora

Prof.^aDr.^a Marina Bento Gastaud

São Leopoldo, janeiro de 2017.

R788i Rosa, Catiane Pinheiro da.
Intervenções do terapeuta no processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes / por Catiane Pinheiro da Rosa. -- São Leopoldo, 2017.

68 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes: revisão narrativa; Intervenções da terapeuta no processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2017.
Área de concentração: Psicologia clínica.
Linha de pesquisa: Estados psicopatológicos e abordagens psicoterápicas.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires ; Coorientação: Prof^a. Dr^a. Marina Bento Gastaud, Escola de Saúde.

1.Psicanálise infantil. 2.Psicologia clínica infantil. 3.Psicoterapia infantil. 4.Psicoterapia psicodinâmica. 5.Distúrbio de conduta em crianças. 6.Transtorno desafiador e opositivo em crianças. I.Ramires, Vera Regina Röhnelt. II.Gastaud, Marina Bento. III.Título.

CDU 159.964.2-053.2
159.922.7
615.851-053.2

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

Agradecimentos

Gostaria de prestar alguns agradecimentos a algumas pessoas que foram essenciais para a realização desse trabalho.

Agradeço a Deus pela dádiva da vida e a oportunidade de aprender;

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vera Regina Röhnelt Ramires, pelas orientações e pela disponibilidade em compartilhar seu vasto conhecimento. Agradeço todos os apontamentos que estimularam a desenvolver meu potencial e buscar pelo meu melhor;

A minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Marina Bento Gastaud, pelas orientações e disponibilidade para pensar junto. Agradeço pela sensibilidade, ao olhar e avaliar minhas construções, e pelas palavras de estímulo que renovaram meu desejo de continuar;

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, Cibele Carvalho, Fernanda M. D. Schmidt, Maiara C. de Freitas e Guilherme P. Fiorini, os quais auxiliaram na avaliação das sessões de psicoterapia. Em especial, a minha colega e amiga, Caroline de Oliveira pela parceria e auxílio ao longo de todo o trabalho;

À terapeuta, que aceitou participar da pesquisa, bem como o paciente e seus pais, que permitiram a filmagem e análise de todo o processo psicoterapêutico;

Meu agradecimento especial aos meus pais, Altivo e Joana, os quais me incentivaram, me apoiaram e sonharam junto comigo. Agradeço imensamente por sempre acreditaram no meu potencial e nunca me deixarem desistir ou desanimar. Sem o apoio deles, certamente, não teria alcançado esse objetivo. Posso dividir todo o mérito desse trabalho a esse casal que amo infinitamente;

Ao meu irmão, Cristian, pelo carinho de sempre;

Aos amigos e familiares que, de alguma forma, estiveram me incentivando e apoiando para a realização desse trabalho.

SUMÁRIO

Introdução da Dissertação	8
Seção 1: Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças com Sintomas Externalizantes:	
Revisão Narrativa	11
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	12
Crianças com Sintomas Externalizantes em Psicoterapia	16
Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças com Sintomas Externalizantes	17
Considerações Finais	26
Referências	27
Seção 2: Intervenções da Terapeuta no Processo de Psicoterapia Psicodinâmica de uma Criança com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor	34
Resumo	34
Abstract	35
Introdução	35
Método	39
Delineamento	39
Participantes	39
Instrumentos	39
Procedimento de Coleta de Dados	41
Procedimento de Análise dos Dados	42
Descrição do Caso.....	42
Resultados	44

Intervenções da Terapeuta	46
Discussão	48
Considerações Finais	53
Referências	54
Considerações Finais da Dissertação	61
Referências	63
Apêndice A – Resolução 039/2012	66
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis pela criança	67
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o psicoterapeuta	68

Intervenções do Terapeuta no Processo de Psicoterapia Psicodinâmica de uma Criança com Sintomas Externalizantes

Resumo

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo a análise do processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes, dando ênfase às intervenções utilizadas. Em um primeiro momento, foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes, com o intuito de identificar as pesquisas já realizadas e investigar quais as contribuições dessa modalidade de psicoterapia no atendimento a essa demanda. Posteriormente, foi realizada uma análise do processo terapêutico de uma criança com sintomas externalizantes, buscando identificar as principais intervenções da terapeuta. Foi realizado um estudo com delineamento misto de pesquisa, longitudinal e descritivo, que adotou o procedimento de estudo de caso sistemático. Os participantes do estudo foram uma criança com sintomas externalizantes, e a sua terapeuta. Foram utilizados o procedimento *Child Psychotherapy Q-Set (CPQ)* e o relato da terapeuta sobre suas percepções da criança e do tratamento. Constatou-se que a psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes pode requerer o uso de intervenções suportivas e expressivas, bem como a flexibilização da técnica com relação as intervenções de diferentes abordagens teóricas. A postura empática e afetivamente engajada da terapeuta pode também ser importante para o desfecho do tratamento.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica; psicoterapia com crianças; sintomas externalizantes; pesquisa de processo.

Therapist's Interventions during the Psychodynamic Psychotherapy of a Child with Externalizing Symptoms

Abstract

This dissertation aimed at analyzing the process of psychodynamic psychotherapy of a child with externalizing symptoms, especially the interventions adopted. At first, a narrative review of the literature on the psychodynamic psychotherapy of children with externalizing symptoms was carried out, in order to identify the contributions of this modality of psychotherapy. Secondly, the therapeutic process of a child with externalizing symptoms was analyzed, in an empirical study, identifying the main interventions of the therapist. A longitudinal, descriptive research design was carried out, adopting the systematic case study procedure. The study's participants were a child with externalizing symptoms, and his therapist. The Child Psychotherapy Q-Set (CPQ) procedure and the therapist's report on her perceptions about the child and the treatment were used. It was found that psychodynamic psychotherapy with children with externalizing symptoms may require the use of supportive and expressive interventions, as well as a technical flexibility, integrating different theoretical approaches. The empathic and affectively engaged posture of the therapist may also be important for treatment outcome.

Keywords: psychodynamic psychotherapy; psychotherapy with children; externalizing symptoms; process research.

Introdução da Dissertação

Esta dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, mais precisamente na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas”, está inserida em um projeto maior denominado “Estruturas de interação na psicoterapia psicodinâmica de crianças”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Vera Regina Röhnelt Ramires, que visa investigar a psicoterapia psicanalítica de crianças. Esta dissertação teve como objetivo principal descrever e analisar o processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes, buscando identificar e analisar as principais intervenções da terapeuta. O referencial teórico utilizado foi a teoria psicanalítica, mais precisamente a teoria das relações objetais.

A dissertação é composta por um artigo de revisão da literatura, intitulado “Psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes: Revisão narrativa”, que teve como objetivo identificar as pesquisas já realizadas nessa área e investigar quais as contribuições dessa modalidade de psicoterapia no atendimento a essa demanda; e um artigo empírico, intitulado “Intervenções da terapeuta no processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor”, que buscou identificar e analisar as principais intervenções da terapeuta no processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com sintomas externalizantes.

Nesse sentido, sabe-se que diferentes variáveis podem interferir no processo e nos resultados da psicoterapia psicodinâmica (Férrandez, Mella, & Vinet, 2009; Winkler, Cáceres, Férrandez, & Sanhueza, 1989), bem como que o psicoterapeuta e as intervenções utilizadas podem influenciar significativamente o processo, podendo prever o resultado do tratamento (Beutler et al., 2004; Ceitlin, Wiethaeuper, &

Goldfeld, 2003; Fernández et al., 2009; Gabbard & Westen, 2003; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). Com relação às pesquisas sobre as intervenções terapêuticas utilizadas em psicoterapia psicodinâmica, sabe-se que, embora existam muitos estudos com adultos, as pesquisas empíricas sobre a relação entre intervenções utilizadas e resultado em psicoterapia com crianças são escassas (Shirk & Burwell, 2010).

Na psicoterapia psicodinâmica com crianças, o terapeuta poderá intervir utilizando intervenções suportivas e expressivas, diante de dificuldades de desenvolvimento, padrões relacionais não-adaptativos ou conflitos internos da criança (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [AACAP], 2012; Shirk & Burwell, 2010). Além disso, o uso de intervenções expressivas ou de apoio depende do desenvolvimento egoico da criança, o que requer a avaliação do terapeuta. O tratamento com crianças com sintomas externalizantes (Achenbach, 1991) pode distanciar-se da abordagem psicodinâmica clássica ou daquelas utilizadas para crianças mais integradas e reflexivas. O uso de intervenções suportivas e expressivas pode contribuir para reforçar as funções egoicas da criança (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992). A interpretação de defesas pode ser igualmente importante para promover a tomada de consciência de comportamentos disfuncionais, já que essas crianças tendem a utilizar mecanismos de defesas muito regressivos (Hoffman, Rice, & Prout, 2015; Prout, Gaines, Gerber, Rice, & Hoffman, 2015).

Ademais, há a necessidade preeminente de desenvolver mais pesquisas sobre a psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes, considerando principalmente a escassez de estudos nessa área (Farmer, Compton, Burns, & Robertson, 2002). Soma-se a isso o fato de que essas crianças podem impor também alguns desafios à prática clínica, como por exemplo, essas crianças podem ser mais resistentes à abordagem psicodinâmica clássica, voltada para o *insight* (Palmer,

Nascimento, & Fonagy, 2013), apresentam mais dificuldades para se engajar (Midgley & Kennedy, 2011) e são de difícil tratamento (Kernberg & Chazan, 1992). O transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH), por sua vez, caracteriza-se principalmente pelos sintomas externalizantes, como as explosões recorrentes de raiva, causando prejuízos funcionais, como perturbação na família e nas relações com os pares, bem como no desempenho escolar (*American Psychiatric Association* [APA], 2014; Stringaris & Taylor, 2015).

Nesse sentido, o interesse por esse assunto ocorreu devido à necessidade de aprimorar a prática clínica com essas crianças, principalmente com relação às intervenções utilizadas pelo terapeuta. Sabe-se que as crianças com sintomas externalizantes são de difícil tratamento e podem impor desafios à prática clínica, denotando a importância de desenvolver estudos aprofundados do processo terapêutico, que contemplem especificidades do tratamento e que possam atender às necessidades dessas crianças. Dessa forma, espera-se que essa dissertação de mestrado possa elucidar especificidades da psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes, dando ênfase às intervenções do terapeuta e como podem contribuir para a evolução da criança no tratamento.

Seção 1:

Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças com Sintomas Externalizantes: Revisão

Narrativa

Resumo

Os problemas de comportamento externalizante ou disruptivo, como a conduta desafiadora e a agressividade, são frequentes na população infantil e têm repercussões importantes no desenvolvimento. Esse estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa de pesquisas sobre a psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes, com o intuito de identificar as pesquisas já realizadas e investigar quais as contribuições dessa modalidade de psicoterapia no atendimento a essa demanda. Foram buscados livros e artigos científicos que abordassem os principais aspectos do tratamento que contribuem para a melhora dessas crianças. Verificou-se que a psicoterapia psicodinâmica pode ser benéfica nesses casos. A postura empática do terapeuta, a delimitação de regras e limites, e intervenções de clarificação e interpretação podem ser relevantes no tratamento. Contudo, constatou-se uma escassez de pesquisas em psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes e a necessidade preeminente de mais investigações na área.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica; psicoterapia de crianças; sintomas externalizantes.

Psychodynamic Psychotherapy of Children with Externalizing Symptoms: Review Narrative

Abstract

The externalizing or disruptive behavior problems, such as challenging behavior and aggression, are common in children and have important repercussions on the development. This study aimed at carrying out a narrative review on psychodynamic psychotherapy of children with externalizing symptoms, in order to identify the contributions of psychodynamic psychotherapy in meeting that demand. Books and scientific papers discussing the main aspects of treatment were reviewed. It was found that psychodynamic psychotherapy can be beneficial in such cases. The empathic attitude of the therapist, the definition of rules and limits, and interventions of clarification and interpretation may be relevant in treatment. However, there was a shortage of research in psychodynamic psychotherapy with children with externalizing symptoms and the pre-eminent need for more research in this area.

Keywords: psychodynamic psychotherapy; child psychotherapy; externalizing symptoms.

Introdução

As desordens de comportamento externalizante ou disruptivo são caracterizadas por padrões sintomáticos, identificados pela conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta-agressividade, dirigida a pessoas ou animais, e ao comportamento transgressor mais direcionado ao outro (Achenbach, 1991; Vinocur & Pereira, 2011). O termo externalizante foi designado por Achenbach (1991) e inclui crianças e adultos,

que caracterizam um grupo de distúrbios desinibitórios que levam a formas exteriorizadas de expressão da angústia, o que pode causar prejuízos externos para a pessoa e consequências variáveis para a sociedade, como comportamento antissocial e outros (Krueger & South, 2009).

Os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta incluem o transtorno de oposição desafiante, o transtorno explosivo intermitente, o transtorno da conduta, o transtorno da personalidade antissocial, a piromania, a cleptomania, outro transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta especificado e transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta não especificado (APA, 2014). Esses transtornos são caracterizados por problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos, e pela violação dos direitos dos outros e envolvimento conflitante com normas sociais ou figuras de autoridade (APA, 2014; Krueger & South, 2009).

As crianças com sintomas externalizantes¹ apresentam déficits do ego em várias áreas, como funcionamento cognitivo, atenção, controle do impulso, julgamento, modulação do afeto, linguagem e tolerância à frustração (Kernberg & Chazan, 1992). Além disso, apresentam deficiências nas estruturas básicas da personalidade e nos relacionamentos. Exibem também baixo desempenho escolar, indicando um mau prognóstico, como comorbidades com transtornos psiquiátricos e problemas acadêmicos e de comportamento antissocial na adolescência ou na fase adulta (D'Abreu & Marturano, 2010; Farmer, 1993; Masten et al., 2005); presença de disfunções em habilidades sociais, cognitivas e na regulação emocional (Nowak, Gaweda, Jelonek, & Janas-Kozik, 2013); e ocorrência de sintomas internalizantes, como ansiedade e depressão, e queixas somáticas (Borsa, Souza, & Bandeira, 2011).

¹Optou-se pelo uso do termo “sintomas externalizantes” pelo caráter dinâmico das desordens de comportamento externalizante e disruptivo, que incluem não somente comportamentos, mas uma gama de outras manifestações.

Os transtornos disruptivos, do controle do impulso e da conduta são mais frequentes no sexo masculino e iniciam na infância ou adolescência (APA, 2014). Além disso, estudos com crianças brasileiras, atendidas em clínicas-escola, apontaram que dificuldades de aprendizagem e comportamentos agressivos foram os principais motivos de encaminhamento para atendimento clínico, sendo esse último presente em diversas faixas etárias (Wielewicki, 2011). Com relação às crianças residentes no sul do país, um estudo com pais, mães e responsáveis por crianças em idade escolar, constatou predominância de comportamentos agressivos, seguidos de problemas de ansiedade/depressão e queixas somáticas (Borsa et al., 2011). Os transtornos mentais mais relatados em serviços de saúde mental, também em cidades gaúchas, foram o transtorno por déficit de atenção e comportamento disruptivo, seguido de transtorno de ansiedade e aprendizagem (Delvan, Portes, Cunha, Menezes, & Legal, 2010).

Os fatores preditores são amplamente estudados na literatura e abrangem muitos aspectos como fatores socioeconômicos (Assis, Avanci, & Oliveira, 2009; Borsa et al., 2011) fatores psicossociais, como a exposição a maus-tratos (Ramires, Passarini, Flores, & Santos, 2009); fatores relacionados ao contexto familiar, como comportamento parental inconsistente e altos índices de adversidade familiar (Campbell, 1995; Campbell, Pierce, Moore, Marakovitz, & Newby, 1996; Ferrioli, Marturano, & Puntel, 2007), fatores genéticos (Assis et al., 2009), entre outros. Esses fatores podem estar direta ou indiretamente relacionados ao repertório de comportamentos dos pais (Borsa et al., 2011).

O tratamento para crianças com sintomas externalizantes pode abranger diversas abordagens teóricas e modalidades. Pode incluir o treinamento de pais; intervenções comunitárias e clínicas, abrangendo algumas abordagens, entre elas, a terapia sistêmica, a cognitivo-comportamental e a psicanálise; programas de prevenção para crianças e

professores, com treino de habilidades sociais e resolução de problemas em escolas; e tratamento farmacológico (Bryant, Vizzard, Willoughby, & Kupersmidt, 1999; Burke, Loeber, & Birmaher, 2002; Farmer, Compton, Burns, & Robertson, 2002). O treinamento para pais possui uma base de evidências bem estabelecida para crianças jovens com sintomas externalizantes (Webster-Stratton, 1989, 1990). Além disso, os tratamentos mais predominantes são o treinamento de pais e abordagens cognitivo-comportamentais (Bryant et al., 1999; Loeber, Burke, & Pardini, 2009).

A psicoterapia psicodinâmica possui evidências que dão suporte ao uso dessa modalidade psicoterápica para crianças com problemas internalizantes e externalizantes (Palmer, Nascimento, & Fonagy, 2013). Contudo, há escassez de estudos que abordam seu uso com crianças apenas com sintomas externalizantes (Farmer et al., 2002) e que atendam ao rigor científico para pesquisas de eficácia e efetividade. Destacam-se os trabalhos de Fonagy e Target (1994) e Eresund (2007), acerca da psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes e que comprovam a efetividade de seus resultados.

Contudo, a escassez de evidências científicas que atestam a eficácia ou efetividade da psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes não significa a ineficiência desse tratamento, mas denota a necessidade preeminente de investigações na área. Ademais, em decorrência da demanda por intervenções rápidas e de baixo custo, a psicoterapia psicodinâmica dificilmente é considerada como uma opção realista (Eresund, 2007). Desse modo, é necessário desenvolver mais estudos sobre a psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes, buscando ampliar a base de evidências e identificar quais as principais contribuições dessa modalidade no tratamento dessas crianças. Assim, esse artigo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa de estudos sobre a psicoterapia psicodinâmica de crianças

com sintomas externalizantes, buscando identificar estudos já realizados e as principais contribuições dessa abordagem para crianças com essa sintomatologia. Foram consultados os portais EBSCO e CAPES, utilizando-se os descritores: “psychodynamic psychotherapy”, “psychoanalytic psychotherapy”, “child”, “disruptive disorders” e “externalizing symptoms”, de forma isolada e/ou combinada. As recuperações não foram sistemáticas, e novos artigos foram buscados a partir daqueles inicialmente revisados. Foram excluídos todos os artigos que não contemplavam a psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes. Também foram consultados livros que abordavam o tema da psicoterapia ou psicanálise de crianças.

Crianças com Sintomas Externalizantes em Psicoterapia

As crianças com sintomas externalizantes são trazidas com frequência para atendimento clínico, pois apresentam, muitas vezes, comportamentos exacerbados e com impacto nos relacionamentos (Achenbach & Howell, 1993; Kazdin, 2003; Vinocur & Pereira, 2011). Essas crianças tendem a externalizar a culpa pelas consequências negativas de seu comportamento, responsabilizando outras pessoas e as próprias circunstâncias da situação; sua autoestima é baixa, pois não reconhecem o resultado de seus esforços; as brincadeiras tendem a ser concretas, repetitivas, sem criatividade e agressivas (Edelbrock & Achenbach, 1980; Puig-Antich, 1982).

Elas costumam internalizar imagens parentais negativas, associando sentimentos como raiva, hostilidade, ansiedade e imagens de *self* negativas, o que pode gerar um autoconceito negativo com baixa autoestima. Os sintomas se mantêm, pois essas representações introjetadas do *self* são projetadas para o mundo externo e, em decorrência disso, há uma percepção distorcida das outras pessoas; a criança tem receio de que interações frustrantes e não-gratificantes que vivencia possam se repetir; tendem

a se expressar por meio da ação, ao invés do uso da linguagem para compartilhar experiências ou para expressar sentimentos. Além disso, podem apresentar um padrão de apego inseguro com as pessoas responsáveis por seu cuidado, que são percebidas como incapazes de oferecer apoio e ajuda (Kernberg & Chazan, 1992).

Ademais, apresentam mais dificuldades para se engajar no tratamento e há interrupções mais frequentes (Fonagy & Target, 1994; Midgley & Kennedy, 2011). Podem ser mais resistentes à abordagem psicodinâmica clássica, voltada para o *insight*, e são de difícil tratamento (Kernberg & Chazan, 1992; Palmer et al., 2013). Nesse sentido, essas crianças podem apresentar inúmeros desafios à prática clínica, principalmente à clínica psicanalítica. Desse modo, percebe-se a necessidade de desenvolver mais pesquisas e investigar como a psicoterapia psicodinâmica pode corresponder às especificidades do tratamento de crianças com sintomas externalizantes, atendendo adequadamente a essa demanda.

Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças com Sintomas Externalizantes

A psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica com crianças tem como referência os trabalhos pioneiros desenvolvidos por Anna Freud (1971) e Melanie Klein (1981), que inauguraram a prática clínica psicanalítica com crianças. A ênfase nos primeiros anos de vida como estruturantes da personalidade e o interesse pela relação diádica da mãe com seu bebê originaram a teoria das relações de objeto precoces, representada por Klein e pós-kleinianos como Bion, Winnicott e Fairbairn (Bleichmar & Bleichmar, 1992). Nesse sentido, a teoria das relações objetais possui diferentes vertentes que embasam o trabalho analítico. A psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes, por sua vez, requer uma abordagem que contemple particularidades do

atendimento a essas crianças, principalmente a resistência a abordagens orientadas unicamente para a o *insight*.

A teoria das relações objetais possui algumas diferenças na técnica psicanalítica, pois alguns autores e algumas abordagens privilegiam a interpretação e obtenção de *insight*, enquanto outros enfatizam a relação terapeuta e paciente. Para Klein (1981), por exemplo, a técnica estava baseada na relação transferencial e na interpretação das fantasias inconscientes, ansiedades e defesas. Já para autores pós-kleinianos como Winnicott, o vínculo com o terapeuta e sua conduta eram enfatizadas, dando lugar a novas experiências no processo analítico (Bleichmar & Bleichmar, 1992; Winnicott, 1983). Nesse sentido, percebe-se que Winnicott difere de Klein, com relação à técnica, à medida que valoriza o enquadramento da análise, como facilitador na obtenção de um novo sentimento de *self*, ao contrário da ênfase na associação livre e interpretação da transferência proposta por Klein.

A teoria winnicottiana entende que a regressão pode permitir ao paciente reviver o fracasso ambiental e superá-lo, por meio de um *setting* terapêutico que forneça um clima emocional de confiança e sustentação, tal como uma mãe, e que promova uma nova evolução dos processos individuais que não se desenvolveram adequadamente (Bleichmar & Bleichmar, 1992; Winnicott, 1983, 1985; Zavaschi, Bassols, Bergmann, & Mardini, 2015). A tendência antissocial, por exemplo, pode ser encontrada em qualquer criança, o que exige um envolvimento do terapeuta com as pulsões inconscientes da criança, e principalmente, a tolerância e compreensão de todas essas manifestações (Winnicott, 1999). Assim, esse modelo teórico pode-se constituir como uma alternativa eficaz no tratamento de crianças com sintomas externalizantes, visto que propõe o estabelecimento de um espaço emocional favorável no *setting* terapêutico, promovendo não apenas a interpretação e compreensão de padrões relacionais com os

objetos primários, mas também a vivência de um novo padrão, que auxilie na superação dos modelos conflitivos.

Nesse sentido, na tentativa de aprimorar a prática clínica com crianças com sintomas externalizantes, Kernberg e Chazan (1992) desenvolveram a psicoterapia lúdica expressiva de apoio (PLEA), baseada na teoria psicanalítica do ego e das relações objetais. A PLEA abrange um *continuum* de intervenções expressivas e de apoio, e tem como objetivo o reforçamento do ego da criança por meio do relacionamento com o terapeuta, que deverá manter a neutralidade diante do comportamento da criança, bem como propiciará o aprofundamento da experiência da criança para favorecer a emergência de novas percepções de si mesmo e dos outros. Entende-se que as crianças com transtornos de comportamento apresentam perturbações nos relacionamentos interpessoais e nas suas representações internas, devido aos impulsos agressivos que não foram suficientemente processados. Assim, há a necessidade de reestruturar a experiência de vida da criança e suas representações internas subjacentes ao seu comportamento.

Na PLEA, o objetivo do tratamento é fazer com que as brincadeiras satisfaçam as necessidades de gratificação e comunicação da criança, e por meio do jogo, ela possa expressar seus sentimentos. O terapeuta deve apoiar e encorajar a atividade lúdica sublimatória para propiciar o acesso ao material inconsciente, e fomentar o entendimento das interações lúdicas. Além disso, as intervenções verbais do terapeuta recebem um enfoque especial e espera-se uma identificação da criança com o terapeuta mediante o uso da comunicação verbal, ao invés da ação. As intervenções verbais seguem uma sequência durante o tratamento e variam desde intervenções de apoio e facilitadoras, até interpretações sobre defesas e vivência de experiências passadas, as quais a criança não tem consciência.

Entre as pesquisas que comprovam a efetividade da psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes, destaca-se o estudo naturalístico realizado por Eresund (2007) com nove meninos com transtorno disruptivo, os quais receberam tratamento baseado nos pressupostos da PLEA. Os participantes foram diagnosticados com transtorno de oposição desafiante, tinham idades entre seis a dez anos e foram atendidos inicialmente duas vezes por semana e, após um ano e meio a dois anos, uma vez por semana. O tratamento durou aproximadamente dois anos e meio e após o término, os terapeutas e os pais perceberam melhoras no funcionamento social e emocional de todas as crianças, e os professores também relataram mudanças positivas na escola.

Como aspectos relevantes desses tratamentos, é possível destacar o trabalho conjunto com os pais; ênfase na construção de uma aliança sólida com a criança; incentivo na expressão de sentimentos e pensamentos; uso da clarificação e interpretação para ajudar a criança a tomar consciência de comportamentos disfuncionais; e trabalho conjunto com a escola (Eresund, 2007). Além disso, no tratamento, as intervenções facilitadoras foram as mais utilizadas e consistiam em intervenções verbais que se destinavam a ajudar a criança a tornar conscientes e expressar seus pensamentos e sentimentos, desenvolvendo uma postura reflexiva.

O foco na tomada de consciência dos comportamentos externalizantes pode ser especialmente importante, visto que essas crianças tendem a internalizar imagens parentais negativas e projetá-las para o mundo externo, agredindo as outras pessoas (Kernberg & Chazan, 1992). O estímulo à tomada de consciência de comportamentos permite que possam compreender como seu comportamento pode estar contribuindo na maneira pela qual são tratadas pelas pessoas e, conseqüentemente, propiciar a modificação dos seus padrões de interação.

A confrontação e a interpretação, por sua vez, podem auxiliar a criança a encontrar conexões entre comportamentos, sentimentos, ideias e atitudes conscientes com conteúdos inconscientes, e identificar a maneira pela qual defende-se de pensamentos e sentimentos inaceitáveis. Com isso, o terapeuta pode se afastar das representações projetivas negativas do *self* e de objeto, e promover a modificação e integração das imagens boas e más (Kernberg & Chazan, 1992). Contudo, o uso da interpretação no início do tratamento pode desencadear resistências nos pacientes, e ocasionar a interrupção do tratamento. Além disso, a falta de intervenções interpretativas e de esclarecimentos ao longo do tratamento pode impedir que a criança desenvolva sua capacidade reflexiva com mais êxito (Eresund, 2007).

No mesmo intuito de comprovar os benefícios da psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes, Fonagy e Target (1994) revisaram os prontuários de 135 crianças diagnosticadas com transtorno de oposição desafiante, déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta, que foram atendidas no Anna Freud Centre. Foram examinados os preditores de resultado do tratamento dessas crianças, que foram comparadas com aquelas que sofriam de outros distúrbios. Foi constatada melhora clinicamente significativa ou retorno ao funcionamento normal das crianças com sintomas externalizantes, com base na mudança de diagnóstico e na adaptação geral.

Entre os achados mais relevantes, destaca-se que entre as crianças em tratamento por mais de um ano, aquelas em tratamento intensivo mostraram melhora significativamente maior do que aquelas tratadas uma vez ou duas vezes por semana (Fonagy & Target, 1994). Os resultados do tratamento não intensivo podem ser maximizados se a criança for atendida intensivamente no início e reduzida a intensidade do tratamento após seis a 12 meses, período em que pode ocorrer o término precoce; e

crianças mais jovens podem obter mais resultados positivos com o tratamento, do que crianças mais velhas

Entre os benefícios que a psicoterapia psicodinâmica pode propiciar, a mudança no funcionamento global de uma criança com transtorno disruptivo também foi constatada, em estudo de caso único (Odhammar, Sundin, Jonson, & Carlberg, 2011). No estudo, a criança foi diagnosticada com transtorno de oposição desafiante, tinha oito anos de idade e o tratamento durou quinze meses, com frequência de uma vez por semana. Com o tratamento, foi constatada melhora significativa dos sintomas, e conseqüentemente melhora no funcionamento global. Como aspectos relevantes, pode-se destacar o estímulo à expressão de sentimentos e pensamentos, e a criação de novos modelos de funcionamento interno, sem o uso dependente de objetos externos para a afirmação imediata da criança.

O incentivo à expressão de sentimentos e pensamentos pela criança pode também favorecer o tratamento, à medida que a criança amplia seu registro emocional e compreende que sentimentos ambivalentes podem coexistir (Eresund, 2007; Odhammar et al., 2011). Essa questão é relevante, pois as crianças com sintomas externalizantes ou disruptivos têm dificuldades para compreender que os outros possuem motivações, características e preferências diferentes das suas próprias, mostrando uma tendência para atribuir aos outros seus próprios sentimentos e pensamentos e denotando falta de algumas habilidades sociais (Kernberg & Chazan, 1992).

O estudo de Henry (2010) também adotou o delineamento de estudo de caso único. Esse autor relatou o caso de um menino de nove anos com comportamento disruptivo, que apresentava predominantemente comportamento agressivo e brigas constantes com o pai. No tratamento, o terapeuta focou o estabelecimento de regras e limites no *setting* terapêutico, aliado a uma postura de continência e empatia pelos

conteúdos trazidos pela criança. A delimitação de regras e limites forneceu contornos para a agressividade do menino, de modo que pode haver uma expressão razoável de seus impulsos. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento e fortalecimento do ego, diminuiu o potencial de ansiedade e permitiu o estabelecimento de relacionamentos com vínculo mais seguro.

O estabelecimento de limites foi um aspecto importante no atendimento de outro caso descrito por Henry (2007). O paciente foi encaminhado para psicoterapia devido a comportamento disruptivo, como agressão física e falta de controle. Nesse caso, havia dificuldades dos pais na imposição de limites, sendo que a criança, ao receber um “não” da mãe, reagia com extrema agressividade, e ela reagia com gritos e, ocasionalmente, com agressão física. Além disso, o pai preferia se abster do cuidado do filho, delegando-o à mãe. No atendimento, o paciente fazia comentários humilhantes direcionados ao terapeuta, testava frequentemente as regras da terapia, agia com agressividade e expressava seu desejo de prejudicar o terapeuta. Para o autor, tais manifestações eram resultantes da identificação projetiva do menino. O terapeuta, por sua vez, permitiu a expressão da criança aliado a intervenções verbais que delimitavam seu comportamento agressivo, e utilizou a interpretação e clarificação para ajudá-lo a tomar consciência das motivações inconscientes que levavam ao comportamento disruptivo.

O estabelecimento de uma relação terapêutica sólida se mostrou relevante na psicoterapia de quatro crianças, com idades entre três e quatro anos, com comportamento antissocial (Rosenberg & Mueller, 1968). Os autores destacaram que o terapeuta deve propiciar a vivência de experiências emocionais corretivas, fornecendo à criança proteção e confiança no *setting* terapêutico, em contraste com o abuso físico e situações de negligência que essas crianças podem vivenciar no contexto familiar. O estabelecimento de limites é necessário no início do tratamento, o que pode reconfortar

a criança em vista do receio de perder o controle dos impulsos. É necessário também estimular o uso da comunicação verbal para expressar sentimentos e pensamentos, considerando que essas crianças utilizam prioritariamente a ação para se comunicar. Além disso, elas tendem a utilizar o jogo como descarga para suas emoções (Kernberg & Chazan, 1992).

Nesse sentido, o atendimento a crianças com sintomas externalizantes pode suscitar no terapeuta fortes sentimentos contratransferenciais, como a frustração e a raiva, e testar a sua capacidade para lidar com esses sentimentos (Henry, 2007). Winnicott já havia argumentado que o atendimento a pacientes difíceis, como psicóticos e antissociais, pode evocar no terapeuta sentimentos contratransferenciais como o ódio. Salientou também que o terapeuta deve demonstrar paciência e tolerância, como uma mãe dedicada ao filho, diante das expressões de ódio do paciente, e mencionou a importância do desenvolvimento pessoal do terapeuta no trabalho analítico, entendendo os sentimentos contratransferenciais como um processo normal do tratamento (Winnicott, 1994). Nesse aspecto, a capacidade do terapeuta em lidar com sentimentos contratransferenciais pode ser crucial no tratamento com essas crianças.

Com base nos pressupostos de Winnicott, o trabalho analítico exige do terapeuta uma preocupação com a criança e uma sensibilidade para perceber suas necessidades, abstendo-se de julgamentos ou críticas (Winnicott, 1983). Nesse aspecto, a empatia e o envolvimento do terapeuta com a criança talvez sejam pontos-chave do trabalho terapêutico, visto que crianças com sintomas externalizantes têm a expectativa de interações frustrantes e não-gratificantes, vivenciando um sentimento de desamparo e desvalorização (Kernberg & Chazan, 1992). Assim, o terapeuta tem a oportunidade de oferecer um *setting* propício para a vivência de novas experiências emocionais, permitindo a expressão da agressividade da criança, mas ao mesmo tempo, fornecendo

limites para seus impulsos. Além disso, há a oportunidade de oferecer à criança novas possibilidades de identificação, modificando suas representações do mundo interno.

Outra questão relevante no tratamento de pacientes com sintomas externalizantes é o atendimento aos pais. Sabe-se que a psicoterapia psicodinâmica com crianças sem o trabalho paralelo com pais pode ter comprometidos os seus resultados (Midgley & Kennedy, 2011). O tratamento para um dos genitores também pode tornar-se necessário, visto que a atenção à ansiedade materna, por exemplo, pode repercutir significativamente nas chances da criança se beneficiar com o tratamento (Fonagy & Target, 1994). Além disso, a participação dos pais no tratamento da criança pode estar associada com a mudança terapêutica, visto que em famílias que colocaram barreiras ao tratamento, como dificuldades de vir e seguir com os atendimentos, a mudança terapêutica foi menor do que naquelas famílias com menos barreiras (Kazdin & Whitley, 2006).

A inclusão dos pais no tratamento pode ocorrer com a participação em programas de treinamento parental. O programa desenvolvido por Kernberg e Chazan (1992) tem como objetivo aumentar os sentimentos de domínio dos pais com relação aos filhos com sintomas externalizantes, visando o desenvolvimento de vínculos seguros entre genitor e criança. Os pais recebem educação sobre maneiras efetivas de interação com seu filho ou filha, que inclui uma descrição geral sobre como ocorre o mau comportamento na família e treinamento para várias habilidades diferentes de atendimento parental. Nesse sentido, o treinamento pode propiciar uma identificação com os modos de interação do terapeuta, principalmente com relação à delimitação de limites. Além disso, o treinamento realizado simultaneamente ao atendimento da criança parece fortalecer o vínculo entre pais e filhos (Eresund, 2007).

Desse modo, percebe-se que a psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes possui particularidades que devem ser observadas. Com base nos achados das pesquisas, o tratamento desses casos requer a adaptação da técnica psicanalítica, de modo que atenda a demanda em suas especificidades. Percebe-se a necessidade de flexibilizar a técnica, adotando abordagens terapêuticas que contemplem particularidades, como por exemplo, dificuldades para identificar e expressar as próprias emoções, dificuldades na aquisição de *insights* e uso de mecanismos de defesa primitivos, *acting outs*, etc. É necessário, portanto, contemplar as particularidades da psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes, que permitam o atendimento em sua totalidade, com o atendimento paralelo dos pais.

Considerações Finais

A psicoterapia psicodinâmica com crianças é uma modalidade de atendimento psicoterápico baseada em evidências científicas que comprovam seus benefícios para o tratamento de sintomas internalizantes e externalizantes (Palmer et al., 2013). Contudo, observou-se que há poucos estudos disponíveis na literatura que comprovem especificamente a efetividade da psicoterapia psicodinâmica para crianças com sintomas externalizantes e que contemplem a singularidade do processo psicoterapêutico, apontando como as mudanças ocorrem e quais os componentes que contribuem para a melhora da criança.

Os estudos realizados, embora em número restrito, indicam que a psicoterapia psicodinâmica pode ser benéfica para crianças com sintomas externalizantes. Contudo, há desafios que se impõem à prática clínica e a necessidade de mais investigações, como por exemplo, investigar quais fatores podem contribuir para a obtenção de melhora no tratamento.

Conclui-se que a psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes exige tanto uma adaptação da técnica psicanalítica, quanto uma preparação do terapeuta para lidar com os desafios e as questões que se apresentam no *setting* clínico e que diferem do tratamento de crianças com outras patologias. Considera-se também que há a necessidade preeminente de mais pesquisas que sustentem uma base sólida de evidências científicas que comprovem os benefícios da psicoterapia psicodinâmica para essa população.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont; Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., & Howell, C. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13- year comparison. *Journal of American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1145-1154. doi: 10.1097/00004583-199311000-00006
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/DSM-5* (M. I. C. Nascimento et al. Trad.) (5th. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. V. C. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 92-100. doi: 10.1590/S0034-89102009000800014
- Bleichmar, N. M., & Bleichmar, C. L. (1992). *A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica* (F. F. Settineri Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia:*

Teoria e Prática, 13(2), 15-29. Retrieved from

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a02.pdf>.

Bryant, D., Vizzard, L. H., Willoughby, M., & Kupersmidt, J. (1999). A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education and Development*, 10 (1), 47-68. doi: 10.1207/s15566935eed1001_4

Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293. doi:

10.1097/01.CHI.0000024839.60748.E8

Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149. doi:

10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*,

8(4), 701-719. doi:10.1017/S0954579400007379

D'Abreu, L. C. F., & Marturano, E. M. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 43-51. doi: 10.1590/S1413-

294X2010000100006

Delvan, J. S., Portes, J. R. M., Cunha, M. P., Menezes, M., & Legal, E. J. (2010).

Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20(2), 228-237. Retrieved from

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/06.pdf>

- Edelbrock, C., & Achenbach, M. (1980). A typology of child behavior profile patterns: distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8(4), 441-470. doi: 10.1007/BF00916500
- Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 161-180. doi: 10.1080/00754170701431347
- Farmer, E. M. Z. (1993). Externalizing behavior in the life course: the transition from school to work. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 5(1), 179-188. doi: 10.1177/106342669300100306
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1267–1302. doi: 10.1037//0022-006X.70.6.1267
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259. doi: 10.1590/S0034-89102006005000017
- Fonagy, P., & Target M. (1994). The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 45–55. doi:10.1097/00004583-199401000-00007
- Freud, A. (1971). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Henry, C. (2007). Limit setting and projective identification in work with a provocative child and his parents: a revisiting of Winnicott's "Hate in the countertransference". *American Journal of psychotherapy*, 61(4), 441-457. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18251387>

- Henry, C. (2010). Aggression, containment, and treatment enactments in the psychodynamics of limit setting. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(2), 341-356. doi: 10.1521/jaap.2010.38.2.341
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-76. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145105
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for Children Referred for Disruptive Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 455-467. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.455.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento: manual de psicoterapia* (D. Batista Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M. (1981). *Psicanálise da criança*. (P. Civelli Trad.) (3rd ed.). São Paulo: Mestre Jou.
- Kruger, R. F., & South, S. C. (2009). Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39(12), 2061–2070. doi: 10.1017/S0033291709990328
- Loeber, R., Burke, J., & Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 133–142. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradovic, J., Riley, J. R., Boelcke-Stennes, K., & Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41(5), 733-746. doi: 10.1037/0012-1649.41.5.733

- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. doi: 10.1080/0075417X.2011.614738
- Nowak, M., Gaweda, A., Jelonek, I., & Janas-Kozik, M. (2013). The disruptive behavior disorders and the coexisting deficits in the context of theories describing family relations. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 15(1), 61-65. Retrieved from http://www.archivespp.pl/uploads/images/2013_15_1/61_Archives1_2013.pdf
- Odhammar, F., Sundin, E. C., Jonson, M., & Carlberg, G. (2011). Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279. doi: 10.1080/0075417X.2011.614744
- Palmer, R., Nascimento, L. N., & Fonagy, P. (2013). The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 149–214. doi: 10.1016/j.chc.2012.12.001.
- Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(2), 118-128. doi: 10.1016/S0002-7138(09)60910-9
- Ramires, V. R. R., Passarini, D. S., Flores, G. G., & Santos, L. G. (2009). Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-14. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v61n2/v61n2a12.pdf>
- Rosenberg, R. M., & Mueller, B. C. (1968). Preschool antisocial children: psychodynamic considerations and implications for treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7(3), 421-441. doi: 10.1097/00004583-196807000-00003

- Vinocur, E., & Pereira, H. V. F. S. (2011). Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. *Revista Hospital Pedro Ernesto*, UERJ, 10, 26-34.
Retrieved from http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=103
- Webster-Stratton, C. (1989). Systematic comparison of consumer satisfaction of three cost-effective parent training programs for conduct problem children. *Behavior Therapy*, 20(1), 103-115. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80121-2
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 479-492. doi: 10.1007/BF00911103
- Wielewicki, A. (2011). Problemas de comportamento infantil: importância e limitação de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. *Temas em Psicologia*, 19(2), 379- 389. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a03.pdf>
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1985). *A criança e seu mundo* (A. Cabral Trad.) (6th ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (1994). Hate in the counter-transference. *Journal of psychotherapy practice and research*, 3(4), 350-356. Retrieved from <http://www.josephmatta.com/Journal%20Club/Week%204/winnicott%20hate%20in%20the%20countertransference.pdf>
- Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência* (A. Cabral Trad.) (3rd ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zavaschi, M. L. S., Bassols, A. M. S., Bergmann, D. S., & Mardini, V. (2015). Abordagem Psicodinâmica na Infância. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, & S. S.

Schestatsky, *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos*
(pp.723-754) (3rd ed.). Porto Alegre: Artmed.

Seção 2:

Intervenções da Terapeuta no Processo de Psicoterapia Psicodinâmica de uma Criança com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor

Resumo

As desordens disruptivas constituem um desafio para a abordagem terapêutica psicodinâmica. Este estudo teve como foco analisar o processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH), buscando descrever e analisar as intervenções da terapeuta. O estudo teve delineamento misto, descritivo, longitudinal, adotando-se o procedimento de estudo de caso sistemático. Os participantes foram um menino de sete anos de idade e a sua terapeuta. Para o estudo do processo, foi utilizado o *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ) e o relato da terapeuta. Os resultados mostraram uma criança resistente e hostil, cujas sessões tinham conteúdos relevantes com relação aos seus conflitos. A terapeuta lançou mão de amplo espectro de intervenções, desde as psicodinâmicas e expressivas, até intervenções mais suportivas, ao longo de todo o tratamento. O estudo evidenciou que a psicoterapia com essas crianças pode requerer flexibilidade por parte do terapeuta, postura empática e afetivamente engajada.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica de crianças; intervenções psicoterapêuticas; processo terapêutico; problemas de conduta; estudo de caso.

Interventions of the Therapist in the Process of Psychodynamic Psychotherapy of a Child with Disruptive Mood Dysregulation Disorder

Abstract

Disruptive disorders present a challenge for the psychodynamic therapeutic approach. This study aimed at analyzing the psychodynamic psychotherapy process of a child with disruptive mood dysregulation disorder (TDDH), focusing on the therapist's interventions. The study had a mixed, descriptive, longitudinal design, adopting the systematic case study procedure. The participants were a seven-year-old boy and his therapist. For the study of the process, the Child Psychotherapy Q-set (CPQ) and the therapist's report were used. The results showed a resistant and hostile child, whose sessions had relevant contents regarding his child's conflicts. The therapist used a wide spectrum of interventions, ranging from psychodynamic and expressive, to more supportive interventions, throughout the treatment. The study showed that psychotherapy with these children requires the therapist's flexibility, empathic and affectively engaged posture.

Keywords: psychodynamic psychotherapy of children; psychotherapeutic interventions; therapeutic process; conduct problems; case study.

Introdução

O transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH) é caracterizado principalmente pela irritabilidade crônica grave, manifesta por explosões de raiva recorrentes (APA, 2014; Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2015). As explosões de raiva podem ser expressas pela linguagem (p. ex., violência verbal) e/ ou pelo comportamento

(p. ex., agressão física a pessoas ou propriedade) e são consideravelmente desproporcionais em intensidade e duração à situação ou provocação, e inconsistentes com o nível de desenvolvimento. Ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana. O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é percebido por outras pessoas. Ademais, as taxas de comorbidade são extremamente altas, manifestas por uma ampla gama de comportamentos disruptivos, e podem apresentar alguns prejuízos funcionais, como perturbação na família e nas relações com os pares, bem como no desempenho escolar (APA, 2014; Stringaris & Taylor, 2015).

As crianças com sintomas externalizantes ou disruptivos (Achenbach, 1991) podem utilizar o jogo para a descarga de emoções, demonstrando um prejuízo na capacidade para brincar de forma recíproca e limitando-se a temas concretos e repetitivos. Tendem a culpar os outros e as circunstâncias pelas consequências negativas do seu comportamento, apresentam falhas nas habilidades sociais e déficits do ego em várias áreas (Kernberg & Chazan, 1992). Além disso, podem apresentar prejuízos na capacidade de regulação emocional implícita, que é um dos mecanismos responsáveis pela regulação das emoções (Hoffman, Rice, & Prout, 2015; Rice & Hoffman, 2014). Podem ser mais resistentes à abordagem psicodinâmica clássica, voltada para o *insight* (Palmer, Nascimento, & Fonagy, 2013), pois apresentam mais dificuldades para se engajar na psicoterapia (Midgley & Kennedy, 2011) e são de difícil tratamento (Kernberg & Chazan, 1992). Além disso, são raras as pesquisas que dão ênfase à psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes (Farmer, Compton, Burns, & Robertson, 2002), percebendo-se escassez de pesquisas empíricas que investigam as intervenções utilizadas na psicoterapia com essas crianças, se comparadas com o tratamento para adultos (Shirk & Burwell, 2010).

Na psicoterapia psicodinâmica estudos apontam que tanto o psicoterapeuta em si como suas intervenções podem influenciar significativamente o processo psicoterapêutico, podendo prever o resultado do tratamento (Beutler et al., 2004; Ceitlin, Wiethaeuper, & Goldfeld, 2003; Fernández, Mella, & Vinet, 2009; Gabbard & Westen, 2003; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985; Peuker, Habigzang, Koller, & Araujo, 2009). As intervenções são procedimentos técnicos que visam a iniciar ou estimular as mudanças no paciente, e expressam o modelo teórico utilizado pelo terapeuta (Ceitlin et al., 2003). As intervenções comumente utilizadas na psicoterapia psicodinâmica consistem em um *continuum* que vai da expressividade, englobando algumas intervenções como a interpretação, a confrontação e a clarificação ao apoio, como o encorajamento para desenvolver, validação empática, elogio e aconselhamento (Gabbard, 2005, 2006; Luborsky, 1984).

Já na psicoterapia psicodinâmica com crianças, os tratamentos tendem a utilizar uma mescla de intervenções suportivas e expressivas, em que o terapeuta intervém frente a dificuldades de desenvolvimento, padrões relacionais não-adaptativos ou conflitos internos (AACAP, 2012; Shirk & Burwell, 2010). O uso de intervenções expressivas ou de apoio depende do desenvolvimento egoico da criança, sendo que o uso dessas intervenções poderá ser adaptado a cada paciente. Além disso, a postura não diretiva do terapeuta tende a estimular a autoexpressão e apropriação do processo psicoterapêutico pela criança (AACAP, 2012). Nesse sentido, o tratamento com crianças com sintomas externalizantes pode conter particularidades que podem distanciar-se da abordagem psicodinâmica clássica ou daquelas utilizadas para crianças mais integradas e reflexivas.

A psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes poderá ter como objetivo reforçar as funções egoicas mais prejudicadas do paciente, por meio

do relacionamento com o terapeuta que deverá esclarecer, confrontar e interpretar as experiências da criança para ampliar suas possibilidades de expressão de suas fantasias, sentimentos e pensamentos (Kernberg & Chazan, 1992). Ademais, a observação e interpretação da ansiedade e transferência negativa no início do tratamento não é priorizada, mas é dada ênfase para a transferência positiva para favorecer o estabelecimento da aliança terapêutica com essas crianças (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992). As intervenções suportivas podem estar presentes ao longo de todo o tratamento e são importantes para a construção de uma relação terapêutica sólida e o fortalecimento das funções do ego da criança.

As intervenções voltadas à interpretação de conteúdo inconsciente, como a interpretação de defesas, também podem ser importantes no tratamento, visto que essas crianças podem apresentar prejuízos na regulação emocional, expressas na dificuldade em obter um equilíbrio adaptativo entre seus desejos de gratificação imediata e domínio sobre seus impulsos (Hoffman et al, 2015; Rice & Hoffman, 2014). É importante que essas crianças possam desenvolver uma consciência de que as emoções dolorosas não precisam ser evitadas por meio do uso de mecanismos de defesas regressivos, mas que essas emoções podem ser dominadas (Prout, Gaines, Gerber, Rice, & Hoffman, 2015). Essas intervenções mais expressivas podem ampliar a consciência da criança sobre sua percepção distorcida da realidade, levando a um maior domínio das emoções e interações mais adaptativas com o ambiente (Hoffman et al., 2015).

Desse modo, entende-se que a psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes pode impor inúmeros desafios à prática clínica, e que as intervenções do terapeuta podem influenciar significativamente o processo psicoterapêutico. Com o intuito de identificar as intervenções utilizadas pela terapeuta e como elas poderiam ter contribuído para o tratamento, este estudo focalizou o processo

de psicoterapia de um menino diagnosticado com TDDH, buscando descrever e analisar as intervenções da terapeuta.

Método

Delineamento

Foi realizado um estudo com delineamento misto de pesquisa, longitudinal e descritivo, que adotou o procedimento do Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 2007). O ECS tem como objetivo a compreensão dos fatores que contribuem para a mudança no processo psicoterápico e os resultados das intervenções clínicas, com base no estudo sistemático e aprofundado do caso.

Participantes

Participaram deste estudo um paciente com TDDH e sua terapeuta. O paciente, chamado Walter (pseudônimo), tinha sete anos de idade no início da psicoterapia. Apresentava sintomas externalizantes. Os pais buscaram atendimento por queixas relacionadas a dificuldades de relacionamento na escola. A terapeuta é psicóloga e possuía 23 anos de experiência clínica quando a psicoterapia iniciou. Tinha especialização em psicoterapia psicodinâmica e Mestrado em Psicologia Clínica. Realizava supervisão clínica do caso em estudo.

Instrumentos

O estudo do processo terapêutico foi realizado utilizando-se o procedimento *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ), baseado no *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) (Jones, 2000) e desenvolvido por Schneider e Jones (Schneider, 2004; Schneider & Jones, 2006, 2012). O instrumento foi traduzido para o português brasileiro (Ramires

&Schneider, no prelo) e permite descrever clinicamente o processo de psicoterapia de crianças com idades entre 3 a 13 anos, proporcionando uma análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos (Schneider & Jones, 2006, 2012). Algumas pesquisas com crianças já foram realizadas utilizando o CPQ (Gastaud, Carvalho, Goodman, & Ramires, 2015; Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman, Midgley, & Schneider, 2015; Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini, & Goodman, 2015; Schneider, 2004; Schneider, Midgley, & Duncan, 2010).

O instrumento consiste em 100 itens com afirmações derivadas de uma revisão de literatura sobre psicoterapia de crianças, que incluiu tratamentos com base empírica e com abordagem psicanalítica, sendo panteórico (Schneider & Jones, 2006, 2012). Os itens são divididos em três subconjuntos que descrevem: 1) as atitudes, sentimentos, comportamentos ou experiências da criança; 2) as ações e atitudes do terapeuta; e 3) a natureza da interação paciente e terapeuta. Os 100 itens devem ser classificados em nove categorias que definem dois polos, os itens extremamente não característicos (pontuados entre 1 a 3) e os itens extremamente característicos (pontuados entre 7 a 9), além dos itens neutros que compõem as categorias intermediárias (pontuados entre 4 a 6). Cada categoria tem uma quantidade pré-determinada de itens, sendo uma pontuação ipsativa. Desse modo, o avaliador deve assistir ao vídeo de uma sessão de psicoterapia e elencar os itens mais ou menos característicos da sessão, e os itens neutros.

A validade e fidedignidade do CPQ têm sido constatadas em alguns estudos (Goodman et al., 2015; Schneider, Pruetzel-Thomas, & Midgley, 2009; Ramires & Schneider, no prelo). Foram demonstradas a validade discriminante (Schneider et al., 2009) e a fidedignidade entre avaliadores (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman, Edwards, & Chung, 2014; Ramires et al., 2015; Schneider, 2003, 2004; Schneider et al., 2010).

A análise quantitativa do processo foi complementada e discutida à luz de um relato solicitado à terapeuta sobre o paciente e sobre o tratamento. Este relato contém as principais impressões e percepções da terapeuta com relação ao paciente, ao tratamento e às suas intervenções e teve como objetivo identificar a percepção da terapeuta durante o processo psicoterápico, complementando as análises dos itens do CPQ com relação à terapeuta.

Procedimento de Coleta de Dados

Os pais procuraram psicoterapia para o filho, tendo sido realizada uma avaliação inicial da criança. Foram utilizados o instrumento *Child Behavior Checklist* (CBCL – Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência, Achenbach, 1991), hora do jogo, *anamnese* e entrevistas com os pais.

Uma vez constatada a indicação para psicoterapia e realizado seu contrato, a criança e os pais foram convidados a participar da pesquisa. A terapeuta havia sido previamente consultada e concordou em participar. Com a aceitação dos participantes para integrar o estudo e autorização da filmagem das sessões com a criança, o tratamento foi iniciado. O tratamento teve duração de 160 sessões, mais 25 entrevistas com os pais. As sessões tiveram duração de 50 minutos e inicialmente tinham frequência semanal, passando posteriormente para duas sessões semanais. Foram realizadas em consultório de psicologia equipado para o atendimento de crianças, com jogos e brinquedos disponíveis. O estudo foi analisado e aprovado por Comitê de Ética credenciado e aprovado, os participantes foram consultados e concordaram em participar do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A, B e C).

Procedimento de Análise dos Dados

Todas as sessões de psicoterapia foram assistidas e codificadas em ordem aleatória com o CPQ, por um grupo de juízes previamente treinados para utilizar o CPQ. Após assistir a cada sessão de maneira independente, duplas de juízes alocaram os itens do CPQ em nove categorias que compreendiam os itens menos característicos do processo psicoterapêutico (1 a 3), mais característicos (7 a 9) e os itens neutros (4 a 6). Cada item de cada sessão recebeu uma pontuação final, resultante da média das pontuações atribuídas pelos dois juízes. A confiabilidade inter-examinadores foi estabelecida pelo cálculo dos coeficientes de correlação intraclasse, obtendo alfas de Cronbach variando entre 0,61 e 0,89 (média 0,72, desvio padrão 0,06); nos casos de concordância abaixo do esperado, um terceiro avaliador analisou a mesma sessão.

Numa segunda etapa, todos os itens foram analisados em termos de tendência central e dispersão (média, desvio padrão e variação) para descrever globalmente o processo; foram descritos os 10 itens mais e menos característicos de todo o processo e todos os itens do terapeuta. Após essa descrição, os itens do terapeuta foram correlacionados com o número da sessão, a fim de verificar alterações das suas pontuações com a passagem do tempo (correlação de Pearson). Foram considerados significativos resultados com valor de $p \leq 0,05$. Estas análises foram realizadas utilizando o software SPSS 22.0.

Descrição do Caso

Walter foi diagnosticado com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH). Este diagnóstico foi estabelecido por meio das entrevistas com a criança e pais, e com o preenchimento do *Child Behavior Check-List* (CBCL). A pontuação do

paciente no CBCL antes de iniciar tratamento foi classificada como “clínica” quanto aos sintomas externalizantes, de acordo com a mãe.

O paciente, no ambiente escolar, não tinha amigos e já havia sofrido *bullying*. O menino era filho único e estava acima do peso. Sua mãe o descrevia como impulsivo, relatando que ao ficar bravo, explodia. No início do tratamento, o paciente apresentava comportamento infantil e regressivo. Em suas sessões, Walter manifestava comportamento dependente com relação à terapeuta, pedia para esta tirar seus sapatos ou casaco, ou ajudá-lo quando ia ao banheiro. Além disso, apresentava comportamentos dominantes em direção à terapeuta, dando ordens e fazendo uma série de solicitações.

Walter, em suas sessões, costumava expressar fortes sentimentos de irritação, comportamentos agressivos, explosões de raiva e mostrava resistência quando a terapeuta tentava explorá-los, atirando os objetos, brinquedos e bonecos no consultório. Também se recusava a explorar o conteúdo do brincar e permanecia em silêncio ou pedia aos gritos que a terapeuta parasse de falar, quando surgiam temáticas relacionadas à escola e a relacionamentos com os colegas. Costumava chegar nas sessões, abrir uma revistinha ou gibi, e ler durante a primeira parte da sessão.

Esta dificuldade em explorar sentimentos, principalmente agressividade e medo, manteve-se durante boa parte do tratamento. Ele parecia incapaz de lidar com esses momentos, pedia à terapeuta para parar de falar e se escondia debaixo de uma mesa ou atrás de uma cadeira. A terapeuta relatou sentimentos contratransferenciais de irritação e desânimo diante da resistência do menino, além de dúvidas sobre o quanto ela estava conseguindo ajudá-lo. Ela usou o referencial psicodinâmico, principalmente a teoria das relações objetais, bem como elementos da abordagem para crianças com transtornos de conduta (Kernberg & Chazan, 1992). A mesma terapeuta realizou

entrevistas periódicas de acompanhamento com os pais e mantinha contato com a escola.

No terceiro ano do tratamento, Walter mudou de escola e adaptou-se bem no novo ambiente, fez amigos e seu desempenho escolar melhorou. Quando a alta da psicoterapia começou a ser discutida, apresentou ansiedade de separação da terapeuta e alguns comportamentos regressivos retornaram, necessitando de tempo para que fossem trabalhados. No final do tratamento, havia consenso entre a terapeuta, o paciente e seus pais acerca da sua significativa evolução, superação das dificuldades e amadurecimento.

Resultados

A fim de contextualizar as intervenções da terapeuta neste caso, faz-se necessário apresentar alguns dados globais do processo (ou seja, da criança, da terapeuta e da relação entre eles durante o tratamento). A tabela 1 ilustra os itens mais e menos característicos deste processo terapêutico como um todo.

Tabela 1

Médias dos dez itens mais e dos dez itens menos característicos do processo terapêutico de Walter de acordo com o CPQ

Itens do CPQ mais característicos	Média	DP	Variação
31 - T solicita mais informação ou elaboração.	8,20	0,74	3 – 9
58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	7,71	1,67	2,5 – 9
88 - O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da C	7,52	0,76	5 – 9
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	7,48	0,73	5 – 9
23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.	7,26	1,29	1 – 9
77 - A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	7,17	1,06	4 – 9
6 - T é sensível aos sentimentos da C.	7,14	1,15	2 – 9
65 - T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da C.	7,01	0,83	5 – 9
42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações do T.	7,00	1,89	1,5 – 9
28 - T percebe acuradamente o processo terapêutico.	6,95	1,30	1,5 – 9

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Médias dos dez itens mais e dos dez itens menos característicos do processo terapêutico de Walter de acordo com o CPQ

Item do CPQ menos característicos	Média	DP	Variação
9 - T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	2,10	1,22	1 – 7,5
40 - C se comunica sem afeto.	2,28	1,30	1 – 9
17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	2,42	1,33	1 – 8
89 - T age para fortalecer as defesas existentes.	2,51	1,24	1 – 8
12 - T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	2,57	0,82	1 – 4,5
32 - C alcança uma nova compreensão ou insight.	2,57	1,42	1 – 7
5 - C tem dificuldade para compreender os comentários do T.	2,60	1,04	1 – 6
53 - C transmite consciência das próprias dificuldades internas.	2,60	1,65	1 – 8
78 - C é complacente.	2,80	1,35	1 – 6,5
18 - T é crítico e transmite falta de aceitação.	3,09	1,74	1 – 8,5

Nota: T – terapeuta; C – criança. Fonte: elaborado pela autora.

A criança, neste processo, pode ser descrita como, em média, resistente, ignorando ou rejeitando os comentários da terapeuta, exigente, com dificuldade de ter *insight* e de ter consciência das próprias dificuldades internas. Por outro lado, a criança se comunicava com afeto e parecia compreender bem a terapeuta (conforme itens 58, 42, 78, 32, 53 e 40 da tabela).

A terapeuta, em média, era confiante em si mesma, afetivamente engajada, não julgadora, percebia acuradamente o processo terapêutico, era sensível aos sentimentos da criança e agia de forma adequada ao seu nível de desenvolvimento. Caracterizou-se por uma atitude exploratória, clarificadora, reformulando as comunicações da criança, priorizando colocações ideativas ou interpretativas em detrimento à modulação de afetos. No geral, ela não estruturava as sessões, nem introduzia tópicos, e não agia para fortalecer defesas (conforme itens 86, 9, 18, 28, 6, 77, 31, 65, 12, 17 e 89 da tabela).

Apenas dois itens dos 20 que descreveram o processo dizem respeito à natureza da interação da díade, ao clima e à atmosfera do encontro. Em média, este processo foi

caracterizado por sessões com um tema ou foco específico, contendo materiais significativos e relevantes aos conflitos do paciente (conforme itens 23 e 88 da tabela).

Intervenções da Terapeuta

O foco deste estudo foi avaliar as ações e atitudes da terapeuta ao longo deste tratamento, tendo em vista o processo global descrito acima. A tabela 2 descreve todos os itens a respeito da terapeuta neste tratamento, ordenados pela sua média ao longo do processo. Além dos itens relativos à terapeuta descritos no processo global, também foi relevante sua atitude de encorajar a fala do paciente (item 3, média = 6,94), chamar a atenção para repetições na conduta da criança (item 62, média = 6,66) e para os seus sentimentos inaceitáveis (item 50, média = 6,65).

Tabela 2

Itens do processo de psicoterapia de Walter a respeito das ações e atitudes da terapeuta.

Itens do CPQ	Média	DP	Varição
31 – T solicita mais informação ou elaboração.	8,21	0,74	3 – 9
86 – T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	7,48	0,73	5 – 9
77 – A interação do T com a criança é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	7,17	1,06	4 – 9
6 – T é sensível aos sentimentos da criança.	7,14	1,15	2 – 9
65 – T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da criança.	7,01	0,83	5 – 9
28 – T percebe acuradamente o processo terapêutico.	6,96	1,30	1,5 – 9
3 – Os comentários do T visam a encorajar a fala da criança.	6,94	1,44	2 – 9
62 – T assinala um tema recorrente na experiência ou conduta da criança.	6,66	1,29	2,5 – 9
50 – T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela criança (ex. raiva, inveja ou excitação).	6,65	1,32	3 – 9
67 – T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes.	6,49	1,53	2 – 9
97 – T enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos.	6,49	1,13	2,5 – 9
82 – T ajuda a criança a manejar os sentimentos.	6,14	1,16	2,5 – 8,5
46 – T interpreta o significado do jogo da criança.	6,10	1,67	2 – 9
76 – T faz ligações entre sentimentos e experiências da criança.	6,00	1,48	1,5 – 8,5
2 – T comenta sobre o comportamento não verbal da criança (ex. postura corporal, gestos).	5,85	1,67	1 – 9
99 – T oferece ajuda ou orientação.	5,75	0,76	4 – 7,5
36 – T assinala o uso de defesas por parte da criança.	5,64	2,21	1,5 – 9
60 – T é protetor com relação à criança.	5,56	0,70	4,5 – 8

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Itens do processo de psicoterapia de Walter a respeito das ações e atitudes da terapeuta.

Itens do CPQ	Média	DP	Varição
48 – T coloca limites.	5,54	0,78	3,5 - 8
52 – T faz afirmações explícitas sobre o final da sessão, o próximo final de semana ou as férias.	5,52	0,77	3,5 – 8,5
79 – T comenta as mudanças no humor ou nas emoções da criança.	5,39	1,32	2,5 – 8,5
21 – T revela informações sobre si.	4,90	0,38	3 - 6
93 – T é neutro.	4,79	0,99	2,5 - 8
81 – T enfatiza sentimentos para ajudar a criança a experimentá-los mais profundamente.	4,72	1,27	1,5 – 8,5
43 – T sugere o significado do comportamento dos outros.	4,62	0,63	3 – 6,5
57 – T tenta modificar distorções nas crenças da criança.	4,45	1,26	1 – 8
55 – T recompensa diretamente comportamentos desejáveis.	4,40	1,20	1 - 8
66 – T é diretamente tranquilizador.	4,14	1,31	1 - 8
24 – Conflitos emocionais do T invadem o relacionamento.	4,03	0,98	1,5 – 7,5
100 – T faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos.	3,99	1,33	1,5 - 9
37 – T se comporta de uma maneira didática.	3,55	1,53	1 - 8
18 – T é crítico e transmite falta de aceitação.	3,09	1,74	1 – 8,5
12 – T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	2,57	0,82	1 – 4,5
89 – T age para fortalecer as defesas existentes.	2,51	1,24	1 - 8
17 – T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	2,42	1,33	1 - 8
9 – T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	2,10	1,22	1 – 7,5

Nota: T – terapeuta. Fonte: elaborado pela autora.

Como o desvio padrão e a variação das pontuações dos itens demonstram que as ações e atitudes da terapeuta oscilaram entre as sessões, buscou-se compreender o padrão desta variação ao longo do tempo. A tabela 3 descreve os itens da terapeuta cujas pontuações apresentaram correlação estatisticamente significativa com o tempo de tratamento, desconsiderando as correlações desprezíveis e fracas, conforme classificação proposta por Dancey e Reidy (2013): 0 – 0,3 (correlação desprezível), 0,3 – 0,5 (correlação fraca), 0,5 – 0,7 (correlação moderada), 0,7 – 0,9 (correlação forte), 0,9 – 1 (correlação muito forte). Portanto, em comparação com os outros itens do processo, com o passar do tempo de tratamento, a terapeuta intensificou a tentativa de modificar distorções nas crenças da criança, assumiu mais uma postura diretamente tranquilizadora, recompensou mais diretamente comportamentos desejáveis, assinalou

menos o uso de defesas por parte do paciente e seus comentários eram menos voltados a encorajar a fala da criança.

Tabela 3

Correlações significativas entre as pontuações dos itens da terapeuta e o tempo de tratamento

Item do terapeuta	Correlação de Pearson	p
Correlações positivas		
57 - T tenta modificar distorções nas crenças da criança.	r = 0,573	p < 0,001
66-T é diretamente tranqüilizador.	r = 0,556	p < 0,001
55 - T recompensa diretamente comportamentos desejáveis.	r = 0,522	p < 0,001
Correlações negativas		
36 - T assinala o uso de defesas por parte da criança.	r = -0,531	p < 0,001
3 - Os comentários do T visam a encorajar a fala da criança.	r = -0,468	p < 0,001

Nota: T – terapeuta. Fonte: elaborado pela autora.

Discussão

A análise do tratamento de Walter, por meio do CPQ e relato da terapeuta, permitiu uma compreensão detalhada do processo psicoterapêutico, principalmente das intervenções utilizadas pela terapeuta. O CPQ e o relato da terapeuta caracterizam Walter como uma criança muito resistente para examinar pensamentos e sentimentos, apresentando um comportamento agressivo e hostil, inclusive direcionado à terapeuta. Esses comportamentos são típicos de crianças com sintomas externalizantes, as quais apresentam dificuldades de relacionamento (APA, 2014), têm receio de que suas interações frustrantes e não-gratificantes possam se reproduzir no contato com o outro (Kernberg & Chazan, 1992) e tendem a pensar que o ambiente ou os outros são os culpados de suas dificuldades (Hoffman et al., 2015).

A terapeuta caracterizou-se por uma postura sensível aos sentimentos da criança, afetivamente engajada e não emitiu críticas ou julgamentos. Além disso, sua postura

diretamente tranquilizadora foi se intensificando com o passar do tempo. Esses dados permitem inferir que essa postura da terapeuta pode ter contribuído para fortalecer o vínculo na díade terapeuta/paciente e diminuir gradativamente a resistência do paciente. Entende-se que as respostas empáticas e o engajamento do terapeuta pelo sofrimento e dificuldades do paciente podem facilitar o envolvimento da criança na terapia (Barish, 2004), sendo que esse crescente vínculo entre paciente e terapeuta propicia a emergência de uma estrutura terapêutica, que permite a exploração da conflitiva da criança e a atividade criativa, e fornece uma base de apoio para as intervenções subsequentes (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992).

Nesse sentido, Winnicott (1983, 1985) propõe que o terapeuta deve oferecer um *setting* terapêutico que forneça um clima emocional de confiança e sustentação e que promova uma nova evolução dos processos individuais que não se desenvolveram adequadamente (*holding*). Em seu trabalho sobre o ódio na contratransferência, Winnicott (1994) propõe que o terapeuta deve ter uma postura calma e atenciosa frente ao ódio do paciente. No tratamento, a terapeuta relatou sentimentos contratransferenciais e dúvidas com relação à efetividade da psicoterapia. Contudo, pode-se pensar que a terapeuta conseguiu conter a contratransferência, frente à resistência e hostilidade do paciente, e impedir que esses sentimentos contratransferenciais pudessem inibir o andamento do processo. Além disso, pode-se sugerir que a postura afetivamente engajada e continente da terapeuta frente aos comportamentos de Walter foi um aspecto crucial para a adesão do paciente e continuidade do tratamento.

A terapeuta também demonstrou uma postura confiante e segura, percebendo acuradamente o processo terapêutico. Isso pode ser atribuído ao tempo significativo de sua experiência clínica. No tratamento de Walter, a terapeuta manteve uma postura

exploratória, preferiu colocações ideativas ou interpretativas e não introduziu novos tópicos ou estruturou as sessões, contribuindo para a livre expressão da criança (AACAP, 2012). As sessões de psicoterapia tiveram um foco específico e o material das mesmas foi relevante com relação aos conflitos da criança. Desse modo, as intervenções da terapeuta caracterizaram-se por intervenções psicodinâmicas, suportivas e expressivas.

As intervenções suportivas podem reforçar o ego da criança, por meio da experiência de ser acolhida com empatia, ser aprovada e incentivada pelo terapeuta. Isso permite a formação de um ego mais integrado, através da modificação de representações distorcidas dos pais ou cuidadores (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992). O diagnóstico de Walter contempla os prejuízos em várias funções do ego, principalmente a dificuldade para conter impulsos e tolerar a frustração, manifestas no comportamento agressivo, resistente e nas explosões de raiva. A terapeuta, por sua vez, foi sensível aos sentimentos da criança, manteve uma postura diretamente tranquilizadora e encorajava a fala da criança. Essas intervenções, bem como sua postura, podem ter contribuído com o tratamento, possivelmente pelo fato de que Walter se sentiu aceito e encorajado na psicoterapia, desfrutando de um ambiente propício para modificar suas representações de *self* distorcidas.

Por outro lado, as intervenções mais expressivas promovem a imersão da criança na sua experiência emocional, abordando conflitos intrapsíquicos ou problemas relacionais, e propiciam a resolução de conflitos inconscientes, memórias traumáticas, sentimentos, mecanismos de defesa mal-adaptativos ou distorções no relacionamento com o terapeuta (AACAP, 2012; Hoffman et al., 2015). Sabe-se que a mudança em psicoterapia com crianças decorre da repetição e elaboração de experiências vivenciadas em psicoterapia, em que o terapeuta intervém ao maior número de repetições de

expressões da criança, sejam elas dificuldades de desenvolvimento, padrões relacionais não-adaptativos ou conflitos internos (AACAP, 2012). No tratamento de Walter, a terapeuta sinalizava os conteúdos conscientes e inconscientes da conduta do paciente que eram trazidos na brincadeira e que tendiam a se repetir.

As clarificações visam ampliar a consciência da criança para conteúdos mais inconscientes e direcionar sua atenção para a possibilidade de encontrar novos significados em seus comentários, afeto, jogos e comportamentos não-verbais (AACAP, 2012). Consistem em estímulos para a auto-observação e autoavaliação da criança. Essas intervenções podem ser particularmente importantes se considerarmos que as crianças com sintomas externalizantes tendem a utilizar mecanismos de defesa que distorcem a realidade, como a negação e a projeção (Kernberg & Chazan, 1992). No tratamento de Walter, a terapeuta fez uso da clarificação para ampliar a consciência do menino com relação à sua percepção de si e dos outros, estimulando a exploração de seus sentimentos, pensamentos e emoções.

As intervenções do terapeuta também podem promover o desenvolvimento de uma compreensão (consciente ou inconsciente) do estado mental da criança, identificando e abordando os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente para evitar as emoções dolorosas (Hoffman et al., 2015; Prout et al., 2015; Rice & Hoffman, 2014). A criança poderá desenvolver uma consciência de que as emoções dolorosas não precisam ser evitadas, mas que podem ser conhecidas, compreendidas e controladas (Prout et al., 2015). Isso pode permitir um melhor autocontrole e domínio das emoções e interações mais adaptativas com o ambiente (Hoffman et al., 2015). No tratamento de Walter, a terapeuta não reforçou as defesas do paciente e utilizou intervenções expressivas para ajudar a criança a tomar consciência de comportamentos disfuncionais.

O assinalamento dos mecanismos de defesa utilizados por Walter foi uma intervenção mais presente no começo da psicoterapia, decaindo com o passar do tempo. Segundo o relato da terapeuta, Walter chegava muito resistente e defendido na psicoterapia (lia revistas, se recusava a conversar, responder perguntas e a falar de sentimentos e da sua vida). Pode-se argumentar que a terapeuta utilizou intervenções mais expressivas para estimular a adesão do paciente na psicoterapia psicodinâmica. Com o passar do tempo, essas intervenções expressivas foram se tornando menos necessárias e a terapeuta utilizou intervenções mais comportamentais. O uso de intervenções de diferentes abordagens teóricas também foi verificado em outros estudos de psicoterapia psicodinâmica com crianças (Gastaud et al., 2015; Goodman, et al., 2015) e pode-se inferir que a terapeuta flexibilizou a técnica para atender as necessidades da criança. O paciente, possivelmente, mostrou-se menos resistente e hostil com o passar do tempo, permitindo a alteração de distorções em crenças, elogios ou recompensas por comportamentos desejáveis.

A análise de todo o processo psicoterapêutico permitiu constatar que a terapeuta utilizou o amplo espectro de intervenções psicodinâmicas, desde as suportivas até as intervenções expressivas. As intervenções suportivas, bem como a postura empática e a sensibilidade da terapeuta com relação aos sentimentos e pensamentos da criança, podem ter propiciado a emergência de um *setting* clínico favorável à exploração dos conflitos internos, padrões relacionais não-adaptativos e outras dificuldades de desenvolvimento. As intervenções expressivas, como a clarificação, a interpretação e o assinalamento de defesas, podem ter favorecido a tomada de consciência da criança desses conflitos e dificuldades. As intervenções psicodinâmicas, de modo geral, podem ter contribuído para ampliar a capacidade de brincar da criança e direcionar seus

comportamentos de *acting out* para a dimensão dos símbolos e da linguagem verbal (Kernberg & Chazan, 1992).

A psicoterapia psicodinâmica pode beneficiar as crianças com sintomas externalizantes, porém, pode impor desafios para a prática clínica. O atendimento a essas crianças pode requerer do terapeuta um engajamento empático e uma atitude não julgadora, frente a comportamentos agressivos e hostis da criança. Faz-se necessário propiciar um *setting* terapêutico de livre expressão de sentimentos, pensamentos e comportamentos para que o terapeuta possa intervir. O sentimento de aceitação da criança pelo terapeuta pode ser crucial ao tratamento, e favorecer a adesão a psicoterapia. No caso de Walter, ele aderiu à psicoterapia, pois o tratamento teve continuidade (alta depois de 160 sessões, cerca de 44 meses de psicoterapia) e a alta foi consentida pelos pais, os quais relataram progressos ao término da psicoterapia.

Considerações Finais

As intervenções utilizadas pelo terapeuta podem influenciar significativamente o processo psicoterapêutico, porém o terapeuta deverá estar atento às necessidades da criança para poder ajudá-la adequadamente. As intervenções suportivas parecem ser importantes ao longo de todo o tratamento de crianças com desordens disruptivas e podem favorecer o estabelecimento de um clima emocional propício à exploração de conflitos internos, padrões de interação não-adaptativos e outras dificuldades da criança. As intervenções expressivas são igualmente importantes, pois favorecem a tomada de consciência de comportamentos disfuncionais e possibilitam criar novos padrões de interação com o ambiente. Cabe ressaltar ainda, a importância de flexibilizar a técnica com vistas ao atendimento das necessidades do paciente.

A psicoterapia com crianças com sintomas externalizantes pode requerer do terapeuta o manejo de fortes sentimentos contratransferenciais, como a agressividade e hostilidade da criança, e a adaptação e flexibilização das intervenções utilizadas, frente a dificuldades da criança de obter *insight* e consciência dos seus próprios problemas. É essencial ao tratamento que a criança possa se sentir aceita e compreendida pelo terapeuta.

Conclui-se destacando a necessidade de mais pesquisas em psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes, considerando a escassez de estudos e a necessidade proeminente de aprofundar o conhecimento na prática clínica com essas crianças. Nesta investigação, priorizou-se a análise das intervenções da terapeuta. Futuros estudos poderão contribuir para contemplar o processo terapêutico a partir de outros vértices de análise, tais como a relação transferência-contratransferência, o estudo da aliança terapêutica, a análise do comportamento não verbal da criança e da terapeuta, entre outros.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont; Department of Psychiatry.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP].(2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557. Retrieved from <http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2812%2900141-4/pdf>
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/DSM-5* (M. I. C. Nascimento et al. Trad.) (5th. ed.) Porto Alegre: Artmed.

- Barish, K. (2004). What is therapeutic in child therapy? I. Therapeutic engagement. *Psychoanalytic Psychology, 21*(3), 385–401. doi: 10.1037/0736-9735.21.3.385
- Beutler, L. E., Malik, M., Mohamed, S. A., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Ceitlin, L. H. F., Wiethaeuper, D., & Goldfred, P. R. M. (2003). Outcome research in psychoanalytic psychotherapy: the effect of the therapist as a variable. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 5*(1), 81-95.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Penso Editora.
- Edwards, D. J. A. (2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(1), 6-34. doi: 10.14713/pcsp.v3i1.892
- Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy, 33*(2), 161-180. doi: 10.1080/00754170701431347
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(6), 1267–1302. doi: 10.1037//0022-006X.70.6.1267
- Fernández, P. M. S., Mella, M. F. R., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria, 26*(2), 267-288. Retrieved

from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006

Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo* (D. Bueno Trad.).

Porto Alegre: Artmed.

Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. (M. R. S.

Hofmeister Trad.) (4th ed.). Porto Alegre: Artmed.

Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica. *Revista de*

Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25(2), 257-273. doi: 10.1590/S0101-

81082003000200003

Gastaud, M. B., Carvalho, C., Goodman, G., & Ramires V. R. R. (2015). Assessing

levels of similarity to a “psychodynamic prototype” in psychodynamic

psychotherapy with children: a case study approach (preliminary findings). *Trends in*

Psychiatry and Psychotherapy, 37(3), 161-165. doi: 10.1590/2237-6089-2014-0059

Goodman, G., & Athey-Lloyd, L. (2011). Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with Asperger’s disorder.

Journal of Child Psychotherapy, 37(3), 311-

326. doi:10.1080/0075417X.2011.614749

Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014). Interaction structures formed in the

psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis.

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87(1), 15-31.

doi:10.1111/papt.12001

Goodman, G., Midgley, N., & Schneider, C. (2015). Expert clinicians’ prototype of an

ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is

mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, 26(5),

590-601. doi: 10.1080/10503307.2015.1049672

- Hoffman, L., Rice, T., & Prout, T. (2015). *Manual of regulation-focused psychotherapy for children with externalizing behaviors: A psychodynamic Approach*. New York: Routledge.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic Therapy*. London: Jason Aronson Inc.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento: manual de psicoterapia* (D. Batista Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of general psychiatry*, 42(6), 602-611. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790290084010
- Machado J. D., Caye, A., Frick, P. J., & Rohde, L. A. (2015). DSM-5: Principais mudanças nos transtornos de crianças e adolescentes. In: J. M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health* (L. T. Oliveira, L. S. Quadros Trad.). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. doi: 10.1080/0075417X.2011.614738
- Palmer, R., Nascimento, L. N., & Fonagy, P. (2013). The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 149–214. doi: 10.1016/j.chc.2012.12.001.

- Peuker, A. C. W. B., Habigzang, L. F., Koller, S. H. & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em estudo, 14*(3), 439-445. doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Prout, T. A., Gaines, E., Gerber, L. E., Rice, T., & Hoffman, L. (2015). The development of an evidence-based treatment: Regulation-Focused Psychotherapy for Children with externalizing behaviours (RFP-C). *Journal of Child Psychotherapy, 41*(3), 255-271. doi:10.1080/0075417X.2015.1090695
- Ramires, V. R. R., Carvalho, C., Schmidt, F. M. D., Fiorini, G. P., & Goodman, G. (2015). Interaction Structures in the Psychodynamic Therapy of a Boy Diagnosed with Asperger's Disorder: A Single-Case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 18*(2), 129-140. doi:10.7411/RP.2015.112
- Ramires, V. R. R., & Schneider, C. (no prelo). Elaboração da versão em português do *Child Psychotherapy Q-set. Psicologia: Teoria e Pesquisa.*
- Rice, T. R., & Hoffman, L. (2014). Defense mechanisms and implicit emotion regulation: a comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 62*(4), 693-708. doi: 10.1177/0003065114546746
- Schneider, C. (2003). *The development of the Child Psychotherapy Q-set* (Doctoral dissertation). University of California, Berkeley, CA, USA.
- Schneider, C. (2004). The development of the Child Psychotherapy Q-Set. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering, 65*(2-B), 1039. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-99016-104>
- Schneider, C., & Jones, E. E. (2006). *Child Psychotherapy Q-Set Coding Manual*. Berkeley: University of California.

- Schneider, C., & Jones, E. E. (2012). Appendix IB: Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds), *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence* (pp 611-626). New York: Human Press.
- Schneider, C., Midgley, N., & Duncan, A. (2010). A “motion portrait” of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl: Exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the Child Psychotherapy Q-Set. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 9(2-3), 94-107.
doi:10.1080/15289168.2010.510979
- Schneider, C., Pruetzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of see in gandspeaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-Set. In N. Midgley, J., Anderson, E. Grainger, T. Vuckovic-Nesic, & C. Urwin (Eds.), *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings* (pp. 72-84). New York: Routledge.
- Shirk, S. R., & Burwell, R. A. (2010). Research on therapeutic processes: In psychodynamic psychotherapy with children and adolescents. In J. Tsiantis, & J. Trowell (Eds.), *Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents – Today’s challenge* (pp. 177-205). London: Karnac Books Ltd.
- Stringaris, A., & Taylor, E. (2015). *Disruptive Mood irritability in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1985). *A criança e seu mundo*(A. Cabral Trad.) (6th ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Winnicott, D. W. (1994). Hate in the contratransference. *Journal of psychotherapy practice and research*, 3(4), 350-356. Retrieved from:

<http://www.josephmatta.com/Journal%20Club/Week%204/winnicott%20hate%20in%20the%20countertransference.pdf>

Considerações Finais da Dissertação

O desenvolvimento do projeto de pesquisa de mestrado, com a consequente elaboração da dissertação, teve como objetivo pesquisar a psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes. Partindo de uma escassez de estudos sobre esse assunto e a necessidade de aprimorar a prática clínica no tratamento dessas crianças, esse estudo elucida algumas especificidades no tratamento e aponta novos caminhos para a pesquisa.

Os estudos apontam que as crianças com sintomas externalizantes podem impor diversos desafios à prática clínica, como a resistência à abordagem psicodinâmica mais clássica (Palmer et al., 2013) e a contratransferência que podem despertar no terapeuta (Hoffman et al., 2015). Diante desses desafios, o tratamento com essas crianças pode requerer uma postura empática, encorajadora e de aceitação por parte do terapeuta (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992). Além disso, o terapeuta poderá utilizar o amplo espectro de intervenções psicodinâmicas, suportivas e expressivas, para ajudar a criança a superar conflitos internos e padrões não-adaptativos de interação.

As crianças com sintomas externalizantes podem utilizar mecanismos de defesas muito regressivos, que distorcem a realidade (Hoffman et al., 2015). Desse modo, intervenções mais expressivas são importantes para ampliar a consciência da criança sobre sua percepção distorcida da realidade, levando a um maior domínio das emoções e interações mais adaptativas com o ambiente (Hoffman et al., 2015). A interpretação das defesas pode ajudar a criança a lidar com suas emoções dolorosas, superá-las e dominá-las (Prout et al., 2015). Constatou-se que o uso do amplo espectro de intervenções psicodinâmicas pode beneficiar a criança com sintomas externalizantes, aliado à postura empática e engajada do terapeuta. Além disso, a flexibilidade no uso de

técnicas psicoterapêuticas é de suma importância, considerando as necessidades da criança, podendo requerer do terapeuta a adoção de diferentes abordagens terapêuticas.

Conclui-se que as intervenções do terapeuta estão intimamente implicadas no processo terapêutico e podem interferir no desfecho do tratamento. A postura do terapeuta também pode influenciar o processo terapêutico, de modo que o terapeuta poderá facilitar ou inibir a livre expressão e exploração de conteúdos relativos aos conflitos da criança. Com relação ao estudo do processo psicoterapêutico, o estudo de caso com o uso do CPQ, permitiu estudar aprofundadamente o processo, atentando para peculiaridades do tratamento, identificando e analisando as intervenções utilizadas pela terapeuta.

Esse estudo apresenta algumas limitações, como o estudo de caso único que não propicia a generalização para todas as crianças com sintomas externalizantes, mas assinala aspectos relevantes do tratamento que poderão nortear o uso de intervenções com essas crianças. O CPQ, por sua vez, é um instrumento objetivo e quantitativo, podendo não capturar toda a complexidade e riqueza de uma sessão de psicoterapia, mas permite uma análise aprofundada do processo. Contudo, considerando a necessidade de mais pesquisas em psicoterapia com crianças (Odhammar, Sundin, Jonson, & Carlberg, 2011; Palmer et al., 2013) esse estudo tentou corresponder a alguns desafios que o atendimento a crianças com sintomas externalizantes apresenta aos clínicos, à medida que aponta aspectos relevantes da psicoterapia psicodinâmica com essas crianças, principalmente com relação às intervenções. Ressalta-se ainda a necessidade de desenvolver mais pesquisas em psicoterapia psicodinâmica com essas crianças e estudar o processo psicoterapêutico detalhadamente, buscando compreender as especificidades de cada tratamento e como diferentes variáveis podem interferir no desfecho de uma psicoterapia.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont; Department of Psychiatry.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP].(2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557. Retrieved from <http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2812%2900141-4/pdf>
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/DSM-5* (M. I. C. Nascimento et al. Trad.) (5th. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Beutler, L. E., Malik, M., Mohamed, S. A., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Ceitlin, L. H. F., Wiethaeuper, D., & Goldfred, P. R. M. (2003). Outcome research in psychoanalytic psychotherapy: the effect of the therapist as a variable. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 81-95.
- Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 161-180. doi: 10.1080/00754170701431347
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1267–1302. doi: 10.1037//0022-006X.70.6.1267

- Fernández, P. M. S., Mella, M. F. R., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-288. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006
- Gabbard, G. O., & Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 257-273. doi: 10.1590/S0101-81082003000200003
- Hoffman, L., Rice, T., & Prout, T. (2015). *Manual of regulation-focused psychotherapy for children with externalizing behaviors: A psychodynamic Approach*. New York: Routledge.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento: manual de psicoterapia* (D. Batista Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. doi: 10.1080/0075417X.2011.614738
- Odhammar, F., Sundin, E. C., Jonson, M., & Carlberg, G. (2011). Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279. doi: 10.1080/0075417X.2011.614744
- Palmer, R., Nascimento, L. N., & Fonagy, P. (2013). The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 149-214. doi: 10.1016/j.chc.2012.12.001.

- Peuker, A. C. W. B., Habigzang, L. F., Koller, S. H. & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em estudo*, 14(3), 439-445. doi: 10.1590/S1413-73722009000300004
- Prout, T. A., Gaines, E., Gerber, L. E., Rice, T., & Hoffman, L. (2015). The development of an evidence-based treatment: Regulation-Focused Psychotherapy for Children with externalizing behaviours (RFP-C). *Journal of Child Psychotherapy*, 41(3), 255-271. doi:10.1080/0075417X.2015.1090695
- Shirk, S. R., & Burwell, R. A. (2010). Research on therapeutic processes: In psychodynamic psychotherapy with children and adolescents. In J. Tsiantis, & J. Trowell (Eds.), *Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents – Today's challenge* (pp. 177-205). London: Karnac Books Ltd.
- Stringaris, A., & Taylor, E. (2015). *Disruptive Mood irritability in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Winkler, M. I., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40. Retrieved from http://www.trustplacement.cl/publicaciones/tecnicos/1989_Winkleret_al_Factores_in_especif_de_la_psictpia.pdf

Apêndice A – Resolução 039/2012



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 039/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 12/030 **Versão do Projeto:** 11/05/2012 **Versão do TCLE:** 11/05/2012

Coordenadora:


Profa. Vera Regina Röhnelt Ramires (PPG em Psicologia)

Título: Processo da Psicoterapia Psicanalítica de Crianças: uma Análise em Relação ao Protótipo e aos Resultados.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 11 de maio de 2012.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis pela criança



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Pais ou Responsáveis pelas Crianças)

Sou Vera Regina Röhnelt Ramires, pesquisadora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. Estou realizando uma pesquisa intitulada *Processo da Psicoterapia Psicanalítica de Crianças: uma Análise em Relação ao Protótipo e os Resultados*, que tem como objetivo principal desenvolver procedimentos que possibilitem a análise e a avaliação do processo e dos resultados da psicoterapia psicanalítica de crianças no contexto brasileiro. Estima-se que de 10 a 20% da população infantil apresente algum distúrbio no seu desenvolvimento ou transtorno mental que demanda tratamento. Entretanto, existe uma lacuna no conhecimento no que diz respeito à efetividade e à eficácia das abordagens psicoterápicas conhecidas, no Brasil e no mundo.

O desenvolvimento da pesquisa prevê a identificação do modelo ideal de sessões de psicoterapia psicanalítica, uma análise sistemática de todas as sessões de três psicoterapias realizadas com crianças em idade escolar e uma avaliação, por meio de testes psicológicos, pré e pós-psicoterapia, para avaliar seus resultados. Para isso, necessitaremos filmar as sessões de psicoterapia realizadas por seu/sua filho(a). Sua colaboração será autorizar a filmagem dessas sessões, caso seu filho ou sua filha também esteja de acordo. Também consistirá em responder a um questionário sobre o andamento do processo a cada três meses.

O estudo não oferece qualquer risco à integridade física e mental do seu/sua filho(a). Pode trazer algum desconforto pelo fato de estar sendo filmado.

Sua identidade, assim como a de seu/sua filho(a) será preservada, as filmagens das sessões serão armazenadas em arquivo confidencial sob a responsabilidade da coordenadora deste projeto, não serão divulgadas de maneira nenhuma e serão utilizadas apenas para uma análise do processo psicoterápico. Os dados obtidos no estudo serão utilizados somente para fins de investigação científica. Você pode solicitar informações sobre a pesquisa a qualquer momento, bem como desistir de participar sem qualquer prejuízo. Seu contato com a coordenadora da pesquisa pode ser feito pelo telefone (51) 9971-2791. Esse Termo de Consentimento é assinado em duas vias, uma das quais fica em seu poder.

Declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre o estudo, e que autorizo a participação de meu filho / minha filha _____

Nome do(a) Responsável

Assinatura

Prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires

Assinatura

Local

Data

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 15.10.12

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal: 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o psicoterapeuta



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Psicoterapeutas das Crianças)

Sou Vera Regina Röhnelt Ramires, pesquisadora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS. Estou realizando uma pesquisa intitulada *Processo da Psicoterapia Psicanalítica de Crianças: uma Análise em Relação ao Protótipo e os Resultados*, que tem como objetivo principal desenvolver procedimentos que possibilitem a análise e a avaliação do processo e dos resultados da psicoterapia psicanalítica de crianças no contexto brasileiro. Estima-se que de 10 a 20% da população infantil apresente algum distúrbio no seu desenvolvimento ou transtorno mental que demanda tratamento. Entretanto, existe uma lacuna no conhecimento no que diz respeito à efetividade e à eficácia das abordagens psicoterápicas conhecidas, no Brasil e no mundo.

O desenvolvimento da pesquisa prevê a identificação do modelo ideal de sessões de psicoterapia psicanalítica, uma análise sistemática de todas as sessões de três psicoterapias realizadas com crianças em idade escolar e uma avaliação, por meio de testes psicológicos, pré e pós-psicoterapia, para avaliar seus resultados. Sua colaboração será filmar as sessões de psicoterapia realizadas por você, para posterior análise. Também consistirá em responder a um questionário sobre o andamento do processo a cada três meses.

O estudo não oferece qualquer risco à sua integridade física e mental. Pode trazer algum desconforto pelo fato de estar sendo filmado.

Sua identidade será preservada, as filmagens das sessões serão armazenadas em arquivo confidencial sob a responsabilidade da coordenadora deste projeto, não serão divulgadas de maneira nenhuma e serão utilizadas apenas para uma análise do processo psicoterápico. Os dados obtidos no estudo serão utilizados somente para fins de investigação científica. Você pode solicitar informações sobre a pesquisa a qualquer momento, bem como desistir de participar sem qualquer prejuízo. Seu contato com a coordenadora da pesquisa pode ser feito pelo telefone (51) 9971-2791.

Esse Termo de Consentimento é assinado em duas vias, uma das quais fica em seu poder.

Nome do(a) Participante	Assinatura
Prof ^a . Dr ^a . Vera Regina Röhnelt Ramires	Assinatura
Local	Data

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 15.1.05.12

Unisinos, 950 Caixa Postal-275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>