

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Doutorado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas

Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira

A Participação dos Pais na Psicoterapia Psicanalítica da Criança

Orientadora

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

São Leopoldo, 19 de dezembro de 2016.

LUIZ RONALDO FREITAS DE OLIVEIRA

A Participação dos Pais na Psicoterapia Psicanalítica da Criança

Tese de Doutorado apresentada como exigência para a obtenção do título de Doutor 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

São Leopoldo, 19 de dezembro de 2016.

O48p

Oliveira, Luiz Ronaldo Freitas de

A participação dos pais na psicoterapia psicanalítica da
criança / por Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira– 2016.

136 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS,
2016.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires.”

1. Psicoterapia. 2. Criança. 3. Pais. 4. Psicoterapia
psicodinâmica. 5. Mudança terapêutica. 6. Relações pais-filho.
I. Título.

CDU: 651.851

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Alessandro Dietrich - CRB 10/2338

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A participação dos pais na psicoterapia psicanalítica da criança

Elaborado por

Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira

Como requisito para obtenção do grau de Doutor em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

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

(Presidente/Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Iraní Tomiatto de Oliveira,

(Membro)

Prof^ª. Dr^ª. Milena da Rosa Silva,

(Membro)

Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cassia Sobreira Lopes,

(Membro)

Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Pereira da Cruz Benetti,

(Membro)

São Leopoldo, 19 de dezembro de 2016.

Agradecimentos

À Prof. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires, pela orientação deste trabalho, pela consistência e seriedade dos seus ensinamentos durante este processo de aprendizado.

Ao grupo de pesquisa, aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS.

Aos professores membros da banca examinadora, Prof^a. Dr^a. Iraní Tomiatto de Oliveira; Prof^a. Dr^a. Milena da Rosa Silva; Prof^a. Dr^a. Rita de Cassia Sobreira Lopes; e a Prof^a. Dr^a. Sílvia Pereira da Cruz Benetti, pelas contribuições e sugestões de aperfeiçoamento a esta tese.

Obrigado aos meus familiares, meu pai (In memoriam), minha mãe e irmãos e especialmente à minha esposa Maria Angélica e ao meu filho Luiz Eduardo, pela compreensão, motivação e confiança.

Agradeço às pessoas que estiveram mais próximas e me apoiaram muito ao longo de todo este percurso. Mostraram sua admiração pelo meu desejo de querer continuar a estudar e de me aprimorar na profissão.

“Não me lembro de nenhuma necessidade da infância tão grande quanto à proteção de um pai” (Sigmund Freud, em O Mal-Estar na Civilização, 1930/1936).

Sumário

Resumo	8
Abstract	9
Apresentação.....	10
Estudo 1 – A Participação dos Pais na Psicoterapia da Criança: as Práticas dos Psicoterapeutas.....	12
Resumo.....	12
Abstract	12
Introdução	13
Método	17
Participantes	18
Instrumento e procedimentos de coleta dos dados	18
Análise dos dados	19
Resultados	19
Discussão	26
Considerações Finais.....	32
Referências.....	34
Estudo 2 – Mudanças durante a Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças na Visão de seus Pais e Mães	38
Resumo.....	38
Abstract	38
Introdução	39
Método	47
Participantes	47

Instrumento.....	48
Procedimentos	48
Resultados	50
Discussão	63
Considerações Finais.....	70
Referências.....	71
Estudo 3 – O Impacto da Participação dos Pais no Processo Terapêutico da Criança na Psicoterapia Psicanalítica.....	75
Resumo.....	75
Abstract	76
Introdução	76
Método	83
Participantes	83
Instrumento.....	83
Procedimentos	86
Resultados e Discussão	88
Considerações Finais.....	99
Referências.....	100
Considerações Finais da Tese	105
Referências.....	107
Anexos	108

Resumo

O objetivo desta tese de doutorado consistiu em investigar a participação dos pais na psicoterapia psicanalítica da criança através de três estudos empíricos. No primeiro, buscou-se identificar experiências de psicoterapeutas de crianças quanto às formas de inclusão dos pais no tratamento. Participaram 76 psicoterapeutas que responderam a um questionário *online*. Conforme os resultados, os profissionais incluem os pais na psicoterapia psicanalítica da criança e a participação dos familiares pode apresentar riscos e benefícios ao processo de psicoterapia. No segundo, investigou-se a percepção dos pais acerca de possíveis mudanças em crianças no decorrer das suas psicoterapias psicodinâmicas. Os participantes foram pais e mães de quatro crianças que responderam periodicamente a um questionário semiestruturado. Os resultados demonstraram que as mudanças percebidas pelos pais diziam respeito aos sintomas apresentados pelas crianças, ao seu funcionamento psicológico e às relações interpessoais e com a realidade externa. O objetivo do terceiro estudo, através do método de Estudo de Caso Sistemático, foi analisar o impacto da participação dos pais no processo terapêutico de uma criança. Os achados revelaram que as entrevistas com os pais tiveram efeitos sobre as sessões terapeuta-criança que imediatamente as sucederam. A partir dos resultados dos estudos foi possível verificar a importância da participação dos pais na psicoterapia de crianças. A inclusão dos pais durante esse processo produziu impacto no tratamento, os quais podem variar dependendo das características e dificuldades dos envolvidos no tratamento, a aliança estabelecida com o terapeuta e a habilidade que esse terá para trabalhar com os familiares.

Palavras chaves: psicoterapia psicodinâmica; criança; pais.

Abstract

The aim of this doctoral thesis was to investigate the participation of parents in psychoanalytic psychotherapy of the child through three empirical studies. In the first, experiences of child psychotherapists regarding the inclusion of parents in the treatment were identified. Participants were 76 psychotherapists who answered an online questionnaire. According to the results, the professionals include the parents in the psychoanalytic psychotherapy of the child and the participation of the relatives can present risks and benefits to the process of psychotherapy. In the second, the parents' perception of possible changes in children in the course of their psychodynamic psychotherapies was investigated. Participants were parents of four children who answered a semistructured questionnaire results showed that the changes perceived by the parents were related to the symptoms presented by children, their psychological functioning and interpersonal relationships and external reality. The objective of the third study, through the Systematic Case Study method, was to analyze the impact of parental involvement in the therapeutic process of a child. The findings revealed that the parent interviews had effects on the therapist-child sessions that immediately followed. From the results of the studies it was possible to verify the importance of parental participation in the psychotherapy of children. The inclusion of parents during this process had an impact on the treatment, which may vary depending on the characteristics and difficulties of those involved in the treatment, the alliance established with the therapist and the ability of the therapist to work with the family.

Keywords: psychodynamic psychotherapy; child; parents.

Apresentação

Esta tese de doutorado é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS e está inserida na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas”. A proposta do estudo “A participação dos pais na psicoterapia psicanalítica da criança” faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo que tem como foco estudar as “Estruturas de interação na psicoterapia psicodinâmica de crianças”, coordenado pela Professora Doutora Vera Regina Röhnelt Ramires.

O objetivo principal desta tese foi investigar a participação dos pais na psicoterapia psicanalítica da criança. Foram desenvolvidos três estudos empíricos: **Estudo 1:** A participação dos pais na psicoterapia da criança: as práticas dos psicoterapeutas; **Estudo 2:** Mudanças durante a psicoterapia psicodinâmica de crianças na visão de seus pais e mães e **Estudo 3:** O impacto da participação dos pais no processo terapêutico da criança na psicoterapia psicanalítica. Esta tese foi fundamentada na teoria da técnica psicanalítica de psicoterapia de crianças e nas pesquisas empíricas disponíveis sobre o tema. Também foi fundamentada em estudo de revisão sistemática de literatura, sobre a participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. Este estudo, intitulado “Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças” foi publicado em 2016 no volume 18, número 2, da Revista Brasileira de Psicoterapia, e encontra-se no Anexo A.

O interesse em investigar este tema se justifica pela escassez de estudos empíricos que abordam a temática da participação dos pais na psicoterapia psicanalítica da criança. Mesmo diante de todo o avanço teórico, técnico e empírico no campo da psicoterapia psicanalítica de crianças, não há critérios estabelecidos para orientar a

inclusão, ou não, dos pais. Os terapeutas incluem os pais no tratamento, dependendo dos pressupostos de sua formação teórica, da idade do paciente (sendo que quanto menor a idade do paciente mais os pais participam) e do quadro clínico apresentado (quanto mais grave maior a participação dos pais) (Alcantara, 1998). Por outro lado, a psicoterapia com crianças apresenta um crescimento de estudos controlados, com enquadres metodológicos sofisticados, o uso de manuais de intervenção e a avaliação da significância clínica da mudança terapêutica, evidenciando uma procura por maior rigor científico (Kazdin, 2002).

A literatura aponta para a necessidade de pesquisas empíricas que discutam a inclusão dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. Dowell e Ogles (2010) realizaram um estudo avaliando os efeitos da participação parental na psicoterapia da criança e os resultados revelaram que a inclusão dos pais no tratamento psicoterapêutico da criança acrescenta benefícios para além dos alcançados na terapia, refletindo na dinâmica familiar. Os autores reconhecem a necessidade de mais investigações consistentes sobre os fatores que afetam a participação dos pais no tratamento psicoterápico infantil e sobre a utilização dos benefícios clínicos do envolvimento dos pais como coparticipantes da terapia da criança.

No presente estudo, a participação dos pais na psicoterapia da criança foi analisada de três perspectivas diferentes, e com base em três diferentes métodos. Analisou-se a perspectiva de terapeutas de crianças e as suas práticas, as percepções dos pais sobre as mudanças dos seus filhos no decorrer da psicoterapia e, finalmente, o impacto que a inclusão dos pais tem no processo terapêutico da criança.

Estudo 1

A Participação dos Pais na Psicoterapia da Criança: As Práticas dos Psicoterapeutas

Resumo

A participação dos pais na psicoterapia de crianças é um tema controverso na literatura, havendo autores a favor de uma abordagem mais intervencionista em relação aos pais e outros que circunscrevem seu papel à manutenção do tratamento e provimento de informações sobre a criança. O objetivo deste estudo exploratório, de levantamento, transversal, foi identificar experiências de psicoterapeutas de crianças brasileiros quanto às formas de inclusão dos pais no tratamento. Participaram 76 psicólogos, que responderam a um questionário online, sendo predominantemente mulheres, residentes na região sul, entre 26 e 35 anos e com até três anos de experiência clínica. De maneira geral, os participantes incluem os pais na psicoterapia, em entrevistas específicas, para acolhimento, coleta de informações, aconselhamento ou orientação e para fortalecer a aliança terapêutica. Riscos e benefícios da participação dos pais foram reportados e constituíram seis categorias: a criança como sintoma dos conflitos familiares, resistência dos pais à psicoterapia e às mudanças, cumprimento do contrato pelos pais, aliança terapêutica, compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas da criança, e fortalecimento dos vínculos pais-filhos.

Palavras chave: psicoterapia; crianças; pais; psicoterapia psicanalítica.

Abstract

Parental involvement in child psychotherapy is a controversial subject in the literature. Some authors favor a more interventionist approach and others limit their role in

maintaining the treatment and providing information about the child. The aim of this exploratory study was to identify the experiences of Brazilian child psychotherapists regarding parental involvement in treatment. The participants were 76 psychologists, who responded to an online questionnaire. They were predominantly women living in the south, aged 26 to 35 years and up to three years of clinical experience. In general, participants include parents in child psychotherapy in specific interviews to listen to them, to gather information, for advice or guidance and to strengthen the therapeutic alliance. Risks and benefits of parental involvement were reported and composed six categories: the child as a symptom of family conflicts, parents' resistance to psychotherapy and to changes, contract compliance by parents, therapeutic alliance, understanding of family dynamics and the child's symptoms, and strengthening parent-child bonds.

Key words: psychotherapy; children; parents; psychoanalytic psychotherapy.

Introdução

A prática de envolver os pais no processo de psicoterapia de crianças é um tema que remete aos pioneiros da psicanálise. A publicação de Freud (1909/1996), do caso do Pequeno Hans, pode ser considerada a primeira intervenção psicanalítica realizada com uma criança. Freud atuou como supervisor do pai, que desempenhou o papel de analista do menino.

Mais tarde, na abordagem direta de crianças em psicoterapia, Anna Freud (1927/1971) valorizava o vínculo com os pais reais, mas destinava a eles o lugar de educadores, imprimindo caráter pedagógico ao tratamento. Na sua abordagem terapêutica, a meta do analista consistia em manter a boa vontade do paciente para o tratamento. Enfatizava a importância da existência de uma fase preparatória à

psicoterapia, para auxiliar e atrair a atenção da criança no que diz respeito ao conflito interno, e com o intuito de consolidar a aliança de tratamento entre a criança, seus pais e o terapeuta (Stürmer, Ruaro, & Saraiva, 2009).

Por outro lado, Klein (1975/1997), pioneira da psicanálise com crianças, utilizava técnicas próprias e diferentes de Anna Freud sobre a participação dos pais no tratamento. Defendia a necessidade de eliminar todos os entraves que impediam o terapeuta de ter acesso direto às fantasias inconscientes do paciente e, com crianças de dois a três anos, instituiu sua prática clínica, utilizando jogos e brinquedos (Stürmer, et al., 2009). Para Klein, a inclusão dos pais na psicoterapia da criança dependeria de cada caso em particular, sendo que em muitas situações limitava os encontros com os genitores para evitar atrito.

Aberastury (1996), seguidora de Klein, defendia a importância das entrevistas iniciais com os pais, para que trouxessem a criança ao tratamento e pagassem os honorários. O melhor meio de consegui-lo era o terapeuta assumindo seu papel desde o primeiro momento e não pretendendo modificar a conduta dos pais, nem sua intervenção no tratamento. Aberastury salientava que os pais deveriam saber, desde o início, que o paciente era a criança e não eles. E orientava que se o terapeuta julgasse necessário tratamento para os pais, deveria encaminhá-los a outro profissional ou a grupos de orientação de mães e pais, para que pudessem ser ajudados e aceitassem o tratamento dos filhos com menos ambivalência.

No final dos anos setenta, diminuiu o interesse em tratamentos que abordavam prioritariamente os aspectos internos e os relacionamentos interpessoais emergiram, surgindo a terapia de família como abordagem terapêutica. Esse movimento direcionou os psicoterapeutas de crianças a repensarem a forma de abordar o trabalho com os pais (Chahine, 2011). Os psicoterapeutas passaram a valorizar o acompanhamento dos pais

com o intuito de conduzi-los à reflexão e compreensão sobre a criança, uma vez que formam parte da dinâmica e desenvolvimento do sintoma do filho, ainda que se mostrem resistentes a admitir e se envolver no trabalho psicoterápico.

O trabalho com os pais ao longo do tratamento pode seguir de várias formas, inclusive com sessões que reúnam a família inteira, conforme a especificidade de cada caso (Stürmer et al., 2009). Tais manejos exigem do terapeuta uma postura flexível, devendo abranger soluções abertas e criativas. Ademais, a inclusão dos pais ou responsáveis pode fornecer informações benéficas para o tratamento.

Porém, a literatura não é unívoca no que diz respeito à participação dos pais na psicoterapia da criança. No espectro de possibilidades de participação, há autores que defendem uma postura mais intervencionista e compreensiva em relação aos pais, e outros que demarcam sua participação mais circunscrita ao intercâmbio de informações com o terapeuta.

Alguns autores defendem que as entrevistas com os pais permitem trabalhar as questões familiares envolvidas nos sintomas da criança e conceder apoio aos pais quando os sintomas aumentam, persistem ou retornam (Fortes, 2008; Glenn, Sabot, & Bernstein, 1996; Harel, Kaplan, Avimeir-Patt, & Ben-Aaron, 2006; Pozzi-Monzo, Lee, & Likierman, 2012; Zavaschi, Bassols, Bergmann, & Costa, 2005). Para esses autores, as entrevistas com os pais deverão promover a compreensão das inibições e angústias relativas à maternidade e à paternidade, auxiliando-os a aceitar a enfermidade do filho(a). Essas entrevistas também deverão contribuir para localizar as dificuldades da criança no contexto da dinâmica narcisista e edípica de cada um dos genitores, do casal e da família.

De maneira semelhante, Oren (2011) propõe um modelo que consiste numa intervenção terapêutica com os pais, que visa trabalhar o sentido da

paternidade/maternidade. Assim, devido às dificuldades emocionais dos pais, o terapeuta não terá outra escolha senão aconselhamento parental como uma forma de proporcionar mudanças no funcionamento familiar. Desta forma, a instalação de um dispositivo de escuta aos pais pode ser um importante favorecedor para a evolução do processo terapêutico da criança (Klinger, Reis, & Souza, 2011).

Em outra direção, Dugmore (2009), Nevas e Farber (2001), Kernberg, Ritvo e Keable (2012), e Sei, Souza e Arruda (2008) postulam que o terapeuta deve encaminhar para psicoterapia individual os pais que estiverem apresentando dificuldades psicológicas que interfiram no progresso do tratamento da criança. Quando o pai ou a mãe não puder ser encaminhado, o terapeuta deve ter o cuidado de não assumir a postura de terapeuta individual tanto da criança quanto de um dos pais. Porém, Kernberg et al. (2012) valorizam o intercâmbio de informações, que consiste na atitude do terapeuta em transmitir dados sobre o andamento geral da terapia, sem romper com o sigilo específico das sessões com a criança. O terapeuta discute o curso do tratamento e transmite recomendações adicionais. Aos pais cabe informar o terapeuta sobre as mudanças circunstanciais na família e fornecer atualizações sobre a vida e comportamento da criança fora do ambiente de tratamento, de acordo com as autoras.

Kernberg et al. (2012) propõem o desenvolvimento de uma *aliança colaborativa com os pais*, que são uma importante fonte de informações sobre a vida da criança, tanto no momento presente como fornecendo, historicamente, um contexto para que o terapeuta compreenda as sessões com seu paciente. Tal aliança implica que o terapeuta deve se esforçar para manter a neutralidade, não se posicionando do lado dos pais contra a criança ou com a criança contra os pais. Segundo as autoras, o terapeuta precisa ser confiável, conhecer a cultura dos pais e as tradições familiares. Seu estilo pessoal e seus valores devem ser respeitosamente levados em consideração no processo de

psicoterapia psicanalítica de crianças.

Sutton e Hughes (2005) sugerem uma alternativa intermediária, que consiste na realização de um trabalho simultâneo com os pais, ocorrendo com outro psicoterapeuta, preferencialmente no mesmo horário e na mesma frequência do atendimento da criança. Ambos os terapeutas, embora atendam separadamente pais e criança, fariam um trabalho em conjunto, discutindo suas observações no sentido de abordar e amenizar as dificuldades da criança. Motta (2008) adota uma posição semelhante, entendendo que o profissional, ao desenvolver o trabalho com os pais durante a psicoterapia, exerce ao mesmo tempo a função de conhecer a história da criança e conter a angústia familiar, tanto a da criança quanto a dos pais.

Percebe-se, assim, que a teoria sobre o tema é contraditória ou não conclusiva, apontando para as diferentes experiências de inclusão dos pais na psicoterapia de crianças. Não há evidências na literatura sobre a efetividade dessas diferentes abordagens, e nem mesmo sobre as práticas desenvolvidas na clínica com crianças na atualidade. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar as experiências dos psicoterapeutas de crianças quanto às formas de inclusão dos pais no tratamento.

Método

Foi realizado um estudo exploratório, de levantamento, transversal, com foco nas práticas e posicionamentos teóricos e técnicos de profissionais que atendem crianças, com relação à participação dos pais¹ no processo psicoterapêutico de seus filhos(as).

¹ Neste estudo, a palavra pais designa o pai e/ou a mãe da criança em psicoterapia, ou quaisquer outros cuidadores que desempenhem este papel. Quando nos referirmos especificamente à figura da mãe ou do pai, por exemplo, isto será explicitado no texto.

Participantes

Participaram deste estudo 76 psicoterapeutas, recrutados por conveniência a partir da técnica *snow ball*. Foram incluídos profissionais que atendiam crianças e que se dispusessem a participar da pesquisa, podendo ser psicólogos ou psiquiatras.

Instrumento e procedimentos de coleta dos dados

Foi utilizado como instrumento um questionário *online* elaborado para este estudo, composto por 17 questões objetivas e três dissertativas. As questões objetivas focalizavam dados sociodemográficos dos participantes, tempo de titulação e de experiência clínica, se realizou alguma formação em psicoterapia e abordagem teórica utilizada. Também investigava a forma como os pais eram incluídos na psicoterapia da criança (frequência, abordagem técnica, sigilo). As questões dissertativas exploravam dificuldades identificadas na participação dos pais e seus benefícios. Uma das questões solicitava o relato de uma situação ou episódio marcante relacionado à participação dos pais, na experiência dos psicoterapeutas.

Os participantes receberam o convite para responder ao questionário por *e-mail*. Quando aceitaram o convite, acessaram o questionário no *website* onde ele estava hospedado, aceitando participar no estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam os pesquisadores. O número de sua autorização é CAAE 35452414.7.0000.5344.

Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão, porcentagens) das variáveis pesquisadas. As questões dissertativas do questionário foram analisadas por meio de análise de conteúdo de Bardin (2009) por dois pesquisadores de maneira independente e, posteriormente, reunidas e integradas as categorias derivadas. Quando não houve alinhamento das categorias, chegou-se a um consenso a partir da discussão do material.

Resultados

Participaram deste estudo 76 psicólogos. Sessenta e oito (89,5%) eram do sexo feminino e oito (10,5%) do sexo masculino. Residiam no Rio Grande do Sul 66 psicoterapeutas (86,8%), em São Paulo quatro (5,3%), em Santa Catarina três (3,9%), no Paraná dois (2,6%) e no Amazonas um (1,3%). Em relação ao número de filhos, 49 (64,5%) declararam não ter filhos, 18 (23,7%) tinham apenas um filho e nove (11,8%) tinham dois ou mais filhos quando responderam ao questionário.

Dentre os participantes, 43 (56,6%) realizaram formação em psicoterapia, e 33 (43,4%) não realizaram nenhuma formação. Dos que realizaram, 27 (62,8%) indicaram a psicanálise como a abordagem teórica da sua formação. A Tabela 1 descreve o perfil dos participantes com relação à idade, tempo de formados, tempo de experiência clínica, maior titulação e abordagem teórica utilizada na sua prática clínica.

Tabela 1
Idade, Tempo de Graduação, Experiência Clínica, Maior Titulação e Abordagem Teórica dos Psicoterapeutas Participantes

	18 – 25 anos	26 – 35 anos	36 – 45 anos	46 – 55 anos	56 anos ou +
Idades N (%)	8 (10,5%)	41 (53,9%)	17 (22,4%)	7 (9,2%)	3 (3,9%)
Graduação N*(%)	0 - 3 anos 18 (23,7%)	4 a 10 anos 26 (34,2%)	11 a 15 anos 15 (19,7%)	16 a 20 anos 8 (10,5%)	20 anos ou + 8 (10,5%)
Anos exp. clínica	0 - 3 anos	4 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos	20 anos ou +

N (%)	33 (43,4%)	18 (23,7%)	15 (19,7%)	5 (6,6%)	5 (6,6%)
Abordagem teórica	Psicanálise	Sistêmica	TCC	Gestalt	Abord. mista
N (%)	41 (53,9%)	6 (7,9%)	14 (18,4%)	1 (1,4%)	14 (18,4%)
Maior titulação	Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado	
N (%)	18 (23,7)	39 (51,3%)	13 (17,1%)	6 (7,9%)	

Nota. * Um participante (1,3%) não informou tempo de graduação; TCC-Terapia cognitivo comportamental

A média do tempo de formados dos participantes foi de 10,36 anos, e o desvio padrão 8,61. A média do tempo de experiência clínica foi de 8,7 anos e o desvio padrão 8,43. Como se pode observar na Tabela 1, a maioria dos participantes tem tempo de graduação entre 4 a 10 anos e possuem até três anos de experiência clínica. Com relação à abordagem teórica, a psicanálise é a mais utilizada, seguida pela cognitivo-comportamental e outras abordagens. A Tabela 2 descreve a forma como os pais são incluídos na psicoterapia de seus filhos, de acordo com os participantes do estudo.

Tabela 2
Formas de Inclusão dos Pais na Psicoterapia de Crianças

Inclusão dos pais			
Sim	Não	De acordo com a necessidade	
58 (76,3%)	0 (0%)	18 (23,7%)	
Frequência das entrevistas com os pais			
Semanal	Quinzenal	Mensal	Variável
2 (2,6%)	21 (27,6%)	44 (57,9%)	9 (11,8%)
Enquadre das entrevistas com os pais		Sim	Não
Atende os pais em entrevistas específicas		69 (90,8%)	7 (9,2%)
Atende os pais com a criança		37 (48,7%)	39 (51,3%)
Alterna as sessões com a criança e com os pais		22 (28,9%)	54 (71,1%)
Atende pai e mãe sempre juntos		29 (38,2%)	47 (61,8%)
Se o casal for separado, atende-os separadamente		45 (59,2%)	31 (40,8%)
Deixa a critério do casal quem vem para a entrevista		16 (21,1%)	60 (78,9%)
Contrata psicoterapia para os pais como parte do tratamento da criança		11 (14,5%)	65 (85,5%)
Encaminha os pais para tratamento se necessário		54 (71,1%)	22 (28,9%)
Abordagem técnica utilizada com os pais		Sim	Não
Escuta aberta		71 (93,4%)	5 (6,6%)
Aconselhamento / Orientação		55 (72,4%)	21 (27,6%)
Coleta de informações sobre a criança		67 (88,2%)	9 (11,8%)
Análise da transferência e contratransferência		32 (42,1%)	44 (57,9%)
Trabalha a aliança terapêutica com os pais		47 (61,8%)	29 (38,2%)

Os resultados da Tabela 2 demonstram que todos os participantes incluem os pais na psicoterapia da criança, sendo que a maioria adota essa estratégia com regularidade e 23,7% de acordo com a necessidade do caso. Em relação à frequência das entrevistas com os pais, a maioria dos profissionais realiza mensalmente, seguida por encontros quinzenais. As estratégias mais utilizadas quanto ao enquadre das entrevistas com os pais foram o atendimento com entrevistas específicas, e encaminhá-los para tratamento pessoal caso essa necessidade seja identificada. As principais técnicas utilizadas nas entrevistas com os pais foram a escuta aberta, coleta de informações sobre a criança e aconselhamento/orientação. A Tabela 3 apresenta a frequência com que os participantes do estudo trabalham os sentimentos dos pais em relação à psicoterapia, os seus próprios sentimentos em relação aos pais, a frequência da avaliação dos benefícios e riscos da participação dos pais e a abordagem do sigilo utilizada.

Tabela 3

Abordagem dos Sentimentos dos Pais e do Terapeuta, Avaliação de Riscos e Benefícios da Participação dos Pais e Sigilo.

Categoria	Frequência				
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Abordagem dos sentimentos dos pais em relação à psicoterapia	37(48,7%)	23 (30,3%)	12(15,8%)	4 (5,3%)	0 (0%)
Análise dos próprios sentimentos em relação aos pais	46(60,5%)	18 (23,7%)	10(13,2%)	2 (2,6%)	0 (0%)
Avaliação dos benefícios da participação dos pais	52(68,4%)	21 (27,6%)	3 (3,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Avaliação dos riscos da participação dos pais	2 (2,6%)	4 (5,3%)	23(30,3%)	30(39,5%)	17(22,4%)
	Abordagem do sigilo			Sim	Não
Tanto as sessões da criança quanto as entrevistas com os pais são sigilosas				38(50%)	38(50%)
As sessões da criança são sigilosas; o conteúdo das entrevistas com os pais poderá ser compartilhado com a criança				49(64,5%)	27(35,5%)

Conforme a Tabela 3, a maioria dos profissionais costuma avaliar os benefícios da participação dos pais no processo de psicoterapia da criança, o que não ocorre com a

avaliação dos riscos dessa participação. Os sentimentos dos pais em relação à psicoterapia, e principalmente os próprios sentimentos em relação aos pais, de acordo com os participantes, costumam ser analisados com frequência.

Observou-se uma divisão quanto ao sigilo das sessões da criança e das entrevistas com os pais. Ao mesmo tempo, mais de 60% dos participantes declarou que, eventualmente, poderá compartilhar com a criança conteúdos das entrevistas com os pais.

Os participantes do estudo responderam também a três questões dissertativas e a análise de conteúdo permitiu identificar as seguintes categorias: i) A criança como sintoma dos conflitos familiares ou do casal; ii) Resistência dos pais à psicoterapia e às mudanças; iii) Cumprimento do contrato pelos pais; iv) Aliança terapêutica; v) Compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas da criança; e vi) Fortalecimento dos vínculos pais-filhos. As três primeiras categorias referem-se a dificuldades percebidas pelos participantes quanto à participação dos pais no processo terapêutico das crianças, enquanto as três categorias seguintes referem-se aos benefícios dessa participação. A seguir, descreve-se cada categoria.

I) A criança como sintoma dos conflitos familiares ou do casal

De acordo com os psicoterapeutas, uma dificuldade comum na prática clínica com crianças ocorre quando elas ocupam o papel de representantes ou sintoma do conflito familiar ou conjugal. Nessas situações, a criança pode ocupar o lugar de um bode expiatório, os pais enfrentam dificuldades para perceber os seus conflitos e delegam ao terapeuta a tarefa de resolver o “problema”, sem se implicar. Em tais casos, os pais apresentam dificuldade para rever e mudar os próprios comportamentos, podem não estabelecer uma aliança terapêutica satisfatória com o terapeuta do filho ou filha. Os

pais não percebem claramente, nesses casos, o sofrimento dos seus filhos, experimentam um sentimento inconsciente de fracasso pelos problemas deles, do qual se defendem manifestando uma transferência competitiva e invejosa com o terapeuta. Um exemplo que ilustra as respostas nesta categoria é o seguinte: *“As crianças, muitas vezes, são sintomas de famílias desajustadas, que possuem papéis confusos e relações conflituosas. Assim, os pais, muitas vezes, têm dificuldade de manter os filhos em tratamento, porque isso implica numa mudança nas relações com essa criança e no lugar que este sujeito ocupa na família. Os pais podem agir de forma a negar o sintoma da criança por ser doloroso esse olhar de que o filho tem problemas, o que também tem a ver com as questões narcísicas dos pais”*.

II) Resistência dos pais à psicoterapia e às mudanças

Nesta categoria, foram consideradas as respostas que descreveram a resistência à mudança dos pais, suas dificuldades para cumprir combinações, interromperem o tratamento quando a criança melhora ou quando emergem as suas próprias dificuldades. Os terapeutas relataram também a dificuldade dos pais (homens) de participar do tratamento dos filhos, em muitos casos, e de comparecer às entrevistas para as quais são convidados. Por exemplo: *“Curiosamente só consegui me recordar de episódios negativos, quando o processo não deu certo e os pais retiraram as crianças do tratamento, seja porque começaram a ver a criança mudando e não toleraram essa mudança, seja por acharem que o afeto desenvolvido pela criança em relação ao terapeuta estaria “ameaçando” a relação dessa mãe com seu filho, ou seja, porque o tratamento estava “ameaçando” o status quo daquela organização familiar e então foi suspenso”*. E também: *“Já tive casos em que o pai não costumava participar, era apenas responsabilidade da mãe, porém, sempre enfatizo a importância dos dois*

poderem participar, e após muita insistência o pai se faz presente”.

III) Cumprimento do contrato pelos pais

Os terapeutas relataram que as questões do contrato na psicoterapia de crianças podem se constituir como dificuldades relacionadas aos pais e implicar riscos para o tratamento. Atrasos, faltas, não cumprimento das combinações de pagamento e outras tentativas de romper o contrato, como no que diz respeito ao sigilo, foram relatadas pelos terapeutas. Exemplos: *“Invasão do espaço da criança. Tentativa de romper com o contrato, principalmente no que diz respeito ao sigilo”*. *“Os horários precisam ser mudados e esse novo horário também não está bom”*. *“Não podemos mais manter o tratamento por falta de dinheiro”*. *“Esquecemos de avisar que ele ficou doente”*. *“Não tem quem o traga”*.

IV) Aliança terapêutica

Com relação aos benefícios da participação dos pais na psicoterapia das crianças, muitas falas reportaram-se a elementos que podem ser considerados no escopo da aliança terapêutica. Foi destacada a colaboração com o processo terapêutico propiciado pela participação dos pais, o aporte de informações possibilitado com essa participação, o favorecimento da adesão da criança ao tratamento, proporcionando um ambiente de confiança, onde ela se sinta segura para realizar a psicoterapia. Segundo os participantes, as entrevistas com os pais oferecem um espaço de acolhimento, escuta, reflexão, possibilitando que revejam seus papéis, posições e dificuldades, atenuando o estigma de que a criança é o ‘problema’ e promovendo *insights*. Exemplos: *“Eles são responsáveis pelo tratamento da criança, assim se não efetuarmos uma boa aliança terapêutica com eles, os pais poderão sentir-se de fora do processo e boicotar o*

tratamento do filho". Ou então: "... valoriza a criança, atesta sua importância para os pais. Estes também se beneficiam enormemente, na medida em que encontram um espaço de acolhimento, escuta, reflexão, podendo questionar seus papéis, rever posições, dificuldades e buscar superá-las".

V) Compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas da criança

Conforme os profissionais entrevistados, a participação dos pais no tratamento dos seus filhos, por meio das entrevistas de acompanhamento com o terapeuta da criança, promove a compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas apresentados pelas crianças. Possibilita a compreensão das suas expectativas, desejos, angústias, sentimentos de culpa e frustrações em relação à criança, do seu papel nos sintomas dela, o que contribui para a superação desses sintomas, e para a manutenção das melhoras que vão sendo alcançadas. Por exemplo: "*Se o sintoma da criança apresenta alguma relação com o vínculo que esta possui com seus pais, é de fundamental importância, além de trabalhar as questões internas da criança, auxiliá-los a pensarem-se enquanto pais e entenderem as mudanças e ajudas que a criança necessita durante o tratamento por parte deles, para que o vínculo com eles não siga propondo efeitos patógenos para a criança*". E também: "*A compreensão de que o adoecimento da criança não está desligado do contexto em que vivem, principalmente o familiar e de que a família, principalmente os pais, estão incluídos neste processo e precisam se compreender como parte desse todo produtor do sofrimento psíquico da criança, para que ela não fique sozinha "remando contra a maré"*".

VI) Fortalecimento dos vínculos pais-filhos

Na visão dos participantes, a inclusão dos pais na psicoterapia da criança

promove o fortalecimento do vínculo pais-filhos. O remanejamento de dinâmicas conflitivas e repetitivas, a alteração dos estilos parentais, uma maior possibilidade de identificação das próprias emoções e sentimentos e a compreensão do estado emocional dos filhos melhora a comunicação e a compreensão entre os membros da família. Conseqüentemente, a qualidade do ambiente e do convívio familiar se vê positivamente impactada, o que também fortalece os vínculos. Exemplos: *“Os benefícios são infinitos, os pais são importantíssimos para o processo de mudança nos comportamentos da criança. Melhorando o relacionamento familiar, o convívio social, fornece o autoconhecimento para todos os membros familiares, assim, passam a aceitar melhor um ao outro, e compreender melhor os sentimentos e pensamentos de cada um, aceitando que cada pessoa é diferente uma da outra, portanto, devem manter o respeito e a aceitação de cada comportamento”*. E também: *“O acompanhamento dos pais durante a psicoterapia da criança promove benefícios para a dinâmica familiar como um todo, melhora a comunicação e a compreensão entre os membros da família”*. E ainda: *“O fortalecimento do vínculo familiar e do vínculo paciente-terapeuta. O sentimento de valia e acolhimento que a criança passa a ter em relação aos pais, pois, quando os pais frequentam as sessões, a criança percebe que é importante naquela família”*.

Discussão

Constata-se que quase 90% dos participantes deste estudo declararam-se como sendo do sexo feminino. Tal informação alinha-se com dados do Conselho Federal de Psicologia, que indicam que 89% dos profissionais da Psicologia no Brasil são mulheres (Lhullier, Roslindo, & Moreira, 2013).

Mais de 86% residiam no Rio Grande do Sul quando responderam à pesquisa,

predominando um perfil de adultos jovens (26 a 35 anos) em mais da metade dos respondentes (53,9%). A maior parte dos respondentes (64,5%) não tinha filhos, e 43,4% possuía até três anos de experiência clínica quando responderam ao estudo. A mesma porcentagem, contudo, tinha entre 4 e 15 anos de experiência em psicoterapia de crianças.

Mesmo com a predominância de um perfil jovem, a maioria dos participantes havia realizado alguma formação em psicoterapia (56,6%), predominando a psicanálise como abordagem teórica de formação (62,8%) e de base para a atuação clínica (53,9%). Ao mesmo tempo, pouco mais da metade dos participantes (51,3%) realizou curso de especialização *lato sensu*.

Não é possível afirmar que tais perfis representam a população de psicoterapeutas de crianças brasileiros, tampouco dos gaúchos que predominaram no grupo pesquisado. A técnica utilizada para acessar os participantes, por conveniência, pode ter implicado algum viés que resultou nas características do perfil predominante – psicoterapeutas jovens adultos, sem filhos, com até três anos de experiência clínica, com formação em psicoterapia psicanalítica.

Contudo, não há nenhuma razão para suspeitar que tal perfil seja determinante para as formas de inclusão dos pais na psicoterapia de crianças. É interessante observar que todos os participantes incluem os pais no tratamento dos seus filhos, seja de forma regular (76,3%), seja de acordo com as necessidades do caso (23,7%). Pelo menos uma entrevista mensal, específica para os pais, costuma ser realizado pelos participantes, com o objetivo de acolhê-los, coletar informações sobre a criança, aconselhar/orientar e trabalhar a aliança terapêutica (ver tabela 2).

Este resultado indica que a controvérsia sobre a inclusão ou não dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças parece ter sido superada. Há um consenso entre a

maior parte dos psicoterapeutas deste estudo sobre a importância da participação dos pais, e há também flexibilidade quanto à forma em que essa participação poderá ocorrer. De acordo com os psicólogos que responderam ao questionário, também poderão ser realizadas entrevistas em conjunto com os pais e a criança, pais separados poderão ser atendidos separadamente, haverá encaminhamento para tratamento pessoal caso necessário, e a frequência das entrevistas poderá ser intensificada se for preciso.

Esses achados vão na direção da literatura, que destaca a necessidade e a importância da inclusão dos pais na psicoterapia da criança (Chahine, 2011; Dugmore, 2009; Fortes, 2008; Glenn et al., 1996; Harel et al., 2006; Kernberg et al., 2012; Klinger et al., 2011; Nevas & Farber, 2001; Oren, 2011; Pozzi-Monzo et al., 2012; Sei et al., 2008; Zavaschi et al., 2005). Contudo, as práticas reveladas pelos psicoterapeutas também se dividem, assim como descrito na literatura, entre abordagens mais compreensivas e intervencionistas e outras que circunscrevem a participação dos pais ao intercâmbio de informações.

Nesse sentido, as respostas à questão acerca da abordagem técnica utilizada nas entrevistas com os pais evidenciam que mais de 90% dos entrevistados oferece aos pais, em entrevistas específicas, um espaço de escuta aberta. Pouco mais de 40% dos profissionais analisam a transferência e a contratransferência, e a maioria analisa, com frequência, os sentimentos dos pais em relação à psicoterapia e os seus próprios sentimentos em relação aos pais. Esses resultados correspondem à adoção de um modelo psicanalítico como base para essa atividade.

Igualmente significativas foram as porcentagens que indicaram a coleta de informações sobre a criança e o aconselhamento e a orientação oferecidos aos pais (88,2% e 72,4%, respectivamente). Isso sugere que os profissionais poderão adotar diferentes abordagens, dependendo do caso, ou com o mesmo paciente em diferentes

momentos do processo terapêutico.

Ao mesmo tempo, há uma tendência dos terapeutas de assumir uma postura mais diretiva com relação ao enquadre das entrevistas com os pais, definindo, em quase 80% dos casos, quem vem para as entrevistas. Da mesma forma em relação à abordagem do sigilo, uma vez que quase 65% dos profissionais informou que o conteúdo das entrevistas com os pais poderá ser compartilhado com a criança. Na mesma direção, apenas 50% dos terapeutas informou manter o sigilo das sessões da criança e das entrevistas com os pais.

Como já foi visto acima, a literatura não é unívoca no que diz respeito às prescrições técnicas para a inclusão dos pais no processo terapêutico dos seus filhos. Porém, com relação ao sigilo, há concordância entre os autores. Kernberg et al. (2012) recomendam a manutenção da confidencialidade das sessões da criança, para respeitar sua autonomia e proteger a aliança terapêutica. Alcantara (1998), embora reconhecendo a curiosidade dos pais sobre as atitudes e motivações dos filhos, assinala que o terapeuta deverá manter a regra de que, sendo a criança o seu paciente, suas comunicações jamais poderão ser reveladas. Por outro lado, destaca que o relato dos pais sobre a criança pode ser compartilhado com ela. A regra do sigilo é a principal garantia do espaço da criança no processo terapêutico, e o reconhecimento desta regra pela criança pode ser lido como um indicador de que ela identifica a psicoterapia como um lugar distinto e de confiança.

Há um reconhecimento, por parte dos participantes deste estudo, de que a inclusão dos pais na psicoterapia da criança pode implicar alguns riscos e dificuldades para o processo terapêutico, ao mesmo tempo em que traz benefícios. A análise das questões dissertativas evidenciou tais aspectos.

Muitas vezes, as dificuldades apresentadas pela criança são sintomas de conflitos familiares ou conjugais (categoria I). Nesses casos, a psicoterapia da criança poderá

constituir uma ameaça para o *status quo* daquela família, o que foi percebido como uma dificuldade pelos terapeutas. Conflitos das mais diversas ordens poderão encontrar uma via de expressão nos sintomas da criança, e a compreensão dessa dinâmica, ao mesmo tempo em que constitui uma via para a cura, pode também significar uma obstrução à evolução do processo terapêutico (Alcantara, 1998; Klinger et al., 2011; Motta, 2008; Rosenberg, 1994; Sei et al., 2008).

Isso nos conduz a considerar a segunda categoria identificada, que diz respeito às resistências dos pais à psicoterapia e às mudanças. De acordo com os terapeutas, as dificuldades da criança e sua psicoterapia podem mobilizar nos pais sentimentos de culpa e/ou fazer com que se depare com as próprias dificuldades. Além disso, a melhora da criança, via de regra, produz a demanda de um reordenamento da dinâmica familiar, das posturas e comportamentos anteriores de superproteção, simbiose, dependência etc.

Sentimentos persecutórios podem ser despertados nos pais pelo medo de serem julgados ou criticados pelo terapeuta (Dugmore, 2009; Finkel, 2009; Pozzi-Monzo et al., 2012). Tais fatores podem fazer surgir resistências mais ou menos intensas nos pais, que poderão se expressar nas dificuldades para o cumprimento do contrato terapêutico por parte dos pais, outro risco identificado pelos participantes do estudo. *Acting outs* tais como faltas, atrasos, não pagamento foram descritos pelos terapeutas como dificuldades observadas na psicoterapia de crianças, relacionadas à esfera dos pais. Esses fatores podem requerer manejos por parte do terapeuta, que corresponderão às abordagens mais ou menos intervencionistas descritas acima.

Por outro lado, segundo os terapeutas, a participação dos pais na psicoterapia da criança também traz benefícios. Entre eles, o fortalecimento da aliança terapêutica foi enfatizado pela grande maioria dos participantes. A psicoterapia de uma criança envolve necessariamente seus pais ou responsáveis, mesmo que estes não participem de

entrevistas com o terapeuta do(a) filho(a). Para os psicólogos consultados tão importante quanto aliança terapêutica com a criança é estabelecer uma sólida aliança terapêutica com os pais. A promoção de um ambiente de confiança e de segurança, de acolhimento e aceitação não crítica, pode permitir aos pais um espaço de reflexão, revisão de papéis, *insights* e mudanças. Talvez por isso a escuta aberta, como abordagem técnica utilizada nas entrevistas com os pais, tenha sido reportada com tanta frequência, por mais de 90% dos terapeutas.

A compreensão da dinâmica familiar e dos sintomas da criança é mais um benefício descrito pelos psicoterapeutas participantes do estudo (categoria V). Além do valor diagnóstico possibilitado pela inclusão dos pais (Motta, 2008), a sua escuta por parte do terapeuta permite compreender o lugar que a criança ocupa no mundo fantasmático desses pais. Para Klinger, et al. (2011), a inclusão do discurso parental no tratamento da criança é fundamental, pois além de ser uma forma de situar a criança em relação ao desejo dos pais, é também um espaço de escuta do drama familiar, que possibilita alcançar uma compreensão dos significados que se escondem por trás dos sintomas da criança. Na mesma direção, Rosenberg (1994) e Napolitani (2007) compreendem que o terapeuta não deve se ocupar dos pais da criança como um educador, pois a psicoterapia, quando baseada numa abordagem psicanalítica, não é uma experiência pedagógica. Consequentemente, a intervenção junto aos pais não deve se dar ao nível da realidade, mas sim dos fantasmas e das angústias predominantes. Entretanto, nas respostas que os psicólogos forneceram às questões dissertativas e ao questionário como um todo, pode-se constatar que suas interações com os pais durante a psicoterapia da criança se dá em diferentes níveis, muitas vezes no mesmo caso e não apenas com crianças diferentes dependendo das características e necessidades apresentadas.

Por fim, ainda sobre os benefícios percebidos da inclusão dos pais na psicoterapia da criança, foi possível formular uma sexta categoria, relativa ao fortalecimento dos vínculos pais-filhos. De acordo com as respostas e os episódios marcantes narrados ao longo das suas trajetórias clínicas, os psicoterapeutas evidenciaram que o remanejamento de dinâmicas conflitivas e repetitivas, a alteração de estilos parentais e a compreensão dos sintomas e do sofrimento da criança, possibilitados ou promovidos pelo contato com os pais, resulta, via de regra, em vínculos fortalecidos. A qualidade da comunicação e da compreensão mútua melhora e os relacionamentos e os vínculos adquirem novos significados.

Contudo, não é possível estabelecer uma relação linear de causa e efeito entre entrevistas com os pais e fortalecimento dos vínculos pais-filhos. Mas, a tendência de inclusão dos pais é evidente na literatura e ficou clara nas respostas dos psicoterapeutas deste estudo. A criança faz parte de uma matriz relacional (Harel et al., 2006). Isso implica que “a psicoterapia de crianças, diferentemente da de adultos, é necessariamente triádica: a importância do pai e da mãe não pode ser negada ou ignorada” (Nevas & Farber, 2001, p. 169).

Considerações Finais

Os resultados deste estudo de caráter exploratório evidenciaram uma tendência clara de inclusão dos pais, em entrevistas específicas na maior parte dos casos, na psicoterapia de crianças. As controvérsias identificadas na literatura científica, especialmente de abordagem psicanalítica, acerca da inclusão ou não dos pais, parece estar sendo superada em favor de uma abordagem mais integrativa, que leva em conta a importância e o cuidado relativos ao lugar que a criança ocupa na economia psíquica e nos conflitos parentais, mas também considera aspectos emergentes e emergenciais do

cotidiano e da realidade da vida familiar, e dos comportamentos e interações que se dão em tais contextos.

A complexidade da participação dos pais na psicoterapia dos seus filhos(as) foi reconhecida, assim como a existência de riscos implicados por tal inclusão. Porém, os benefícios dessa participação também foram salientes, e parecem superar e compensar as dificuldades.

Não é possível afirmar se a tendência de inclusão dos pais identificada neste estudo é resultante do perfil predominantemente jovem dos participantes e dos poucos anos de experiência clínica, e se ela poderia ser generalizada para a prática atual da psicoterapia de crianças. O número limitado de participantes, assim como dos subgrupos que compõem a presente amostra, em termos das várias abordagens teóricas de base, formações, tempo de experiência clínica, regiões do país em que atuam não permitiu uma série de análises estatísticas que possibilitariam a formulação de outras hipóteses e constatações sobre as formas de trabalho com os pais.

Futuros estudos, com amostras maiores e mais representativas, poderão investigar em que medida é possível constatar diferentes formas de trabalho com os pais e suas relações com as variáveis acima elencadas. Estudos qualitativos e estudos de caso sistemáticos também poderão investigar em profundidade a complexa dinâmica relacionada à inclusão dos pais na psicoterapia de crianças, incluindo a perspectiva de diferentes participantes como a criança e os próprios pais, além dos terapeutas. É importante trabalhar no sentido da constituição de uma base de evidências acerca do que funciona e como funciona na psicoterapia de crianças.

Há uma carência de investigações que contemplem os tratamentos que são oferecidos a essa população, de forma a revisar e sistematizar seus pressupostos teóricos e técnicos, a teoria de mudança subjacente e conseqüentemente qual a abordagem

técnica que deve ser seguida. Esse é um desafio e um compromisso para clínicos e pesquisadores. Constatou-se neste estudo que psicoterapeutas de crianças, na sua prática clínica cotidiana, têm buscado formas de melhor oferecer esse atendimento, o que tem incluído os pais no processo terapêutico.

Referências

- Aberastury, A. (1996). *Abordagens à psicanálise de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alcantara, J. V. N. (1998). O lugar dos pais na psicoterapia psicanalítica com crianças. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70.
- Chahine, M. A. (2011). Psicoterapia psicanalítica com crianças. *IV congresso de Psicologia da UNIFIL*. Retrieved from: http://www.unifil.br/portal/servicos/publicacoes/anais_de_evento/iv_congresso_psicologia_da_unifil/
- Dugmore, N. (2009). Ghosts, aliens and things that go bump in the night: Parent-child psychotherapy in relation to childhood sleep difficulties. *Psycho-analytic psychotherapy in South Africa*, 17(1), 36-58. Retrieved from: http://reference.sabinet.co.za/webx/access/electronic_journals/ppsa/ppsa_v17_n1_a4.pdf
- Finkel, L. A. (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança: Uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29(1), 190-203. doi: 10.1590/S1414-98932009000100016
- Fortes, M. G. G. B. (2008). O vó de Ícaro: A trajetória de um caso clínico sob as luzes

da psicanálise infantil. *Contemporânea-Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 6, 55-76. Retrieved from <http://www.revistacontemporanea.org.br/site/wp-content/artigos/artigo188.pdf>

Freud, A. (1971). *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1927).

Freud, S. (1996). *Dois histórias clínicas: O “pequeno Hans” e o “homem dos ratos”* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. X). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1909).

Glenn, J., Sabot, L., & Bernstein, I. (1996). O papel dos pais na análise de crianças. In J. Glenn (Ed.), *Psicanálise e psicoterapia de crianças* (pp. 239-258). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Harel, J., Kaplan, H., Avimeir-Patt, R., & Ben-Aaron, M. (2006). The child's active role in mother-child, father-child psychotherapy: A psychodynamic approach to the treatment of relational disturbances. *Psychology and Psychotherapy*, 79(1), 23-36. doi: 10.1348/147608305X52577

Kernberg, P.F., Ritvo, R., & Keable, H. (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.015

Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças*. (Obras completas de Melanie Klein; v. II). (L. P. Chaves, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago Ed. (Original publicado em 1975).

Klinger, E. F., Reis, B. K., & Souza, A. P. R. (2011). A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis. *Estilos da Clínica*, 16(1), 96-115. doi: 10.11606/issn.1981-1624.v16i1p96-115

Lhullier, L. A., Roslindo, J. J., & Moreira, R. A. L. C. (2013). Quem é a psicóloga brasileira. *Conselho Federal de Psicologia*. Disponível em:

http://www.crp04.org.br/CRP2/Image/pesquisa_quem_psicologa_brasileira.pdf.

Acesso em 20 de maio de 2016.

- Motta, I. F. (2008). Intervenções psicoterápicas no desenvolvimento psicológico: O trabalho com os pais. In I. C. Gomes (Ed.), *Família: Diagnóstico e abordagens terapêuticas* (pp. 113-123). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Napolitani, I. (2007). O trabalho com os pais na análise de crianças. *Psicologia Revista*, 16(1), 29-49. Retrieved from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/18056/13416>
- Nevas, D. B., & Farber, B.A. (2001). Parents' attitudes toward their child's therapist and therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 165-170. doi: 10.1037/0735-7028.32.2.165
- Oren, D. (2011). Psychodynamic parenthood therapy: A model for therapeutic work with parents and parenthood. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(4), 553-570. doi: 10.1177/1359104511426403
- Pozzi-Monzo, M., Lee, A., & Likierman, M. (2012). From reactive to reflective: evidence for shifts in parents' state of mind during brief under-fives psychoanalytic psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 151-164. doi: 10.1177/1359104511403682
- Rosenberg, A. M. S. (1994). *O lugar dos pais na psicoterapia de crianças*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Sei, M. B., Souza, C. G. P. & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo/Revista do NESME*, 2(5), 101-219. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v5n2/v5n2a09.pdf>
- Stürmer, A., Ruaro, C. K., & Saraiva, L. A. (2009). O lugar dos pais na psicoterapia de

crianças e adolescentes. In M. G. K. Castro, & A. Stürmer (Eds.), *Crianças e adolescentes em psicoterapia: A abordagem psicanalítica* (pp. 117-140). Porto Alegre, RS: Artmed.

Sutton, A., & Hughes L. (2005). The psychotherapy of parenthood: Towards a formulation and valuation of concurrent work with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(2), 169-188. doi: 10.1080/00754170500221253

Zavaschi, M. L., Bassols, A. M., Bergmann, D. S., & Costa, F. M. (2005). Abordagem psicodinâmica na infância. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Eds). *Psicoterapia de orientação analítica – fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 717-737). Porto Alegre, RS: Artmed.

Estudo 2

Mudanças durante a Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças na Visão de seus Pais e Mães

Resumo

A mudança terapêutica é descrita de várias formas na literatura, dependendo da abordagem teórica que se trate. Pode referir-se à superação dos sintomas, e também a outras esferas como mudanças nos padrões de relacionamento, segurança do apego, e mecanismos de defesa mais maduros. O objetivo deste estudo foi identificar a visão dos pais acerca das mudanças dos seus filhos durante a psicoterapia psicodinâmica. O desenho do estudo foi qualitativo, descritivo e longitudinal. Participaram da pesquisa pais e mães de quatro crianças atendidas em consultório particular, por três psicoterapeutas com formação em psicoterapia psicanalítica. Os resultados revelaram que as principais mudanças, na visão dos pais e mães, não se restringiram à superação dos sintomas, mas incluíram também melhoras no funcionamento mental das crianças e no ajustamento à realidade. As mudanças percebidas pelos pais não foram lineares, mas comportaram avanços e retrocessos.

Palavras chave: psicoterapia psicodinâmica, mudança terapêutica, crianças, pais.

Abstract

Therapeutic change is described in several ways in the literature, depending on the theoretical approach involved. It can refer to the overcoming of symptoms, and also to other spheres such as changes in relationship patterns, attachment security, and more mature defense mechanisms. The aim of this study was to identify the parents' view of the changes of their children during psychodynamic psychotherapy. The design of this

study was qualitative, descriptive and longitudinal. The parents of four children attending a private practice were studied by three psychotherapists trained in psychoanalytic psychotherapy. The results revealed that the main changes in the parents' view were not limited to overcoming the symptoms but also included improvements in the mental functioning of children and adjustment to reality. The changes perceived by the parents were not linear, but they included advances and setbacks.

Key-words: psychodynamic psychotherapy, therapeutic changes, children, parenthood.

Introdução

A psicoterapia psicodinâmica ou psicanalítica de crianças é uma abordagem que visa abordar situações focais, identificar e resolver conflitos de desenvolvimento, facilitar a aquisição de *insight* sobre as motivações inconscientes de comportamentos relacionados aos principais conflitos e ajudar o paciente a retomar um curso normal de desenvolvimento (Zavaschi, Bassols, Bergmann, & Costa, 2005). O aspecto mais essencial do tratamento psicodinâmico infantil é interpretar os impulsos e as defesas conflitantes do paciente. Esta técnica permite que o ego funcione mais adaptativamente, permitindo, assim, a modificação das defesas, uma mudança no superego e uma maior gratificação instintiva. Ao longo da psicoterapia, espera-se que as tendências regressivas da criança diminuam; que elas superem inibições e bloqueios de desenvolvimento; e que a energia liberada e neutralizada estará disponível para atividade sublimada.

Diferentes vertentes da teoria psicanalítica descreveram concepções metapsicológicas específicas, que originaram diferentes abordagens no *setting* terapêutico e, conseqüentemente, correspondentes concepções de mudança terapêutica. Assim, por exemplo, para Melanie Klein, a mudança terapêutica seria caracterizada pela redução da ansiedade persecutória e depressiva, por uma maior integração dos objetos

internos do paciente e pelo incremento do *insight* sobre a realidade psíquica. Anna Freud enfatizou a importância da retomada do desenvolvimento. Para Winnicott, a aquisição do verdadeiro *self* é um elemento que se destaca. Para Bion, é importante que se considere a maturação do “aparelho para pensar os pensamentos”. E para Lacan, as mudanças na posição do indivíduo com relação ao desejo do Outro constituiria aspecto fundamental de mudança no decorrer do processo analítico.

Posteriormente, teóricos da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica de crianças descreveram critérios para se considerar o término do tratamento de uma criança, com base nas mudanças conquistadas. Sandler (1982) postulou que tais critérios se relacionam com as metas analíticas, e que eles envolvem três grupos: a meta analítica de retomada do desenvolvimento normal da criança, o progresso do próprio trabalho analítico, incluindo a resolução da transferência e, finalmente, as conquistas fora do enquadre analítico, incluindo a adaptação da criança em casa e na escola.

Coppolillo (1990) salientou mudanças observáveis que podem ser evidenciadas pela criança: maior adequação à idade (companheiros, jogos apropriados); a criança começa a mostrar um sentido definido e reconhecível de si mesma; ela apresenta maior plasticidade no seu funcionamento mental, diminuindo os modos rígidos e repetitivos de responder às demandas, os quais são substituídos por maior variedade e flexibilidade. Para Coppolillo, o desaparecimento dos sintomas é acompanhado pelas evidências de um trabalho de elaboração, ao mesmo tempo em que a criança se identifica com o processo de psicoterapia (associa, faz observações por si mesma). O seu manejo da transferência melhora, o que costuma ser acompanhado pela diminuição dos ressentimentos em relação ao meio ambiente. Seus investimentos se tornam mais positivos e esperançosos, surgindo novos interesses e atividades.

Kernberg et al. (2012) corroboraram tais critérios, salientando as mudanças no

relacionamento da criança com o terapeuta e na qualidade de suas comunicações, com aumento de verbalizações, a aquisição de uma perspectiva de tempo, e o uso de defesas mais flexíveis e evoluídas. Maior autonomia e autoconfiança, assim como maior capacidade reflexiva sobre os próprios estados mentais e os dos outros também foram mudanças descritas por esses autores.

Contudo, também é importante lembrar que cada paciente mostra uma trajetória de mudança e de crescimento única. Luyten, Blatt e Mayes (2012) salientaram que o processo de mudança ou melhora na psicoterapia psicodinâmica (PP) não é um processo linear. Esses autores relataram que há exemplos de ganhos súbitos e momentos críticos relatados na literatura teórica, clínica e empírica sobre fenômenos de regressão e os chamados *sleeper effects*. Também descreveram pesquisas que mostraram que diferentes estilos de apego estão associados a diferentes processos terapêuticos, indicando que a forma como o indivíduo experimenta relacionamentos significativos pode impactar e até mesmo definir o padrão de mudança / melhora na psicoterapia.

Nesse sentido, de acordo com Luyten et al. (2012), mudanças que podem ser consideradas como resultado de uma psicoterapia incluem mudanças na diferenciação, articulação e integração nas representações do objeto; mudanças nos estados da mente com relação às experiências de apego; mudanças nos sentimentos de segurança; representações do *self* e dos outros mais diferenciadas e integradas; níveis mais altos de integração da identidade; desenvolvimento da função reflexiva ou mentalização; menos uso de mecanismos de defesa primitivos; aumento da capacidade de autoanálise; habilidade para experimentar novos comportamentos, especialmente em relacionamentos interpessoais; encontrar prazer em novos desafios; maior tolerância aos afetos negativos; uso de estratégias para se acalmar, incluindo o uso da representação do terapeuta como um bom objeto interno suportivo; e maior *insight* sobre como o passado

pode determinar o presente. Evidentemente, tais possibilidades devem ser consideradas de acordo com a etapa de desenvolvimento emocional, cognitivo e social do paciente.

Strupp (2013) discutiu a importância dos critérios para se avaliar a mudança terapêutica, e salientou que eles poderiam ser reunidos em três grupos. Esses critérios foram sistematizados por Knight há muito tempo (1941), inspirado pelo trabalho de psicanalistas como Fenichel, Strachey e Bibring, entre outros, e que se debruçaram sobre o tema. Os critérios relatados por Strupp agrupam-se nas seguintes rubricas: i) desaparecimento dos sintomas; ii) melhora efetiva no funcionamento mental (que inclui *insight* intelectual e emocional sobre os conflitos; tolerância, sem ansiedade, dos impulsos instintivos; autoaceitação, com avaliação acurada dos próprios potenciais e fragilidades; liberação equilibrada da agressividade necessária para autopreservação, conquistas, competição e garantia de direitos) e iii) ajustamento à realidade (que inclui relacionamentos interpessoais consistentes baseados numa escolha objetal saudável; livre utilização de habilidades; capacidade de sublimação; ajustamento psicosssexual).

Mais recentemente, Krause, Altimir, Pérez e De La Parra (2015) descreveram indicadores de mudança que podem ser observados em diferentes etapas do tratamento. Foram descritos 19 indicadores genéricos de mudança, que permitem uma análise do processo terapêutico, simultaneamente. O primeiro estágio foi caracterizado pela consolidação inicial do relacionamento terapêutico, e inclui indicadores como aceitação de que existe um problema e da necessidade de ajuda e desejo de mudança, entre outros. No segundo estágio, haveria uma abertura crescente para novos *insights* e significados, descoberta de novos aspectos do *self* e estabelecimento de novas conexões. Finalmente, o terceiro estágio foi caracterizado pela consolidação de novas compreensões e construção de uma narrativa subjetiva.

Todas as abordagens descritas até aqui oferecem parâmetros para os clínicos na

apreciação das mudanças e das melhoras obtidas como resultado de uma PP. Também oferecem um enquadre para os pesquisadores interessados na investigação da efetividade ou eficácia desses tratamentos. A pesquisa no campo da psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica tem tido um importante desenvolvimento nas últimas décadas. Estudos de resultado e, mais recentemente, estudos acerca do processo terapêutico, têm sido empreendidos, contribuindo para o estabelecimento de uma base de evidências acerca dessa modalidade psicoterápica.

Contudo, os estudos que se destinaram a examinar a PP com crianças ainda representam um número mais restrito no panorama das pesquisas. As revisões publicadas nos últimos anos indicaram que a PP produz mudanças clinicamente significativas (Midgley & Kennedy, 2011; Palmer, Nascimento, & Fonagy, 2013; Weiz, Doss, & Hawley, 2005) e Deakin e Nunes (2008) em âmbito nacional. Porém, os autores são unânimes em afirmar que muitos dos resultados não são conclusivos, ou os estudos revisados apresentavam problemas metodológicos, e que são necessárias novas pesquisas para que se compreenda as mudanças resultantes de uma PP.

Os estudos que analisaram os resultados da PP com crianças, em geral, adotaram medidas aplicadas diretamente à criança ou medidas respondidas pelos pais ou responsáveis, tais como o *Child Behavior Checklist (CBCL)*, o *Child Depression Inventory (CDI)*, o *WISC-III*, o *Rorschach*, o *Bender*, a *Children's Global Assessment Scale (CGAS)*, *Child Attachment Interview*, *MsArthur Story Stem Battery*, entre outros instrumentos (Deakin & Nunes, 2009; Eresund, 2007; Heede, Runge, Storebo, Rowley, & Hansen, 2007; Odhamar, Sundin, Jonson, & Calberg, 2011; Target, March, Ensink, Fabricius, & Fonagy, 2002; Trowell et al., 2007). Estas medidas buscam identificar mudanças nos sintomas apresentados pelas crianças (CBCL, CDI, CGAS), mudanças na organização e funcionamento da personalidade (Rorschach), mudanças nas

representações de apego (*Child Attachment Interview, MsArthur Story Stem Battery*), ou mudanças em fatores específicos como inteligência verbal e não verbal, desenvolvimento psicomotor (WISC-III, Bender).

Alguns estudos analisaram as mudanças da perspectiva da criança (Capella et al., 2015), ou suas expectativas e experiências em relação à PP (Calberg, Thorén, Billstrom, & Odhammar, 2009). No estudo de Capella et al., um menino de oito anos que havia sido vítima de abuso sexual intrafamiliar evidenciou, por meio de desenhos, a percepção de mudanças nos seus estados emocionais e crescimento pessoal e empoderamento, após dois anos de PP com sessões semanais. No estudo de Calberg et al. dez crianças de seis a dez anos de idade foram entrevistadas antes e depois dos seus tratamentos. Elas revelaram, na primeira entrevista, esperanças e expectativas positivas em relação à psicoterapia, e avaliaram essa experiência como positiva ou muito positiva depois do seu término. Medidas de auto-relato sobre mudanças revelaram um grau moderado de melhora dos seus problemas no final das psicoterapias. Suas atitudes pré-tratamento foram correlacionadas com as melhoras identificadas nos instrumentos de autorrelato pós-tratamento.

As mudanças e as expectativas em relação à PP também foram analisadas da perspectiva dos terapeutas (Águila et al., 2016; Calberg, 2009; Odhammar & Calberg, 2015; Urwin, 2007). Águila et al. realizaram 24 entrevistas em profundidade com terapeutas que atenderam crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Suas percepções acerca do processo de mudança revelaram que as mudanças na psicoterapia foram graduais e progressivas, e se desenvolveram em diferentes estágios: no primeiro, foi colocada em marcha uma conexão com o espaço terapêutico; numa fase intermediária, novos significados foram atribuídos para a experiência abusiva, e numa fase final foi observada a consolidação das mudanças. Já Odhammar e Calberg (2015)

exploraram os objetivos estabelecidos pelos terapeutas antes de iniciar uma PP com uma criança. Trinta e dois psicoterapeutas responderam a 33 questionários (um terapeuta atendeu duas crianças do estudo) e suas respostas foram classificadas de acordo com as seguintes categorias que abrangiam suas metas terapêuticas: desenvolvimento intrapsíquico, relacionamentos com os outros, relações entre a criança e seus pais, o estabelecimento do terapeuta como uma pessoa confiável e a terapia como um lugar seguro, a redução dos sintomas e o *'working through'* sobre as experiências traumáticas.

Urwin (2007) também desenvolveu um estudo sobre as esperanças e expectativas dos terapeutas em relação à PP de crianças, e sobre esta base analisou as mudanças que puderam ser identificadas. O protocolo do estudo incluiu um formulário com três seções: na primeira, foram registradas as expectativas dos pais, que também foram analisadas no estudo; na segunda, as expectativas dos terapeutas em relação às sessões com a criança; e na terceira, as expectativas dos terapeutas com relação às mudanças no 'mundo externo' – em casa e na escola. De acordo com os terapeutas, 15 crianças avaliadas após um ano, das 21 que iniciaram psicoterapia, apresentaram alguma mudança ou mudanças significativas em relação às metas estabelecidas. No final do primeiro ano, e em relação à avaliação dos seis meses, o crescimento nos escores foi estatisticamente significativo. Os resultados obtidos com os pais foram semelhantes aos dos terapeutas, indicando alta concordância entre ambos.

De maneira semelhante, Odhammar e Calberg (2015) analisaram os objetivos formulados pelos pais para a psicoterapia dos seus filhos ou filhas. As categorias formuladas incluíram o desenvolvimento psicológico da criança, a redução dos sintomas, o relacionamento da criança com as outras pessoas, as relações entre a criança e os pais, e ajuda para o seu próprio bem-estar e para a família, incluindo orientação.

Porém, o foco deste estudo, assim como dos citados anteriormente, foi sobre as expectativas de mudança, e não sobre as mudanças efetivamente percebidas como resultado da psicoterapia.

Observa-se que a literatura apresenta um amplo leque acerca do que se considera mudança a partir de uma psicoterapia psicanalítica ou psicodinâmica, e que a análise das mudanças na psicoterapia de crianças tem sido baseada, principalmente, na utilização de instrumentos ou medidas de resultado aplicadas antes e depois da psicoterapia, ou durante seu curso também. Entretanto, análises qualitativas que contemplem a visão dos pais acerca de tais mudanças não têm sido empreendidas.

A psicoterapia de crianças envolve necessariamente seus pais ou responsáveis, e esse é um fator que implica uma dinâmica específica e complexa para tais processos terapêuticos (Oliveira, Gastaud, & Ramires, 2016). Uma questão que permanece é como avaliar sistematicamente as mudanças na psicoterapia, e quais são consideradas fundamentais (Luyten et al., 2012). Além disso, para análise das mudanças é importante não apenas que se utilize diferentes instrumentos, abordando suas várias dimensões, mas também que essa análise seja feita com base em diferentes perspectivas, dos diferentes informantes envolvidos no processo terapêutico (Gastaud, Carvalho, Fiorini, & Ramires, Prelo).

Com base em tais premissas, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos pais acerca de possíveis mudanças em crianças em idade escolar no decorrer das suas psicoterapias psicodinâmicas. As hipóteses investigadas foram:

- 1 – Seria possível para os pais identificar e descrever mudanças em seu/sua filho(a) no decorrer da psicoterapia psicodinâmica;
- 2 – Tais mudanças seriam identificadas tanto no sentido de progressos como de eventuais retrocessos, especialmente nos tratamentos de longa duração;

3 – As mudanças identificadas corresponderiam tanto ao nível dos sintomas e comportamentos como do bem-estar e desenvolvimento psicológico da criança.

Método

O estudo teve uma abordagem qualitativa, descritiva, longitudinal, utilizando-se de medida repetida.

Participantes

Os participantes do estudo foram os pais e mães de quatro crianças em idade escolar, atendidas em consultórios particulares em psicoterapia psicodinâmica individual, por três psicoterapeutas do sexo feminino, com formação em psicoterapia psicanalítica. Essa formação incluiu seminários teóricos, supervisão e tratamento pessoal. Uma terapeuta atendeu duas crianças, e o tempo de experiência era de um ano, dez anos e 23 anos no início dos atendimentos. A abordagem teórica adotada pelas psicoterapeutas era a teoria das relações objetais especialmente dos autores pós-kleinianos ou neo-kleinianos e teóricos da vertente psicanalítica da teoria do apego contemporânea. A tabela a seguir sintetiza algumas características dos participantes e dos tratamentos.

Tabela 1
Caracterização dos Participantes e das Psicoterapias

	Caso 1 – Walter*	Caso 2 – Pedro	Caso 3 - Antônio	Caso 4 - Alice
Mãe – idade, grau de instrução, profissão	32 anos, superior incompleto, consultora de vendas	36 anos, superior, funcionária pública	36 anos, superior, funcionária pública	38 anos, 2º. grau, secretária
Pai – idade, grau de instrução, profissão	35 anos, 2º. grau, Comerciante	38 anos, superior, profissional liberal	42 anos, superior, profissional liberal	Falecido aos 40 anos
Idade da criança início psicoterapia	7 anos	8 anos	9 anos	8 anos

Diagnóstico	Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor	Síndrome de Asperger	Transtorno de Ansiedade	Transtorno de Adaptação
Tempo de psicoterapia / n.º de sessões	44 meses 160 sessões	43 meses 151 sessões	22 meses 58 sessões	15 meses, 40 sessões
Tempo de experiência terapeuta início psicoterapia	23 anos	1 ano	3 anos	10 anos

Nota. * = os nomes foram modificados, assim como qualquer informação que permitisse identificar os participantes.

Instrumento

Foi utilizado o ‘Questionário que focaliza temas importantes e mudanças a cada três meses de psicoterapia – versão para pais’ (Anexo C), desenvolvido por Calberg (2009). O autor desenvolveu o instrumento para utilização em estudo que analisou as mudanças percebidas pelos terapeutas e pelos pais de 19 crianças que realizaram psicoterapia psicanalítica devido a problemas de atenção, desordens do comportamento disruptivas e transtornos de ansiedade. É um instrumento com pergunta aberta, respondido por cada genitor da criança. Solicita-se que ele ou ela pense sobre os últimos três meses de psicoterapia e responda à questão: Qual foi a mudança mais importante no período? Solicita-se que especifique: quando a mudança ocorreu (data aproximada) e que a descreva o mais cuidadosamente possível; o que foi novo na mudança; e as circunstâncias e fatores significativos que podem ter sido subjacentes à mudança.

Procedimentos

Os pais procuraram psicoterapia para seus filhos, e iniciaram o processo de avaliação para verificação das condições e dificuldades das crianças, bem como a indicação para psicoterapia. Essas avaliações foram realizadas nos consultórios das psicoterapeutas e foram baseadas em entrevistas com os pais, horas de jogo diagnósticas

com as crianças, Método de Rorschach e preenchimento do CBCL pelos pais e professoras das crianças.

Confirmada a indicação para a psicoterapia e contratado seu início com os pais e as crianças, as terapeutas informaram a todos sobre a pesquisa, convidando-os a participar. As terapeutas já haviam sido previamente consultadas e concordaram em participar. A participação na pesquisa era opcional, e não constituía condição para realização dos tratamentos, que tinham caráter particular. Tendo concordado, os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foram informados sobre todas as implicações da pesquisa, o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo da psicoterapia, e de solicitar quaisquer informações que lhes parecessem necessárias. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado.

A cada três meses, as terapeutas recebiam da equipe de pesquisa uma via impressa do questionário para a mãe e para o pai do paciente, e as entregava para os pais, que deveriam responder e devolvê-las para as terapeutas. Esse processo nem sempre correspondeu ao intervalo de três meses, havendo atrasos na entrega dos questionários para os pais ou na devolução dos mesmos por parte deles.

Os questionários de cada caso foram submetidos a uma análise de conteúdo que seguiu as diretrizes propostas por Turato (2003), para a pesquisa clínico-qualitativa. Cada questionário foi lido por dois pesquisadores, que formularam categorias iniciais. Essas categorias foram analisadas e discutidas para formulação das categorias finais. As análises foram realizadas em dois níveis: um deles, da perspectiva de cada caso individualmente e o outro, levando em consideração as mudanças descritas pelos pais e mães nos 24 questionários, tendo em vista, nessa análise, mudanças percebidas por pais de crianças em idade escolar no decorrer da psicoterapia psicodinâmica.

Resultados

Inicia-se com uma breve descrição de cada caso, para então apresentar a visão dos pais e mães acerca das mudanças percebidas no decorrer de cada psicoterapia.

Caso 1 – Walter

Os pais de Walter buscaram psicoterapia devido às suas dificuldades de relacionamento na escola. Ele estava na 1ª. série, não tinha amigos, e seus colegas costumavam implicar com ele. Segundo a mãe, Walter era muito impulsivo: “*Quando ele fica brabo, ele explode*”. Na última briga na escola, ele jogou sua classe sobre um colega, e o segurou pelo pescoço. No ano anterior, o menino havia sofrido *bullying*, e foi transferido para outra turma por causa disso.

Walter era filho único, e apresentava um comportamento infantil e regressivo. Ainda usava mamadeira quando começou a psicoterapia, e dormia no quarto de seus pais. Recusava-se a realizar as tarefas escolares, tanto na escola como em casa.

A psicoterapia começou com sessões semanais de 50 minutos, que depois foram aumentadas para duas vezes por semana durante dois anos e meio. Walter exibia comportamentos dependentes em suas sessões, pedindo à terapeuta para ajudá-lo a tirar seus sapatos ou casaco, ou ajudá-lo quando ia ao banheiro. Ele também exibiu comportamentos dominantes em direção à terapeuta, tentando dar ordens, e fazendo uma série de demandas. Costumava expressar fortes sentimentos de irritação, comportamentos agressivos e explosões de raiva. Atirava objetos e brinquedos no consultório e mostrava resistência quando a terapeuta tentava explorar sua raiva e sentimentos de irritação.

Walter foi diagnosticado com um Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) (American Psychiatric Association, APA, 2014). Ele também

apresentava os critérios para Transtorno Desafiador Opositivo, mas este diagnóstico não deve ser feito na presença de TDDH, conforme o DSM-5. Walter também apresentava ansiedade e sintomas depressivos.

Ao longo do tratamento, foi difícil para Walter examinar seus problemas na escola e falar ou reconhecer seus sentimentos, especialmente no que diz respeito à sua agressividade e medos. 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.

No decorrer do tratamento, devido às dificuldades de Walter no cumprimento das tarefas escolares, a escola encaminhou o menino para acompanhamento psicopedagógico. A pedagoga, além do seu trabalho com o menino, encaminhou-o para acompanhamento psiquiátrico, e durante um período Walter foi medicado. Na avaliação da sua terapeuta, o menino não apresentava dificuldades de aprendizagem, possuindo condições cognitivas muito boas.

A abordagem teórica adotada pela terapeuta foi baseada na psicoterapia psicodinâmica, inspirada principalmente na teoria das relações de objeto. Ela também usou elementos da abordagem proposta por Kernberg e Chazan (1991) para crianças com transtornos de conduta, que abrange intervenções de suporte e expressivas.

A mesma terapeuta realizou entrevistas periódicas de acompanhamento com os pais para ouvir suas ansiedades e preocupações, fornecer orientação sobre como lidar com o menino e com o processo de psicoterapia e coletar informações adicionais. A terapeuta também manteve contato com a escola da criança, a fim de ajudar a ampliar sua compreensão das dificuldades do menino nesse ambiente.

A psicoterapia de Walter teve duração de 44 meses. No final do tratamento, havia consenso entre a terapeuta, o paciente e seus pais acerca da sua significativa

evolução, superação das dificuldades e amadurecimento. A tabela 2 apresenta a síntese das respostas dos pais aos sete questionários respondidos durante sua psicoterapia.

Tabela 2

Mudanças de Walter no decorrer da sua Psicoterapia na Visão da sua Mãe e de seu Pai

Avaliação	Tempo Psicoterapia	Visão da Mãe	Visão do Pai
Q1*	6 meses	Largou a mamadeira, o que resultou em mais autoconfiança	Mais concentrado nas tarefas escolares Mais confiante Mais entrosado com colegas
Q2	12 meses	Mais autônomo ao vestir-se, banhar-se etc. Mais seguro em relação à opinião dos pares Diminuição das mudanças abruptas de temperamento; menos agressivo Ainda se sente infeliz na escola Às vezes não completa tarefas escolares	Melhor relacionamento com colegas e professores Não reage às provocações dos colegas Mais cooperativo no judô
Q3	20 meses	Melhora no acolhimento da escola após visita da psicóloga Mais socializado e participativo na escola	Mais socializado e participativo na escola Mais rendimento nas tarefas escolares
Q4	25 meses	Agressões a colegas e professores cessaram após troca de escola Período intenso de estudos para acompanhar conteúdos na nova escola Entrosamento gradativo com os pares no novo ambiente	Mais autoconfiante Desejo de passar de ano Menos sozinho na escola
Q5	32 meses	Regressão na escola; busca por atendimento psicopedagógico e psicofarmacológico Mais calmo Mais preocupação com os outros Mais interação com colegas fora da escola	Medicação ajudou Mais dedicação na escola Mais interação com colega e amigos Recebeu elogios da professora
Q6	40 meses	Tranquilo nas férias e no retorno à escola Queixas de dor de cabeça; preocupações de ter doença grave Relacionamento bom com colegas Permanece dificuldade em completar tarefas escolares	Melhor relacionamento com colegas Melhor desempenho nas tarefas escolares
Q7	44 meses	Reagiu com segurança à separação dos pais Boa interação com colegas Expressa mais seus sentimentos e pensamentos Permanecem dificuldades para concluir tarefas escolares, mas quando quer se sai muito bem	Mais independente Boa interação com colegas Permanecem dificuldades para concluir tarefas escolares, mas se sai bem nas provas

Nota. Q1 = Questionário 1; Q2 = Questionário 2 e assim por diante.

Caso 2 – Pedro

Pedro tinha oito anos quando seus pais buscaram ajuda terapêutica. Eles estavam preocupados com o desempenho do filho na escola. Recebiam muitas queixas porque o menino não realizava as tarefas escolares, seus cadernos estavam sempre vazios. Pedro também exibia sintomas de ansiedade e vários medos: de ficar sozinho, que a mãe saísse e não voltasse. Tinha muitas restrições alimentares, desejando comer sempre a mesma comida, todos os dias. O casal havia se separado recentemente, e os sintomas de Pedro foram notados nessa época.

Nas suas sessões, o menino mostrava-se bastante retraído, contido, quase não falava. Escolhia jogar sempre o mesmo jogo de tabuleiro, da mesma maneira. A interação com a terapeuta era muito pobre, respondendo às suas intervenções sempre com um “*não sei*”. A terapeuta sentia que sua inclusão no jogo se dava pela necessidade do paciente de ter alguém para jogar, mas que parecia ser insignificante ou mesmo inexistente para o paciente. Pedro foi diagnosticado com Transtorno de Asperger (de acordo com o DSM-5, o diagnóstico seria Transtorno do Espectro Autista, nível 1, sem prejuízo da linguagem e intelectual concomitantes).

Com o tempo, Pedro começou a demonstrar, de modo contido, alguma contrariedade quando perdia o jogo, sentindo-se injustiçado. Nessa época, a família recebeu a notícia da doença séria de um familiar próximo, o que passou a constituir um segredo familiar, não comunicado ao menino. Pedro expressou desconfianças, nesse período, em relação à terapeuta, achando que faltavam peças no jogo ou que ela pudesse ter trapaceado de alguma forma, quando ele perdia. Começou a ir para o banheiro durante as suas sessões, ali permanecendo por mais de 15 minutos, algumas vezes.

Como intervenções interpretativas não produziam qualquer efeito, e apenas faziam com que o menino se fechasse como uma concha, a terapeuta passou a interagir

com ele de maneira mais ativa e mais lúdica, com o objetivo de que, por meio da brincadeira e de um contexto de relacionamento seguro e confiável, pudesse ajudá-lo a se reconhecer como pessoa única, com uma identidade própria, e descobrir e compreender seus sentimentos, pensamentos, desejos, propiciando, com isso, o desenvolvimento de um funcionamento mais reflexivo. Essa estratégia seguiu as diretrizes da psicoterapia baseada na mentalização, que visa promover a organização do *self* do paciente, reconhecendo-se como uma pessoa que tem uma mente, dotada de estados mentais a serem identificados, reconhecidos e compreendidos (Verheugt-Pleiter, Zevalnkink, & Schmeets, 2008).

Apresentando-se como uma companhia real e viva para o paciente, e expressando emoções de alegria ao vencer o jogo e desapontamento ao perder, a terapeuta abriu espaço para que o paciente, gradativamente, pudesse fazer o mesmo, permitindo-se expressar o que sentia. A psicoterapia passou a ter frequência de duas sessões por semana. Para cada etapa em que iam avançando, primeiro do brincar, depois de identificar, nomear e expressar os sentimentos, a terapeuta sentia que Pedro precisava de um período de “sedimentação”, para que, somente depois, pudessem avançar na exploração do conteúdo mental.

Aos poucos, a terapeuta começou a sentir-se mais integrante da sessão junto com o paciente. Em determinada sessão, quando perguntou como ele estava, Pedro devolveu a pergunta, questionando como a terapeuta estava, o que nunca havia acontecido até aquele período do tratamento. O paciente começava a reconhecer a terapeuta como um “outro”, além dele, presente na sessão. Esses movimentos ainda oscilavam com outros em que o paciente buscava total controle da situação, ou negava a existência da terapeuta, manifestando também, dessa forma, seus impulsos agressivos. Essa dinâmica ficava clara enquanto jogavam e ele excluía as vitórias da terapeuta. Por exemplo, se ele

ganhasse 5 partidas e a terapeuta 2, dizia que havia vencido por 3 a 0. Para a terapeuta parecia que, nesses momentos, o paciente precisava dela para vê-lo, admirá-lo, aplaudir suas vitórias e tolerar sua agressividade e o lugar de não existência em que era colocada, possivelmente uma vivência do menino atribuída à terapeuta na relação transferencial.

Por volta do terceiro ano de tratamento, a terapeuta relatou a sensação de que a mente de Pedro começou a se expandir. Ele começou a trazer para o *setting* temas da sua vida cotidiana, como as dificuldades no relacionamento com a mãe, o medo que sentia de perder os pais, atividades que ele fazia na escola, e assuntos gerais que ele lembrava enquanto conversavam ou jogavam. Na 128ª sessão, Pedro trouxe o relato de um sonho, no qual ele sentia uma aranha subindo pelo seu corpo e se sentia sufocado por ela até o momento em que acordava. Disse que teve esse sonho antes do avô paterno morrer e antes dos pais se separarem e que sentiu muito medo. Pedro relacionou o sonho com o medo que sentia de os pais morrerem, de ficar abandonado, desamparado. Conversou também sobre a fantasia de poder evitar isso, se estivesse sempre junto com os pais.

Nesse período do tratamento, Pedro se mostrava mais espontâneo durante as sessões, e incluía mais a terapeuta, tanto em seu jogo, quanto na sua fala. Isso ficou mais evidente, quando passou chama-la pelo nome, o que não havia acontecido até então. Além disso, começou, mesmo que de modo bastante tímido, a se arriscar, a fazer coisas diferentes, a jogar jogos diferentes, correndo o risco de não saber, de errar, de poder perder. A insegurança que permeava a relação terapeuta-paciente no início e no período intermediário do tratamento deu lugar a um sentimento mais seguro que o permitia tentar algo novo, no *setting*. Conseguia expressar melhor o que sentia e, também, em alguns momentos, o que pensava sobre as coisas. Conquistou alguns amigos na escola. Começou a expressar o desejo de encerrar o tratamento, o que

ocorreu após 43 meses de psicoterapia. A tabela 3 mostra as mudanças de Pedro no decorrer desse período, de acordo com a visão de seus pais.

Tabela 3

Mudanças de Pedro no Decorrer da sua Psicoterapia na Visão da sua Mãe e de seu Pai

Avaliação	Tempo Psicoterapia	Visão da Mãe	Visão do Pai
Q1	4 meses	Mais solto, e conseguindo ficar longe da mãe Disposto a provar novos alimentos Curioso e fazendo muitas perguntas sobre a separação dos pais Consegue ficar sozinho (na casa dos avós maternos)	Consegue expressar mais seus sentimentos e suas contrariedades Consegue se negar a fazer algo que não queira Melhor desempenho das suas atividades na escola
Q2	7 meses	Expressa mais seus sentimentos, desejos, reclamações e brabezas Começa a perceber que é super exigente Mais afetuoso e espontâneo, mais alegre e à vontade Pela primeira vez não apanhou quieto na escola e revidou Ainda é muito “agarrado” à mãe e não quer ficar sozinho	Expressa mais e melhor suas emoções, contrariedades e vontades Autoestima melhorando, mas ainda se mostra aborrecido quando erra Mais seguro em relação à manutenção do vínculo com pai após a separação do casal Reagiu numa briga com colega que costumava bater nele
Q3	12 meses	Mudou após tentativa de reaproximação do pai em relação à mãe; ansiedade e expectativa em relação a uma possível volta Notícia de doença na família abalou a mãe; Pedro não quer deixar a mãe e o pai sozinhos; dificuldade para se separar da mãe e para ficar só; quer dormir na cama da mãe Professora disse que desistiu dele, “que ele não tinha mais jeito”; trocou de turma e de turno na escola Reclamações de falta de atenção na escola; mais focado nas tarefas escolares em casa	Não respondeu
Q4	15 meses	Progressos na escola: mais focado, atento e responsável com as tarefas Empatia com a nova turma e professora; fez amigos, melhorou interação com pares (mãe acha que mudança de turma fez bem) Às vezes fica bravo e com raiva e quer jogar as coisas longe	Mudança significativa na escola, mais concentração, melhor desempenho e notas Sente o filho mais próximo Reclama da mãe
Q5	22 meses	Menos ansioso Demonstra mais os sentimentos Mais atento na escola	Mais alegre e espontâneo Demonstra melhor seus sentimentos Melhorou sensivelmente na escola
Q6	26 meses	Demonstra mais seus sentimentos e	Não respondeu

		vontades Mais atento em aula e nos estudos; tirou notas excelentes Ainda “enrola” para fazer tema e trabalhos	
Q7	30 meses	Mais rebelde, resistente com regras, “respondão” e agressivo Reclamações de ter passado pouco tempo com pai nas férias Por duas vezes agrediu a mãe (empurrando-a) quando não gosta de algo que ela diz ou faz	Saindo da infância e entrando na pré-adolescência Na escola boa evolução do desempenho, embora persistam alguns problemas de atenção
Q8	36 meses	Melhora grande na escola, mais interessado, comprometido; notas excelentes Mais seguro; superou medo de ficar sozinho Começou a praticar natação Teimoso com a mãe (“ <i>parece adorar discutir comigo</i> ”) Começou a dizer que não precisa mais fazer terapia e não quer mais ir	Passando da infância para pré-adolescência Mudança de interesses, inclusive na escola (conversa mais sobre o que aprende) Mais interesse em conversar sobre seus sentimentos e ideias
Q9	43 meses	Mais maduro e seguro de si, mais confiante Desempenho muito bom na escola, ficando feliz por isso Consegue demonstrar e conversar sobre o que sente, sobre emoções, vontades e inconformidades Menos preocupação em agradar os outros, principalmente a mãe Mais feliz, satisfeito, e menos preocupado do que em épocas anteriores	Chegada da puberdade; alterna comportamentos infantis e pré-adolescentes Demonstra mais seus sentimentos e contrariedades Mais interessado e participativo na escola

Nota. Q1 = Questionário 1; Q2 = Questionário 2 e assim por diante.

Caso 3 – Antônio

Antônio tinha nove anos no início de sua psicoterapia, cursava o terceiro ano do ensino fundamental e residia com sua mãe, pai e irmão mais novo. Os pais buscaram atendimento para o filho por não saber como lidar com seu comportamento agressivo. Relataram que Antônio não fazia o que lhe era demandado (como arrumar seu quarto, tomar banho na hora que era solicitado, fazer as tarefas escolares) e quando era cobrado por isso, dizia que os pais eram chatos, que só brigavam com ele e que não gostavam dele. Antônio é o filho mais velho do casal e vinha agindo de forma agressiva e opositora desde que o casal descobriu que o filho mais novo tinha problemas e

necessitava de cuidados especiais, em função de apresentar “traços autistas”. Isso vinha tomando muito o tempo deles, e Antônio estava reclamando de falta de atenção, e que só o irmão recebia cuidados e “regalias”.

Antônio teve convulsões quando bebê, e tomou medicação até os três anos para isso. Havia histórico de epilepsia dos tios maternos. A mãe relatou que o filho era desatento, teimoso e tinha muitas restrições alimentares, desejando comer sempre a mesma coisa. Relatou também que Antônio era tímido, roía as unhas, não conseguia perder quando jogava com os amigos ou com a família e ficava muito brabo quando isso acontecia. Antônio gostava muito de futebol e, se eles deixassem, faria isso o tempo todo.

A mãe relatou ser uma pessoa perfeccionista, e queixou-se muito da falta de ajuda do pai. O pai disse estar sempre muito cansado quando chegava em casa, e queixou-se do perfeccionismo e exigências da mãe. Não costumava fazer atividades com os filhos. Mesmo nos finais de semana, era a mãe quem ia para o parque, pracinha, shopping etc. O pai só fazia com os filhos o que ele gostava de fazer (assistir filmes e jogar os jogos da sua preferência, por exemplo). O casal relatou brigar muito e que isso acontecia, muitas vezes, na presença dos filhos.

No processo psicoterápico, Antônio mostrou-se, inicialmente, uma criança tímida, retraída e silenciosa. Chegava e sentava-se na poltrona, esperando que a terapeuta iniciasse a sessão. Mexia as mãos, respondia a tudo que lhe era perguntado, mas o fazia de forma rápida e bastante sucinta. Foi diagnosticado com Transtorno de Ansiedade Generalizada (APA, 2014).

Nas primeiras sessões, após estímulo da terapeuta, Antônio explorou um pouco o consultório, e jogou alguns jogos como Xadrez e Jogo da Vida. Porém, desde o início, mostrou preferência pelo jogo de futebol de botões.

Ao longo do tempo, Antônio expressou com clareza a falta que sentia do pai, reclamando que o mesmo nunca tinha tempo disponível para ficar com ele. Também falou sobre como se incomodava, às vezes com seu irmão, quando tinha de fazer algumas coisas em função dele (por exemplo, fazer café para ele e para o irmão; esperar que o irmão terminasse as refeições para que ele pudesse terminar também, caso contrário o irmão chorava e gritava).

Antônio também falou sobre como se sentia exigido pela mãe, em relação à escola, à organização da casa, aos cuidados com o irmão. Relatou um episódio no qual a mãe o inscreveu num curso preparatório para ingresso numa escola militar e disse: *“a minha mãe deseja mais do que eu que eu entre nessa escola”*. Para a terapeuta, parecia que tanto o pai quanto a mãe tinham dificuldade para perceber as necessidades e os desejos do filho.

No decorrer do tratamento, Antônio passou a ficar mais competitivo e ganhar parecia uma necessidade. Passou a escolher, quase sempre, o jogo de botões, em que ele sabia que era muito bom. As tentativas da terapeuta de explorar o significado desse jogo e da sua necessidade de ganhar não surtiam efeito.

Por volta da 20ª sessão, conforme a terapeuta, o menino tornou-se mais retraído e contido nas sessões. O tema futebol passou a ser constante, e o jogo de botões era a atividade escolhida pelo paciente sempre. Antônio evitava falar sobre seus sentimentos e pensamentos. Segundo a terapeuta, ele adotou um distanciamento maior na relação terapêutica e se defendia contra materiais que sentia como perturbadores. O sentimento da terapeuta, em diversos momentos, foi de exclusão, como se Antônio estivesse se refugiando dentro dele mesmo e não quisesse manter contato.

A ansiedade de Antônio foi aumentando com o passar do tempo e alguns sintomas obsessivos começaram a ficar evidentes. O paciente fechava os olhos para não

ver uma jogada, torcia para que a terapeuta errasse no jogo, batia na mesa para dar sorte, punia-se quando errava uma jogada. Quando a terapeuta tentava abordar isso, Antônio negava ou ignorava suas intervenções, desejando apenas jogar. O paciente parecia estar buscando um maior controle da expressão de suas emoções, e evitar se deparar com elas. Segundo relato da terapeuta, o menino parecia querer se proteger das emoções negativas e da angústia que elas provocavam. A análise da sua resistência e defesas não surtiu efeito.

Após 22 meses de psicoterapia, em função de uma mudança de cidade da terapeuta, ela encaminhou Antônio para outra profissional, para que pudesse continuar sua psicoterapia. No entanto, pelas informações obtidas junto a profissional, a família e o menino não buscaram esse atendimento. A tabela 4 descreve as mudanças de Antônio percebidas por seus pais no decorrer da psicoterapia.

Tabela 4
Mudanças de Antônio no Decorrer da sua Psicoterapia na Visão da sua Mãe e de seu Pai

Avaliação	Tempo Psicoterapia	Visão da Mãe	Visão do Pai
Q1	4 meses	Começou a pedir para os pais não gritarem durante suas brigas Passou a gritar menos Fica mais calmo longe do pai nas férias (casal brigava muito antes) Conversa mais com a mãe Continua reclamando que o pai só grita com ele e não com o irmão	Não respondeu
Q2	7 meses	Não houve mudanças significativas Continua agressivo e gritão	Não houve mudanças aparentes
Q3	11 meses	Há um mês está mais calmo, sem dizer a todo momento para a mãe que a odeia quando contrariado Ficou sem videogame, celular e <i>facebook</i> por estar “respondão” e então começou a melhorar Retomou tarefas escolares que estavam bastante desorganizadas Está melhor com a mãe, conversando e contando mais as coisas da escola	Não respondeu
Q4	15 meses	Mais calmo com os amigos, consegue conversar, brincar e jogar sem ficar ansioso ou eufórico	Nada mudou

		Ainda se irrita quando contrariado Diz que odeia a mãe, que é a pior mãe do mundo Está ficando adolescente, mudou relação com amigos e não quer ir a determinados lugares	
Q5	22 meses	Conversa mais com a mãe, contando coisas da aula e sobre seus sentimentos quando os pais brigam com ele Mais maduro e autônomo, pega um ônibus para ir para casa depois da aula e faz suas tarefas; está gostando disso, não queria mais ficar na escola no turno inverso	Não respondeu

Nota. Q1 = Questionário 1; Q2 = Questionário 2 e assim por diante.

Caso 4 – Alice

Alice tinha oito anos de idade no início de sua psicoterapia e foi encaminhada para tratamento por sua médica neuropediatra – apresentava dores de cabeça e estômago sem causas orgânicas identificadas em exames de imagem e clínicos. Os sintomas haviam iniciado imediatamente após a morte inesperada e repentina do pai, cinco meses antes da busca por psicoterapia. Alice era bastante apegada ao pai, e ele a ela. Após a morte do pai, a família sofreu abalo financeiro – a menina precisou mudar de escola dois meses antes do início da psicoterapia. Alice estava no terceiro ano do Ensino Fundamental e residia com sua mãe e irmã (dois anos mais nova).

A paciente não conseguia se adaptar à nova escola: sentia dificuldade de fazer novos amigos, saudade dos colegas antigos, fazia críticas constantes à falta de ordem da escola pública, chorava muito e relutava em ir às aulas. Segundo a mãe e a professora, Alice era uma criança carinhosa, perfeccionista e que não tolerava errar, ficando ansiosa quando chamavam sua atenção. A terapeuta concordava com essa descrição, percebendo em diversos momentos, ao longo da terapia, a vontade da menina em agradar e ser elogiada e querida. Alice foi diagnosticada com Transtorno de Adaptação (APA, 2014).

Em suas sessões, Alice demonstrava capacidade de reflexão e criatividade nas

brincadeiras, usando o jogo simbólico. Seu tratamento teve momentos fortemente alicerçados na interpretação da transferência, principalmente no período de gravidez da terapeuta (que ocorreu durante o processo e foi revelada na sessão 17). Sentimentos da paciente sobre a gravidez possibilitaram o trabalho de conflitos familiares, experiências de separação (do pai, dos colegas antigos – a separação futura da terapeuta), angústias obsessivas e fantasias sexuais infantis.

A maior parte da psicoterapia teve frequência de uma sessão semanal; o tratamento teve diversas interrupções em função de férias e da licença maternidade da terapeuta. Entre a sessão 33 e a sessão 34, passaram-se quase três meses; antes da sessão 34, na volta da licença maternidade, foi realizada uma entrevista com a mãe e com a paciente em conjunto, quando foi decidido o término da psicoterapia. Segundo a mãe, a menina já estava melhor dos motivos que a trouxeram a tratamento. Durante o afastamento da terapia, a família passou a enfrentar novas dificuldades financeiras e a avó que cuidava de Alice adoeceu, de forma que o pagamento da psicoterapia ficou impossibilitado e o transporte da paciente para os atendimentos também.

A menina desejava manter o tratamento, mas reconhecia estar se sentindo melhor e entendia as dificuldades de manter os encontros com a terapeuta. A terapeuta salientou alguns pontos que ainda precisavam ser trabalhados, mas reconheceu e valorizou as conquistas da paciente até o momento. Os motivos que levaram a menina à psicoterapia (queixas somáticas e dificuldades de adaptação à escola) haviam sido trabalhados e superados, de forma que houve consenso quanto ao término. Nesta sessão em conjunto, o valor e a frequência das sessões finais foram renegociados, de forma que a dupla paciente-terapeuta pudesse trabalhar a despedida e a separação. As últimas sete sessões da psicoterapia foram voltadas para este foco. A decisão de finalizar a psicoterapia coincidiu, portanto, com a volta da terapeuta da sua licença maternidade e é

possível que fatores inconscientes vinculados à gravidez e ao afastamento da terapeuta tenham interferido nesta decisão, além dos elementos manifestos conscientemente pela mãe. A tabela 5 revela as mudanças de Alice no decorrer da psicoterapia, de acordo com sua mãe.

Tabela 5
Mudanças de Alice no Decorrer da sua Psicoterapia na Visão da sua Mãe

Avaliação	Tempo Psicoterapia	Visão da Mãe
Q1	3 meses	Cessaram suas dores de cabeça Mais tranquila quanto à escola, faz questão de não faltar Mais sociável, conversa, conta as coisas e o que não gosta
Q2	8 meses	Primeiro teve grandes mudanças: dores de cabeça diminuíram, mais segura, interagiu mais com colegas Nos últimos 2 meses regrediu em algumas coisas: períodos de dores de cabeça, sensação de perda (medo que a avó morresse), só queria ficar com a mãe Apareceu coceira no corpo Fala muito no pai Ajuda muito a avó nas atividades de casa e nos cuidados dela Necessidade grande de agradar, medo de decepcionar; na escola também se cobra muito, tudo tem que estar perfeito
Q3	15 meses	Muito mais confiante, enfrenta as situações Mais alegre Conversa mais sobre seus medos e preocupações Impõe mais suas vontades

Nota. Q1 = Questionário 1; Q2 = Questionário 2 e assim por diante.

Discussão

Com base no relato clínico dos quatro casos, e nos questionários respondidos pelos pais e mães, considerou-se que três desses tratamentos apresentaram uma evolução favorável, que culminou na alta das crianças, seja ela consensual entre a criança, a terapeuta e os pais (como no caso 1), seja ela uma alta a pedido (como nos casos 2 e 4). No caso 3, tanto a evolução da psicoterapia relatada pela terapeuta como as respostas aos questionários fornecidas pelos pais mostraram um tratamento que não teve um desenvolvimento favorável.

Embora os questionários não tenham sido respondidos a cada três meses, como

inicialmente previsto, a periodicidade obtida permitiu acompanhar a visão dos pais e mães das crianças atendidas em psicoterapia, relativas às suas mudanças, melhoras e, eventualmente, regressões. Não é possível atribuir tais melhoras e retrocessos exclusivamente à psicoterapia. O delineamento deste estudo não permite estabelecer tal relação. Além disso, deve-se considerar que em tratamentos longos como nos casos de Walter e Pedro, com mais de 40 meses de duração, fatores do desenvolvimento e do contexto familiar, escolar e social das crianças também contribuem para produzir efeitos, nos dois sentidos.

No caso de Walter, houve uma mudança de escola, que favoreceu melhoras conquistadas pelo menino, na visão de sua mãe. Houve também a separação dos pais, próxima do final da psicoterapia. Nos casos de Pedro e de Alice, familiares de ambos adoeceram gravemente, e Antônio vivia num entorno familiar altamente conflitivo. Portanto, o contexto das crianças deve ser considerado quando se avalia mudanças observadas no decorrer dos seus processos terapêuticos.

As mudanças identificadas pelos pais e mães participantes deste estudo foram relacionadas aos três grupos descritos por Strupp (2013): desaparecimento dos sintomas, melhora no funcionamento mental e ajustamento à realidade. No caso de Walter, grande parte das mudanças percebidas pela mãe foram relacionadas à melhora ou piora nos sintomas (diminuição das alterações abruptas de temperamento, menor agressividade, maior entrosamento na escola e, por outro lado, regressões e dificuldades para completar tarefas escolares), e à superação de comportamentos regressivos (abrir mão da mamadeira aos seis meses de psicoterapia, maior autonomia em seus cuidados pessoais aos 12 meses). Na visão de seu pai, aos seis meses de psicoterapia, Walter estava mais concentrado nas tarefas escolares e mais entrosado com seus colegas. Aos 12 e 20 meses tais mudanças foram mantidas, sendo observada também menor

impulsividade e reatividade.

Para além da melhora sintomática, os pais de Walter identificaram mudanças em seu funcionamento mental. De acordo com ambos, aos seis meses de psicoterapia, Walter demonstrava maior autoconfiança; aos 12 meses, mais segurança, segundo a mãe; investimentos mais positivos, como o desejo de obter bom rendimento e ser aprovado para o ano seguinte, aos 25 meses, conforme o pai. Aos 32 meses, Walter era uma criança menos ansiosa (Q5, mãe), investia mais na escola (Q5, pai), demonstrava mais empatia (Q5, mãe), e parecia caminhar no sentido de uma autoimagem mais positiva (Q5, pai). No final da psicoterapia, Walter era uma criança mais segura, que conseguia expressar seus sentimentos e pensamentos (Q7, mãe), e mais independente (Q7, pai).

Algumas mudanças descritas pelos pais de Walter foram consideradas na categoria do ajustamento à realidade, especialmente no que diz respeito à melhora na qualidade dos seus relacionamentos interpessoais (Strupp, 2013). Embora a dificuldade de relacionamento com os pares fosse um dos seus sintomas antes da psicoterapia, superada essa dificuldade, aos 20 meses (Q3, mãe e pai), o seu relacionamento com colegas continuou melhorando e foi assinalado como uma das mudanças mais marcantes nos meses seguintes, tanto pelo pai como pela mãe (Q4, Q5, Q6 e Q7).

No caso de Pedro, mudanças na categoria dos sintomas relacionados à escola foram percebidas pela mãe somente a partir dos 15 meses de psicoterapia (Q4, Q5, Q6, Q8 e Q9). Para o pai, Pedro já apresentara melhor desempenho em suas atividades escolares aos quatro meses de psicoterapia (Q1). Essa evolução continuou de maneira significativa aos 15 meses (Q4), e foi novamente observada aos 22 e aos 30 meses (Q5 e Q7) e no final do tratamento, aos 43 meses (Q9), com a ressalva de alguns problemas de atenção aos 30 meses (Q7).

Para a mãe de Pedro, as mudanças em seu funcionamento mental tiveram maior destaque em várias etapas da psicoterapia (Strupp, 2013). Melhora na sua ansiedade de separação, flexibilização em padrões rígidos e repetitivos de conduta e capacidade de expressar os sentimentos foram assinaladas aos quatro e sete meses de psicoterapia (Q1 e Q2). A capacidade de identificar e expressar sentimentos voltou a ser assinalada aos 22 e 26 meses (Q5 e Q6), assim como no final da psicoterapia (Q9). Pedro ampliou seu leque de interesses e capacidade de sublimação, conforme a mãe, começando a praticar atividade esportiva depois de 36 meses de psicoterapia (Q8). No final da psicoterapia, era um menino mais maduro, mais autoconfiante, mais seguro, mais autônomo, mais feliz e menos angustiado (Q9). Considerando-se que fora diagnosticado como Transtorno de Asperger, trata-se de mudanças que podem ser consideradas clinicamente significativas.

De acordo com o pai de Pedro, mudanças no seu funcionamento mental também foram reportadas. Aos quatro e aos sete meses de psicoterapia, tais mudanças diziam respeito, principalmente, a uma maior capacidade de expressar suas emoções, maior autoestima e a posicionar-se de forma mais autônoma (Q1 e Q2). Depois de 22 meses, sentia o filho mais feliz e mais espontâneo, e novamente destacou sua melhora para demonstrar seus sentimentos (Q5). Aos 30, 36 e 43 meses, o pai de Pedro salientou sinais relacionados ao início da pré-adolescência, mudanças de interesse, conversas mais maduras e alternância de comportamentos infantis e adolescentes (Q7, Q8 e Q9).

Quanto à categoria de ajustamento à realidade, descrita por Strupp (2013), os pais de Pedro destacaram maior capacidade de se posicionar e se defender diante dos pares, aos sete meses de tratamento (Q2), e melhor interação com os pares (Q4, mãe). Para o pai, depois de sete meses de psicoterapia, Pedro sentia-se mais seguro em relação ao vínculo com ele, depois da separação do casal (Q2). Também foi destacada pelo pai

maior proximidade com o filho, aos 15 meses de tratamento (Q4).

Na mesma época em que o pai reportou mudanças relacionadas ao início da adolescência (Q7, Q8 e Q9), a mãe destacou, nos mesmos períodos, que Pedro estava mais rebelde, mais agressivo, teimoso e “respondão”. É possível que, pelo tipo de vínculo estabelecido entre mãe e filho e entre pai e filho, e também pela maior convivência diária do menino com a mãe, com quem morava, o mesmo comportamento tenha sido descrito de maneira diferente por pai e mãe – como uma evolução, no primeiro caso, e como uma regressão, no segundo.

No caso de Alice, as mudanças percebidas por sua mãe se concentraram na categoria dos sintomas e da melhora do funcionamento mental (Strupp, 2013). Após os três primeiros meses de psicoterapia, os sintomas que a trouxeram para tratamento haviam sido superados: cessaram as queixas somáticas, e houve melhora na sua adaptação à escola (Q1).

Entretanto, ao responder o questionário no oitavo mês de psicoterapia, a mãe de Alice relatou uma piora, depois de melhora em relação às dores de cabeça e à escola. As dores voltaram, surgiu novo sintoma somático (coceiras no corpo), traços obsessivos e ansiedade de separação (Q2). Nesse período, a avó de Alice teve um grave problema de saúde. Entre o terceiro e o oitavo mês de tratamento também ocorreu a gravidez da terapeuta. Além disso, deve-se lembrar de que a menina atravessava um período de luto pela perda do pai. Todos esses acontecimentos vinham sendo trabalhados no processo terapêutico.

Contudo, Alice era uma criança que apresentava importantes recursos psíquicos, capacidade reflexiva, e se engajou no tratamento de maneira significativa. Diferente dos outros três casos, estabeleceu uma sólida aliança terapêutica desde o início do tratamento, e possibilitava o trabalho baseado na interpretação e análise da transferência

de forma a examinar seus conflitos e experiências traumáticas.

Em seu último questionário (Q3), a mãe de Alice relatou mudanças que foram consideradas na categoria das melhoras no funcionamento mental descrita por Strupp (2013). Depois de 15 meses de psicoterapia, Alice se mostrava mais confiante, mais segura, mais alegre e mais capaz de identificar e falar sobre suas emoções, sentimentos e desejos.

No caso de Antônio, de maneira geral, não foram relatadas mudanças significativas nos questionários respondidos por seus pais. Dos cinco questionários, seu pai respondeu a apenas dois, limitando-se a colocar que “nada mudou”. Da perspectiva da sua mãe, aos quatro, sete e 15 meses, Antônio continuava agressivo, irritado e descontrolado (Q1, Q2 e Q4).

Aos 11 meses, por outro lado, sua mãe observou melhora em seu funcionamento mental, com uma diminuição da sua ansiedade e agressividade, e melhora na capacidade de organização (Q3). Ao mesmo tempo, foi referida uma mudança no sentido do ajustamento à realidade (Strupp, 2013), com uma melhora no relacionamento interpessoal (com a mãe), que se manteve aos 15 meses em relação aos amigos (Q4) e aos 22 meses em relação à mãe (Q5). Nesses dois períodos, a mãe de Antônio observou uma mudança em seu funcionamento mental, em termos de maior autonomia, amadurecimento e entrada na adolescência (Q4 e Q5).

O caso de Antônio, assim como os outros três casos participantes deste estudo, vai ao encontro do que Luyten et al. (2012) assinalaram, de que o processo de mudança na PP não é um processo linear. Da mesma forma, foi possível observar que cada paciente evidenciou uma trajetória de mudança e crescimento única, como foi assinalado por esses autores.

A não linearidade das mudanças na psicoterapia psicodinâmica foi também

corroborada pelo fato de que nos mesmos períodos, em cada caso, as mães relataram mudanças com relação a uma das categorias consideradas (por exemplo, melhora no funcionamento mental ou ajustamento à realidade), porém piora em relação a alguma outra categoria (nos sintomas, por exemplo). Isso aconteceu no caso Walter em Q2, Q5 e Q6, no caso de Pedro em Q2, Q4, no caso de Alice, em Q2 e no caso de Antônio, em Q1 e Q4. Curiosamente, nas respostas dos pais, as mudanças relatadas foram sempre no sentido das melhoras, não sendo assinalados os elementos contraditórios observados pelas mães.

Uma outra diferença observada nas mudanças relatadas pelas mães e pelos pais das crianças foi que mudanças nos comportamentos regressivos (deixar mamadeira, cuidados pessoais, superação de ansiedade de separação) foram reportadas pelas mães, enquanto os pais valorizaram mudanças no âmbito extrafamiliar (escola, relacionamento com amigos, desempenho nos esportes) e relacionadas ao crescimento, entrada na puberdade. É possível que essa diferença resulte do tipo de relação e de cuidados estabelecidos entre a mãe e o filho ou filha, e entre o pai e a criança.

Foi possível constatar que as observações dos pais e mães participantes do estudo não se limitaram à melhora sintomática. As mudanças no funcionamento mental das crianças descritas acima envolveram melhora nos sentimentos de segurança e autoconfiança, autoimagem mais integrada e positiva, maior diferenciação entre o eu e os outros. Tais mudanças foram descritas por Luyten et al. (2012), e pode-se supor que subjacente a elas, houve mudanças nos estados da mente com relação às experiências de apego, representações do *self* e dos outros mais diferenciadas e maior integração da identidade, especialmente nos casos de Walter e Pedro, que tiveram tratamentos mais longos.

Uma maior capacidade reflexiva em relação aos próprios estados mentais,

assinalada na literatura como uma mudança importante da PP (Kernberg et al., 2012; Luyten et al., 2012), foi descrita pelos pais e mães participantes. Nos casos de Walter, Pedro e Alice uma mudança descrita várias vezes dizia respeito à capacidade que essas crianças passaram a demonstrar de expressar seus sentimentos, pensamentos e desejos.

A retomada do curso do desenvolvimento, e a adaptação das crianças em casa e na escola também foram mudanças valorizadas em todos os casos, mesmo quando ausentes, como na visão dos pais de Antônio. Nesse sentido, os resultados deste estudo também vão ao encontro da literatura, que descreveu esses elementos como resultados esperados na psicoterapia de crianças (Coppolillo, 1990; Odhamar & Calberg, 2015; Sandler, 1982; Urwin, 2007).

Considerações Finais

Os resultados deste estudo confirmaram as hipóteses formuladas. Foi possível para os pais e mães identificar mudanças no decorrer da psicoterapia de seus filhos, elas não foram lineares e não se restringiram à categoria da melhora sintomática.

Assim, a partir dos resultados identificados, é possível afirmar que a psicoterapia psicodinâmica foi efetiva em três dos quatro casos discutidos, de acordo com a visão dos pais das crianças atendidas. No caso de Antônio, diferentes fatores podem ter contribuído para o desfecho observado. Tratava-se de uma família disfuncional em alguns aspectos, havia a necessidade de atender o irmão menor que apresentava um transtorno do espectro autista, havia o não envolvimento do pai na vida do filho e na sua psicoterapia. Mesmo assim, a família investiu na psicoterapia do menino por quase dois anos. Fatores ou dificuldades da terapeuta também devem ser considerados para a compreensão do desenrolar desse processo terapêutico, e outras informações e análises seriam necessárias para sua elucidação.

Foi possível constatar a importância da participação dos pais na psicoterapia das crianças deste estudo, e a importância da escuta e acompanhamento da sua visão acerca do processo terapêutico. Eles podem fornecer importantes *feedbacks* e retornos que contribuem para o andamento e o progresso do tratamento. Quando não participam de modo favorável para essa evolução, como pode ter acontecido no caso de Antônio, sua inclusão também é fundamental, para que suas resistências, dificuldades e defesas possam ser trabalhadas de forma a não dificultar ou impedir o tratamento da criança.

Uma limitação deste estudo foi não ter utilizado outros instrumentos para avaliar as mudanças. Destaca-se, tendo em vista futuras investigações, a importância de diversificar os instrumentos e os informantes acerca das mudanças, incluindo o terapeuta e a própria criança, no sentido de obter uma visão ampla do processo terapêutico de crianças e de seus resultados.

Referências

- Águila, D., Lama, X., Capella, C., Rodriguez, L., Dussert, D., Gutierrez, C. & Beiza, G. (2016). Narratives from therapists regarding the process of therapeutic change in children and adolescents who have been victims of sexual abuse. *Studies in Psychology*, 37(2-3), 344-364. doi: 10.1080/02109395.2016.1204780
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Calberg, G. (2009). Exploring change processes in psychodynamic child psychotherapy: The therapist's perspective. In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Eds.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings (pp. 100-112)*. Nova York, NY: Routledge.
- Calberg, G., Thorén, A., Billstrom, S., & Odhammar, F. (2009). Children's expectations

- and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 175-193. doi: 10.1080/00754170902996130
- Capella, C., Rodriguez, L., Aguila, D., Dussert, D., Lam, X., Gutierrez, C., & Beiza, G. (2015). Storied images of psychotherapeutic change: Approaching children's voices through drawings. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 141-151. doi : 10.7411/RP.2015.109
- Coppolillo, H. (1990). *Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009). Effectiveness of child psychoanalytic psychotherapy in a clinical outpatient setting. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(3): 290-301. doi: 10.1080/00754170903244621
- Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*. 33(2), 161-180. doi: 10.1080/00754170701431347
- Gastaud, M., Carvalho, C., Fiorini, G., & Ramires, V. R. R. (2017). Psychodynamic Psychotherapy of a Child with Internalising Symptoms: a Study of Outcomes. *British Journal of Psychotherapy*, Prelo.
- Heede, T., Runge, H., Storebo, O. J., Rowley, E., & Hansen, K. G. (2009). Psychodynamic milieu-therapy and changes in personality – what is the connection? *Journal of Child Psychotherapy*, 35(3), 276-289. doi: 10.1080/00754170903237286
- Kernberg, P.F., Ritvo, R., & Keable, H. (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.015
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American*

Journal of Psychiatry, 98, 434–446. Retrieved from:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.6419&rep=rep1&type=pdf>

- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C., & De La Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic process with different outcomes. *Psychotherapy Research*, 25(5), 533-545. doi: 10.1080/10503307.2014.935516
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Mayes, L. C. (2012). Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: The need for a (relatively) new paradigm. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds). *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. (pp. 345-359). New York, NY: Humana Press.
- 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
- Odhamar, F., & Calberg, G. (2015). Parents' and psychotherapists' goals prior to psychodynamic child psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counseling*, doi: 10.1080/13642537.2015.1059865
- Odhamar, F., Sundin, E. C., Jonson, M., & Calberg, G. (2011). Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279. doi: 10.1080/0075417X.2011.614744
- Oliveira, L. R., Gastaud, M., & Ramires, V. R. R. (2016). Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(2), Prelo.
- 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

- Sandler, J. (1982). *Técnica da Psicanálise Infantil*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Strupp, H. (2013). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy*, 50(1), 3-11. doi: 10.1037/h0094491
- Target, M., March, J., Ensink, K., Fabricius, J., & Fonagy, P. (2002). "Prospective study of the outcome of child psychoanalysis and psychotherapy (AFC5)". In: P. Fonagy (ed.). *An Open Door Review of Outcomes Studies in Psychoanalysis* (2nd edition). London, UK: International Psychoanalytic Association.
- Trowell, J. et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(3), 157-167. doi: 10.1007/s00787-006-0584-x
- Turato, E.R.T. (2003). *Tratado da metodologia clínico - qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Urwin, C. (2007). Revisiting "What Works for whom?": A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 134-160. doi: 10.1080/00754170701431370
- Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in Child Therapy. Guidelines for Clinical Practitioners*. London, UK: Karnac.
- Weisz, J. R., Doss, A. J., & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*, 56, 337-363. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141449
- Zavaschi, M. L., Bassols, A. M., Bergmann, D. S., & Costa, F. M. (2005). Abordagem psicodinâmica na infância. In: C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Eds).

Psicoterapia de orientação analítica – fundamentos teóricos e clínicos (pp. 717-737). Porto Alegre, RS: Artmed.

Estudo 3

O Impacto da Participação dos Pais no Processo Terapêutico da Criança na Psicoterapia Psicanalítica

Resumo

A condução de um processo de psicoterapia psicanalítica de criança supõe manejo referente à queixa apresentada, a motivação, a aliança terapêutica e, principalmente, a habilidade de como incluir os pais. A criança não vem sozinha para a psicoterapia e a maneira como os pais são acolhidos e participam do processo terapêutico é um aspecto que define o sucesso ou fracasso do tratamento. Analisar o impacto das entrevistas com os pais no processo psicoterápico da criança foi o objetivo desse estudo naturalístico, descritivo, longitudinal, que seguiu o método de Estudo de Caso Sistemático. Participaram do estudo um menino de sete anos, seus pais e sua psicoterapeuta. Foi utilizado para coleta dos dados o *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ), instrumento que permite a análise do processo terapêutico de crianças de 3 a 13 anos de idade. A psicoterapia teve 160 sessões ao longo de 44 meses. Nesse período, foram realizadas 25 entrevistas de acompanhamento com os pais. Os resultados revelaram que as entrevistas com os pais tiveram um efeito sobre o processo terapêutico, identificado em alguns itens do CPQ relativos à terapeuta e à criança. Esses resultados mostraram que a participação dos pais, além dos benefícios, pode implicar alguns riscos para o processo terapêutico.

Palavras chaves: psicoterapia psicodinâmica, Child Psychotherapy Q-Set, relações pais-filho.

Abstract

The conduct of the process of psychoanalytic psychotherapy of children assumes

management regarding the complaint presented, motivation, therapeutic alliance and, especially, the ability to include parents. The child does not search for psychotherapy by itself and the way parents are received and participate in the therapeutic process is one of the aspects that defines the success or failure of the treatment. Analyzing the impact of the interviews with the parents on the psychotherapeutic process of the child was the objective of this naturalistic, descriptive, longitudinal study that followed the method of Systematic Case Study. A seven-year-old boy, his parents and his psychotherapist participated in the study. Child Psychotherapy Q-Set (CPQ) was used to collect the data, an instrument that allows the analysis of the therapeutic process of children from 3 to 13 years of age. Psychotherapy had 160 sessions over 44 months. During this period, 25 follow-up interviews were conducted with the parents. The results revealed that the parent interviews had an effect on the therapeutic process, identified in some CPQ items related to the therapist and the child. These results showed that parental participation, besides the benefits, may imply some risks for the therapeutic process.

Keywords: psychotherapy psychodynamic, Child Psychotherapy Q-Set, parent-child relations.

Introdução

A realização de psicoterapia psicanalítica por uma criança, além dos fatores presentes e necessários para esse tipo de tratamento, tais como a queixa apresentada, a motivação, a possibilidade de estabelecer uma sólida aliança terapêutica, entre outros, reveste-se de particular complexidade, dada a etapa peculiar de desenvolvimento e a dependência dos pais ou responsáveis. Uma criança nunca vem sozinha para a psicoterapia, e a forma como seus pais serão acolhidos e participarão do seu processo terapêutico não é um aspecto aleatório ou indiferente para o sucesso ou fracasso desse

tratamento (Horn, 2003; Motta, 2008; Nevas & Farber, 2001; Pozzi-Monzo, Lee, & Likierman, 2012; Rosenberg, 1994; Sei, Souza, & Arruda, 2008; Sutton & Hughes, 2005; Zavaschi, Bassols, Bergmann, & Costa, 2005).

Segundo Rosenberg (1994), o sintoma da criança geralmente reflete aspectos insuportáveis para os pais. Desta forma, os sintomas são dirigidos a eles, porque esta é uma maneira da criança se fazer ouvir e forçar os pais a pedir ajuda por meio da psicoterapia para o(a) filho(a). Isto não significa que todo sintoma seja um deslocamento de conflitos parentais, afirma a autora, embora isto também possa ocorrer, mas sinaliza para a importância de delimitar o espaço da criança no tratamento, pensar um lugar que lhe será próprio e com o qual se deve trabalhar, escutando-a como sujeito de seu próprio discurso e não como se ela estivesse sendo falada pelo outro.

De qualquer forma, a decisão dos pais de buscar psicoterapia para seu filho é geralmente marcada por uma série de sentimentos ambivalentes (Glenn, Sabot & Bernstein, 1996). Sentimentos de culpa pelas dificuldades da criança, vergonha e raiva pela necessidade de ajuda, assim como temor de que o terapeuta os culpe ou critique podem estar presentes e contribuir para diversos comportamentos e atitudes em relação ao terapeuta e à psicoterapia da criança.

Quando não trabalhados ao longo do processo, esses sentimentos podem comprometer a evolução do tratamento. Por esta razão, há uma tendência dos autores de valorizar os encontros terapeuta-genitores, tornando possível estabelecer uma aliança colaborativa com os pais, trabalhar as questões familiares envolvidas nos sintomas da criança e conceder apoio aos pais quando os sintomas aumentam, persistem ou retornam (Glenn et al., 1996; Kernberg, Ritvo, & Keable, 2012; Zavaschi et al., 2005).

Em estudos anteriores (Oliveira, Gastaud, & Ramires, 2016a; Oliveira, Gastaud, & Ramires, 2016b), de revisão sistemática e de levantamento acerca das práticas atuais

dos psicoterapeutas de crianças sobre a participação dos pais, respectivamente, constatou-se uma tendência no sentido de enfatizar os benefícios da inclusão dos pais no processo terapêutico da criança. A compreensão do contexto, a possibilidade de os pais atuarem também como agentes de mudanças, a atenuação de ansiedades e sentimentos persecutórios foram alguns dos benefícios elencados. Esses estudos permitiram identificar, também, que diferentes abordagens são propostas para a inclusão dos pais, que variam desde o estabelecimento do contrato, coleta de informações, aconselhamento e/ou orientação, do suporte, visando à manutenção do tratamento da criança, até a proposta de uma escuta e interpretação do discurso dos pais, dos seus desejos inconscientes e conflitos que podem interferir na análise da criança.

Kernberg et al. (2012), ao apresentar os parâmetros práticos para a psicoterapia psicodinâmica de crianças, com base em abrangente revisão de literatura, consideram que os pais são importantes parceiros do tratamento. Uma aliança colaborativa deve ser estabelecida com eles, sendo necessária uma postura neutra por parte do terapeuta, não se colocando ao lado da criança contra os pais, nem ao lado dos pais contra a criança. Os contatos entre o terapeuta e os pais poderão ter como foco, segundo as autoras, a troca de informações (sem comprometer o sigilo das sessões da criança, evidentemente), a abordagem dos sentimentos negativos dos pais em relação ao tratamento, ao terapeuta ou à própria criança, suporte para a necessidade de conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil, características individuais e experiências subjetivas da criança e, ainda, aconselhamento quando as dificuldades dos pais interferem no progresso do tratamento. Glenn et al. (1996) posicionaram-se nesta mesma direção acerca do trabalho com os pais na psicoterapia psicanalítica ou psicanálise de crianças.

Rustin (1998), analisando as possibilidades de trabalho com os pais, também apresentou quatro categorias que sintetizam diferentes abordagens. Num dos extremos

do espectro de possibilidades está a abordagem que visa a obter o apoio e o suporte dos pais para a manutenção da psicoterapia da criança. Na segunda categoria, a autora descreveu pais que buscam suporte para o seu funcionamento parental. Neste grupo, Rustin incluiu os pais que querem ajuda para compreender os problemas de seus filhos, e pais que estão enfrentando situações difíceis como doença familiar, problemas econômicos, incapacidades, lutos etc. Eles podem trabalhar em parceria com o terapeuta do seu filho ou filha, ou necessitar de ajuda específica para eles, mas o foco é no seu papel de pais. Na terceira categoria, o objetivo explícito é mudança no funcionamento familiar. Diferentes estilos de trabalho podem ser apropriados neste caso, conforme Rustin, e eles incluem terapia de casal, terapia familiar, e atendimento individual com foco nos relacionamentos intrafamiliares. Finalmente, no outro extremo do espectro de possibilidades, está a psicoterapia individual para um ou ambos os pais, ainda que as questões que os trouxeram foram preocupações com a criança.

Por outro lado, para Rosenberg (1994), a introdução dos pais não deve estar relacionada com a solicitação de uma ajuda educativa, ou com a intervenção ao nível da realidade. A autora salientou que a transferência dos pais opera e precisa ser processada no tratamento, e não fora dele. Ela inclui os pais para ouvir seu discurso em uma escuta analítica, para que seja possível identificar e tratar, através desse discurso, o lugar que a criança ocupa no mundo fantasmático deles. Com frequência, surgem impasses no tratamento da criança como decorrência de deslocamentos de sintomas dos pais. Neste caso, eles precisarão ser incluídos e escutados, para que seja superado o impasse criado.

Porém, a literatura mostra que a participação dos pais na psicoterapia da criança pode implicar alguns riscos, além dos benefícios destacados pelos autores (Glenn et al., 1996; Oliveira et al., 2016a; Oliveira et al., 2016b). Glenn et al. (1996) apontaram algumas das objeções que alguns psicanalistas sustentam quanto à inclusão dos pais no

processo terapêutico da criança. De acordo com este ponto de vista, o contato entre o terapeuta e os pais da criança pode contaminar a psicoterapia psicanalítica, interferir no desenvolvimento da aliança terapêutica com a criança e na transferência ou na neurose transferencial, tornando-as não analisáveis. A criança pode sentir que o tratamento é para os pais e não para ela, ou ficar desconfiada a respeito do sigilo das suas sessões. Ainda, informações a respeito do passado e do presente da criança podem confundir o terapeuta, os pais podem distorcer os fatos e ver as coisas pela sua própria perspectiva, e não pela da criança.

Aberastury (1982), ao longo da sua prática, suprimiu as entrevistas posteriores à avaliação com os pais (exceto quando eles solicitavam), ao perceber que essas práticas transformavam o terapeuta em uma figura superegoica, fazendo com que a culpa que os pais sentiam por estar errando com a criança se convertesse em agressão à psicoterapia. Para essa autora, como o vínculo transferencial dos pais não pode ser interpretado, seu contato com o terapeuta acaba sendo superficial e de apoio, gerando frustrações.

No estudo de Oliveira et al. (2016b), 76 terapeutas de crianças descreveram suas práticas relacionadas à inclusão dos pais no processo terapêutico desses pacientes. De acordo com esses profissionais, a participação dos pais pode impactar o processo terapêutico de maneiras positivas e negativas. Três fatores implicam riscos ao tratamento: quando a criança expressa, através dos seus sintomas, conflitos familiares ou do casal; a resistência dos pais à psicoterapia e às mudanças; e o cumprimento do contrato pelos pais. Quando a criança expressa sintomas familiares ou do casal, sua melhora ameaça a homeostase familiar. Nesses casos, os pais podem se tornar críticos e acusatórios ao terapeuta e/ou à psicoterapia, pelos mecanismos de projeção, podem apresentar resistências às mudanças da criança, ou mesmo percebê-las como piora. Uma maneira de atacar a psicoterapia se dá pela via do descumprimento de combinações do

contrato, como a assiduidade e a pontualidade da criança nas sessões, o pagamento dos honorários, ameaças de interrupção do tratamento e, nos casos mais extremos, abandono do tratamento.

Diversos sentimentos são provocados tanto no terapeuta como nos pais. Glenn et al. (1996) descreveram as reações transferenciais do terapeuta para os pais, suas reações aos pais como pessoas reais e a identificação com pais reais e idealizados. Segundo os autores, durante o tratamento, o terapeuta olha para o mundo da perspectiva da criança e identifica-se inconscientemente com ela. Sentimentos e experiências relacionadas aos próprios pais, tanto positivas como negativas, podem ser atribuídos aos pais do seu paciente, deformando seu julgamento clínico e impactando sua acuidade analítica.

Os terapeutas também podem ser impactados pelos traços reais dos pais do paciente: se são acessíveis e colaboradores, ou hostis e agressivos (Glenn, 1996), por exemplo. Além disso, podem ser intensamente impactados, segundo os autores, quando se identificam com pais que sofrem e se culpam pelas dificuldades de seus filhos, que atacam e amam suas crianças, e/ou que estão desapontados e furiosos com as deficiências de seus próprios pais. Quando os pais do paciente apresentarem sentimentos de fracasso e insuficiência poderão evocar sentimentos semelhantes no terapeuta, que podem resultar numa sensação de confusão e desamparo. Por fim, pais percebidos como negligentes e abusivos podem provocar no terapeuta o desejo de substituir esses pais “maus”, identificando-se com um genitor ideal, o que compromete uma postura terapêutica realista.

O estudo de Gabel e Bemporad (1994) explorou os sentimentos do terapeuta em relação aos pais do paciente. Os autores identificaram que, no curso do tratamento, alguns estados emocionais da criança podem acionar as memórias do terapeuta sobre a sua própria infância, fazendo com que ele se relacione com os pais do paciente como se

fossem seus próprios pais. Crianças agressivas ou que não estão respondendo satisfatoriamente à psicoterapia podem despertar um sentimento de impotência no terapeuta; ao invés de encarar as limitações do paciente e suas conseqüentes frustrações, o terapeuta pode negar a dificuldade de formar uma aliança com o paciente ao culpar os pais por terem criado uma criança intratável e indisciplinável. Tal manobra defensiva do terapeuta pode comprometer o curso da psicoterapia.

Gabel e Bemporad (1994) também descreveram a ansiedade evocada no terapeuta como resultado de estar sendo observado pelos pais na interação com a criança. Sentimentos de crítica e rivalidade nos pais podem parecer persecutórios ao terapeuta e ansiedades sobre o seu desempenho podem se fazer presentes na transferência e contratransferência.

Observa-se que a literatura sobre a participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças, além de restrita, não é conclusiva a respeito da abordagem a ser seguida para sua inclusão. Os estudos disponíveis são teóricos, de revisão ou relatos de caso clínico. Investigações empíricas acerca das repercussões da participação dos pais no processo terapêutico da criança não foram identificadas. Assim o objetivo deste estudo foi analisar o impacto da participação dos pais no processo terapêutico de uma criança em idade escolar, levada para tratamento devido a problemas de comportamento e relacionamento na escola. Foi investigada a hipótese de que as entrevistas de acompanhamento realizadas com os pais, durante a psicoterapia psicanalítica do menino, teriam algum efeito passível de ser identificado no decorrer desse processo terapêutico.

Método

Foi realizado um estudo naturalístico, descritivo, longitudinal, que seguiu o

método de Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 2007). O ECS propõe-se a estudar em profundidade um caso, sendo baseado em procedimentos desenvolvidos no contexto clínico ou naturalista, e que lança mão de diversos mecanismos em busca do rigor metodológico e do controle dos vieses do estudo. Entre esses mecanismos, pode-se citar a coleta de dados cuidadosa e sistemática, aplicação de medidas repetidas e utilização de juízes independentes para avaliação do processo terapêutico.

Participantes

Os participantes do estudo foram um menino que tinha sete anos quando iniciou psicoterapia psicanalítica, seus pais e sua psicoterapeuta. Walter (pseudônimo) estudava na segunda série do primeiro grau, e seus pais buscaram psicoterapia devido às suas dificuldades de relacionamento na escola. O menino apresentava um comportamento agressivo, violento, e não realizava as atividades e tarefas escolares. Seus pais tinham idades entre 30 e 35 anos, segundo grau, trabalhavam na área de vendas, sendo que a família tinha uma condição socioeconômica correspondente à classe média. A terapeuta tinha mais de 20 anos de experiência clínica quando foi procurada pelos pais de Walter. Tinha formação em psicoterapia psicanalítica, que incluiu seminários teóricos, supervisão e tratamento pessoal.

Instrumento

Foi utilizado o *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ), desenvolvido por Schneider e Jones (Schneider, 2003; 2004; Schneider & Jones, 2006; 2012). O CPQ permite a análise do processo terapêutico de crianças de 3 a 13 anos de idade. O procedimento consiste em 100 cartões com afirmações que resultam de uma seleção de um conjunto de itens escolhidos com base numa extensa revisão de literatura sobre psicoterapia de

crianças, que incluem métodos de tratamento validados empiricamente e abordagens psicanalíticas (Schneider & Jones, 2006; Schneider, Pruetzel-Thomas, & Midgley, 2009). Os itens foram baseados também em instrumentos sobre processo de psicoterapia existentes e adaptações da forma adulta *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS).

No seu conjunto, os itens do CPQ representam uma ampla gama das características da psicoterapia de crianças (Schneider, 2004; Schneider et al., 2009). Um subconjunto de itens descreve as atitudes, sentimentos, comportamento ou experiência da criança (Ex.: CPQ Item 29 – A qualidade do jogo da criança é fluída, absorta versus fragmentada ou esporádica). Um segundo subconjunto reflete as ações e atitudes do terapeuta (Ex.: CPQ Item 12 – O terapeuta formula emoções não verbalizadas ou não elaboradas). O terceiro subconjunto de itens busca capturar a natureza da interação da díade ou a atmosfera do encontro (Ex.: CPQ Item 45 – O terapeuta tolera os afetos intensos ou os impulsos da criança).

É desejável que as sessões com a criança tenham sido filmadas. Os avaliadores, de maneira independente, assistem ao vídeo de cada sessão e classificam os itens do CPQ de acordo com o quanto foram característicos ou não daquela sessão (Schneider & Jones, 2006; 2012; Schneider et al., 2009). Trata-se de um processo meta-analítico, que pressupõe intuição, conceitualização e observação das pistas objetivas disponíveis na sessão (Schneider et al., 2009). Portanto, é mais do que a mera identificação do comportamento, implicando um movimento por parte do avaliador entre a observação e a formulação. E na medida em que o avaliador enfatiza ou não determinados itens do CPQ, um mosaico dos padrões terapêuticos começa a emergir, mosaico que auxilia a descrever o processo interativo entre o terapeuta e a criança.

Para permitir maior confiabilidade, um manual de codificação oferece definições claras e exemplos de cada item, refletindo características que podem ser identificadas

usando videoteipes das sessões. Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o Português brasileiro por Ramires e Schneider (2016).

Após assistir ao vídeo da sessão terapêutica, juízes treinados ordenam, de maneira independente, através de uma distribuição forçada (*ipsativa*), os 100 itens em nove categorias para descrever a sessão em um *continuum* que varia entre o menos característico ao mais característico. Essa distribuição *ipsativa* proporciona que os juízes comparem os itens entre si e os coloquem em uma distribuição normal, com a maioria dos itens colocados no centro e menos itens nos extremos.

Cada sessão de psicoterapia deve ser avaliada por, pelo menos, dois juízes, que devem ser psicoterapeutas experientes e treinados para uso do instrumento. As codificações, independentes, devem atingir um índice de concordância (*alpha de Cronbach*) de pelo menos 0,70. Não sendo atingido esse índice, um terceiro avaliador codifica a mesma sessão, até atingir-se o índice exigido.

A fidedignidade e validade do CPQ vêm sendo demonstradas por diferentes investigações. Sua validade discriminante foi demonstrada em alguns estudos (Goodman, Midgley, & Schneider, 2016; Schneider et al., 2009), assim como a fidedignidade interavaliadores (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman et al., 2016; Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini, & Goodman, 2015; Schneider, 2004; Schneider et al., 2010). Em todos eles, análises independentes de grupos de sessões de psicoterapia de crianças realizadas por avaliadores treinados têm atingido índices de concordância superiores a 0,70 (correlação intraclasses).

Procedimentos

A partir da busca de tratamento pelos pais de Walter, foi realizada uma avaliação, para confirmar a necessidade e a motivação para realização do mesmo. A

psicoterapia teve enfoque psicodinâmico, na perspectiva da teoria das relações objetais, foi realizada em consultório particular, e teve a duração de 44 meses, tendo sido realizadas 160 sessões com o menino e 25 entrevistas com os pais. Teve frequência semanal da sessão 1 a 61 e da sessão 86 a 160. Entre as sessões 62 e 85 os encontros foram de duas vezes por semana. Todas as sessões tiveram a duração de 50 minutos, e foram filmadas e analisadas de acordo com o CPQ.

O estudo foi analisado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado. Primeiramente, a terapeuta foi consultada sobre sua disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Tendo aceitado, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pais e o menino foram consultados imediatamente após as primeiras sessões de avaliação, ao realizar o contrato para iniciar a psicoterapia. O estudo, seus objetivos e procedimentos foram explicados pela psicoterapeuta a todos, que concordaram em participar. Os pais assinaram o TCLE. Todos estavam cientes que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o tratamento, sendo que a prioridade era a psicoterapia de Walter e o bem-estar de todos.

Cada sessão foi codificada por dois juízes, de forma independente, formando pares aleatórios e que se intercambiaram. A equipe de juízes foi composta por seis psicólogos, treinados para o uso do CPQ, e com experiência clínica em psicoterapia psicanalítica. A concordância entre os pares de juízes (*alpha de Cronbach*) variou de 0,61 a 0,89 ($M = 0,72$ e $DP = 0,06$) nas 160 sessões. Com as classificações feitas pelos pares de juízes, calculou-se a média dos escores de cada sessão para formar escores compostos utilizados em todas as análises subsequentes.

Primeiramente, a média dos escores compostos das 160 sessões permitiu identificar o tom geral do tratamento de Walter, evidenciando os itens mais e menos característicos do processo terapêutico, de acordo com o CPQ. Numa segunda etapa,

com o objetivo de analisar se as entrevistas realizadas com os pais tiveram algum impacto no processo terapêutico, foi realizada uma Análise Discriminante de dois grupos (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). As sessões foram organizadas em dois grupos: um indicando aquelas imediatamente posteriores às entrevistas com os pais ($n = 25$) e outro grupo indicando as sessões anteriores às entrevistas ($n = 135$). O objetivo da análise foi destacar quais itens do CPQ diferenciavam de forma significativa um grupo do outro, sendo assim possível indicar os elementos do processo terapêutico que mais interagiram com a realização das entrevistas com os pais.

Para tanto, a Análise Discriminante estabeleceu, a partir das informações das variáveis independentes (itens do CPQ), uma função D (ou função discriminante), que é a combinação linear dessas variáveis capaz de diferenciar os grupos. Nessa função foram estabelecidos valores para ponderar cada variável de forma que as sessões obtivessem pontuações máximas em um grupo e ao mesmo tempo pontuações mínimas no outro grupo (Pardo & Ruiz, 2002). O método escolhido, *stepwise*, opera selecionando as variáveis a partir de uma estratégia de inclusão, que no caso foi a distância de Mahalanobis, inserindo por etapas, ou passos, variável por variável que possa maximizar a distância entre os dois grupos. A cada passo, uma variável que atenda o critério de entrada estabelecido é selecionada para compor a função discriminante. Quando não há mais variáveis para entrar ou sair da equação, são atribuídos para cada variável independente valores ponderados, ou coeficientes discriminantes. Para compreensão da explicação das variáveis independentes, os indicadores utilizados neste estudo foram as cargas discriminantes que se caracterizam pela correlação entre as variáveis independentes e a função discriminante, operando de forma semelhante aos pesos nas análises de regressão e considerados mais adequados para a interpretação (Pardo & Ruiz, 2002).

Resultados e Discussão

Com o objetivo de contextualizar os achados deste estudo, inicia-se com uma síntese da psicoterapia de Walter e das entrevistas com seus pais, baseada no relato da terapeuta. Em seguida, apresentam-se os resultados relativos ao processo terapêutico obtidos por meio do CPQ.

Descrição do caso

Os pais de Walter buscaram psicoterapia devido às suas dificuldades de relacionamento na escola, como mencionado acima. Ele estava na 1ª série, não tinha amigos, e seus colegas costumavam implicar com ele. Segundo a mãe, Walter era muito impulsivo: “*Quando ele fica brabo, ele explode*”. Na última briga na escola, ele jogou sua classe sobre um colega, e o segurou pelo pescoço.

Walter era único filho, e estava acima do peso como sua mãe. Ele apresentava um comportamento infantil e regressivo. Ainda usava mamadeira quando começou a psicoterapia, e dormia no quarto de seus pais, em uma cama próxima, embora tivesse seu próprio quarto. Recusava-se a realizar as tarefas escolares, tanto na escola como em casa.

A família morava próximo dos avós maternos. A mãe de Walter tinha conflitos com sua própria mãe. O pai de Walter perdeu seus pais quando criança e foi criado por irmãs mais velhas, que o superprotegeram. Ele também se comportava de forma dependente, e a mãe parecia ser a figura dominante na família.

A psicoterapia começou com sessões semanais de 50 minutos por 14 meses. Estas sessões foram aumentadas para duas vezes por semana por um período, e depois novamente reduzidas para uma sessão por semana, quando o final da psicoterapia começou a ser discutido.

Walter exibia comportamentos dependentes em suas sessões, pedindo à terapeuta para ajudá-lo a tirar seus sapatos ou casaco, ou ajudá-lo quando ia ao banheiro. Ele também exibiu comportamentos dominantes em direção à terapeuta, tentando dar ordens, e fazendo uma série de demandas. Ele costumava expressar fortes sentimentos de irritação, comportamentos agressivos e explosões de raiva. Atirava objetos, brinquedos e bonecos no consultório e mostrava resistência quando a terapeuta tentava explorar sua raiva e sentimentos de irritação.

Walter foi diagnosticado com um Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH) (APA, 2014). Ele também apresentava os critérios para Transtorno Desafiador Opositivo, mas este diagnóstico não deve ser feito na presença de TDDH, conforme o DSM-5. Walter também apresentava ansiedade e sintomas depressivos. O diagnóstico foi baseado em entrevistas com a criança e os pais, no Método de Rorschach, Sistema Compreensivo de Exner e no *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991), respondido pela mãe, pelo pai e pela professora de Walter.

Nas sessões de psicoterapia, o brinquedo do paciente mostrava uma criança muito ligada à sua mãe. Muitas vezes, havia um conteúdo sexual presente. Walter se recusava a explorar o conteúdo do seu brinquedo durante o primeiro ano de tratamento.

Ao longo do tratamento, foi difícil para Walter examinar seus problemas na escola e falar ou reconhecer seus sentimentos, especialmente no que diz respeito à sua agressividade e medos. 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 de contratransferência de irritação e desânimo diante da resistência do menino, e dúvidas sobre o quanto ela estava conseguindo ajudá-lo.

A abordagem teórica adotada pela terapeuta foi baseada na psicoterapia

psicodinâmica, inspirada principalmente na teoria das relações de objeto. Ela também usou elementos da abordagem proposta por Kernberg e Chazan (1991) para crianças com transtornos de conduta, que abrange intervenções de suporte e expressivas. Segundo as autoras, nos períodos iniciais de tratamento, as intervenções podem ser definidas como principalmente de suporte (educativas, encorajadoras e empáticas). Mais tarde, o componente expressivo torna-se mais importante, e intervenções interpretativas podem ser usadas.

A mesma terapeuta realizou, ao longo do tratamento de Walter, 25 entrevistas de acompanhamento com seus pais para ouvir suas ansiedades e preocupações, fornecer orientação sobre como lidar com o menino e com o processo de psicoterapia e coletar informações adicionais. Esta estratégia está de acordo com a abordagem de Kernberg e Chazan (1991). A terapeuta também manteve contato com a escola da criança, a fim de ajudar a ampliar sua compreensão das dificuldades do menino nesse ambiente.

As entrevistas com os pais foram marcadas por relatos de melhoras e pioras nos sintomas e dificuldades do menino. Os relatos de piora tinham a ver com suas dificuldades na escola, tanto no cumprimento de tarefas como no que diz respeito aos seus problemas de relacionamento com colegas e professores. Em geral, a mãe era bem mais falante e participativa nas entrevistas, sendo que o pai ficava mais em silêncio. Em muitas das entrevistas, apenas a mãe compareceu. A mãe era quem efetuava os pagamentos à terapeuta, e o pai levava o menino para as sessões. Em diferentes períodos, alguns se estendendo por vários meses, houve atrasos no pagamento das sessões de Walter.

Conforme a psicoterapeuta, o tratamento foi marcado por avanços e retrocessos. Quando o paciente melhorava e a alta começava a ser cogitada, alguma coisa desencadeava uma piora (em geral, problemas na escola), e o paciente não aceitava

tratar do término do tratamento. Aos 29 meses de psicoterapia, a alta de Walter estava sendo trabalhada pela terapeuta, uma vez que o menino estava melhor em todas as esferas consideradas. Nesta fase, em entrevista com os pais, eles relataram à terapeuta que Walter havia piorado na escola e que procurariam uma psicopedagoga, por indicação da escola. A terapeuta trabalhou com os pais o quanto os sintomas de Walter poderiam estar relacionados a questões do casal, servindo para mantê-los unidos e preocupados com ele.

A psicoterapia de Walter teve duração de 44 meses. No terceiro ano do tratamento, Walter mudou para uma nova escola (medida que havia sido recomendada pela terapeuta). Adaptou-se bem no novo ambiente, fez amigos e seu desempenho escolar melhorou. A alta da psicoterapia começou a ser discutida aproximadamente um ano antes do seu encerramento. Walter apresentou significativa 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. Nesse mesmo período, ocorreu a separação dos pais de Walter. A transição familiar ocorreu de maneira pacífica e consensual, e Walter relatou sentir-se seguro, porque sabia que continuaria próximo de sua mãe e de seu pai. Os pais percebiam o filho mais maduro e mais autônomo, e a mãe mencionou em entrevista com a terapeuta que não havia esquecido o que trabalharam um ano antes, sobre o fato de que *“se alguma coisa não está bem entre os pais, pode ser percebida pelo filho e que isso pode atrapalhar seu desenvolvimento”*.

O processo terapêutico de acordo com o CPQ

De maneira geral, o processo terapêutico de Walter foi caracterizado por uma

interação marcada pela conexão entre terapeuta e paciente, havendo uma sintonia na comunicação e na compreensão dos eventos e dos sentimentos. As sessões tinham um foco, que era significativo em relação aos conflitos do menino, com ênfase para a situação atual da vida de Walter. Ele manifestava fortes afetos e impulsos, que eram tolerados e acolhidos pela terapeuta. Walter se sentia compreendido, e não expressava ambivalência em relação à terapeuta. Estas características podem ser observadas na tabela 1, especialmente em relação aos itens que descrevem a interação terapeuta-paciente (itens 23, 38, 41, 45, 49, 69 e 88).

Porém, Walter foi uma criança resistente para examinar suas dificuldades, para explorar seus relacionamentos com pessoas significativas e costumava rejeitar as intervenções da terapeuta ao longo da psicoterapia. Walter compreendia os comentários de sua terapeuta, mas não costumava transmitir consciência das suas dificuldades ou alcançar novos *insights*. Mesmo assim, era claro na sua expressão verbal, comunicava-se com afeto, era ativo nas suas sessões, brincando de forma espontânea e sem se esforçar para controlar sentimentos ou impulsos (ver Tabela 1, itens 5, 26, 32, 40, 42, 53, 54, 58, 61, 63, 70, 72, 78, 85, 95).

A terapeuta lançou mão de intervenções que percorreram todo o espectro de intervenções possíveis, desde as mais suportivas e de apoio, incluindo estratégias expressivas, para ajudar o paciente a identificar e verbalizar estados internos e afetos, até intervenções interpretativas. Foi característico do processo auxiliar o paciente a manejar sentimentos, enfatizar a verbalização dos sentimentos, emoções, encorajar a fala do menino e buscar clarificar suas comunicações (conforme itens 3, 31, 65, 82 e 97). A abordagem psicanalítica da terapeuta ficou evidente no processo terapêutico, na medida em que ela interpretava desejos, sentimentos e ideias rejeitadas ou inconscientes, pontuava os elementos recorrentes no comportamento de Walter, não

exercia controle sobre a interação ou dirigia as sessões, nem trabalhava para fortalecer as defesas do paciente (itens 12, 17, 37, 50, 62, 67, 89). A análise baseada no CPQ deixou evidente, ainda, que a terapeuta era confiante e segura, percebia acuradamente o processo terapêutico, e foi sensível e acolhedora em relação aos sentimentos de Walter e ao seu nível de desenvolvimento e de capacidades (itens 6, 18, 77, 86).

Tabela 1

Médias dos Vinte Itens mais e menos Característicos do Processo Terapêutico de Walter de acordo com o CPQ

Itens mais característicos				
Item do CPQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
31 - T solicita mais informação ou elaboração	3,00	9,00	8,20	0,74
58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas	2,50	9,00	7,71	1,67
88 - O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da C	5,00	9,00	7,52	0,76
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro]	5,00	9,00	7,48	0,73
23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico	1,00	9,00	7,26	1,29
77 - A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento	4,00	9,00	7,17	1,06
6 - T é sensível aos sentimentos da C	2,00	9,00	7,14	1,15
65 - T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da C	5,00	9,00	7,01	0,83
42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações do T	1,50	9,00	7,00	1,89
28 - T percebe acuradamente o processo terapêutico	1,50	9,00	6,95	1,30
3 - Os comentários do T visam a encorajar a fala da C	2,00	9,00	6,94	1,44
62 - T assinala um tema recorrente na experiência ou conduta da C	2,50	9,00	6,66	1,29
50 - T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela C (ex. raiva, inveja ou excitação)	3,00	9,00	6,65	1,32
67 - T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes	2,00	9,00	6,49	1,53
97 - T enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos	2,50	9,00	6,49	1,13
45 - T tolera os fortes afetos ou impulsos da C	3,50	9,00	6,47	1,15
69 - A situação de vida atual ou recente da C é enfatizada	3,00	9,00	6,43	1,29
38 - T e C demonstram um vocabulário ou compreensão compartilhada quando se referem a eventos ou sentimentos	4,00	9,00	6,22	1,05
54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal	2,50	8,50	6,19	0,96
72 - C é ativa	1,00	9,00	6,15	2,02
82 - T ajuda C a manejar os sentimentos	2,50	8,50	6,14	1,16
Itens menos característicos				
Item do CPQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
9 - T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	1,00	7,50	2,10	1,22
40 - C se comunica sem afeto.	1,00	9,00	2,28	1,30
17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	1,00	8,00	2,42	1,33
89 - T age para fortalecer as defesas existentes.	1,00	8,00	2,51	1,24
12 - T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	1,00	4,50	2,57	0,82
32 - C alcança uma nova compreensão ou insight.	1,00	7,00	2,57	1,42
5 - C tem dificuldade para compreender os comentários do	1,00	6,00	2,60	1,04

T.				
53 - C transmite consciência das próprias dificuldades internas.	1,00	8,00	2,60	1,65
78 - C é complacente.	1,00	6,50	2,80	1,35
18 - T é crítico e transmite falta de aceitação.	1,00	8,50	3,09	1,74
41 - C não se sente compreendida pelo T.	1,00	9,00	3,19	1,39
95 - O brincar da C carece de espontaneidade.	1,00	8,00	3,42	1,93
37 - T se comporta de uma maneira didática.	1,00	8,00	3,55	1,54
85 - A agressividade da C é direcionada para ela mesma.	1,50	6,50	3,71	1,04
63 - C explora relacionamentos com outros significativos.	2,00	7,50	3,81	1,04
70 - C se esforça para controlar sentimentos ou impulsos.	1,50	7,50	3,86	1,26
100 - T faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos.	1,50	9,00	3,99	1,33
26 - C é socialmente não sintonizada ou inapropriada.	2,00	7,50	4,01	1,29
49 - C transmite ou expressa sentimentos confusos ou conflituosos sobre T.	2,00	7,00	4,01	1,11
61 - C se sente tímida e envergonhada [vs. desinibida e segura].	1,50	9,00	4,01	1,23

Nota. T = terapeuta; C = criança.

No que diz respeito à Análise Discriminante, foram considerados satisfatórios os pressupostos de normalidade, tendo sido possível identificar, pelo método *Stepwise*, cinco itens que discriminam os dois grupos de sessões considerados. A análise estabeleceu, neste método passo-a-passo, qual item a cada passo possuía maior poder de discriminação entre os grupos. A estatística utilizada para realizar essa seleção foi a distância de Mahalanobis, mais adequada para o método por passos (Hair et al., 2009). Ao final, foram realizados cinco passos apresentados na Tabela 2:

Tabela 2

Itens do CPQ Inseridos na Análise Discriminante a partir do Método Stepwise

Passo		Tolerância	F	D ²
1	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	1,000	7,431	
2	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	,944	4,380	,384
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	,944	4,211	,393
3	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	,941	3,685	,751
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	,878	6,733	,580
	40 - C se comunica sem afeto.	,930	5,869	,628
4	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	,896	5,628	,979
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	,858	8,334	,824
	40 - C se comunica sem afeto.	,922	6,714	,916
	66 - T é diretamente tranquilizador.	,911	5,848	,966
5	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	,892	6,203	1,317
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	,852	9,149	1,142
	40 - C se comunica sem afeto.	,882	9,081	1,146
	66 - T é diretamente tranquilizador.	,888	7,522	1,238
	63 - C explora relacionamentos com outros significativos.	,937	6,182	1,318

Nota. T = terapeuta; C = criança.

Estes resultados indicaram que os itens 86, 54, 40, 66 e 63 diferenciaram de forma significativa o grupo de sessões imediatamente posteriores às entrevistas com os pais do grupo de sessões anteriores a essas entrevistas. No entanto, a forma como isso ocorreu foi diferente para cada item, o que pode ser observado pelas cargas discriminantes apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3

Cargas Discriminantes dos Itens do CPQ Incluídas na Análise Discriminante Stepwise

Itens	Carga
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	0,48
54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	0,47
40 - C se comunica sem afeto.	0,32
63 - C explora relacionamentos com outros significativos.	0,28
66 - T é diretamente tranquilizador.	-0,22

Nota. T = terapeuta; C = criança.

A interpretação dos valores dessa tabela foi possível compreendendo a função discriminante a partir dos centroides dos grupos. Os centroides são os valores médios para os escores *Z* discriminantes dos itens em cada grupo (Hair et al, 2009), ou seja, estabelecem um ponto médio para cada grupo de sessões em relação à função discriminante calculada.

O grupo de sessões imediatamente posteriores às entrevistas com os pais tiveram o centroide estabelecido em -1,124 em relação à função discriminante. O grupo de sessões anteriores às entrevistas com os pais tiveram o centroide em 0,183. Essa informação permitiu interpretar que nas sessões imediatamente posteriores às entrevistas com os pais o item 86, que teve a maior carga discriminante e de valor positivo, diminuiu, indicando que a terapeuta, nessas sessões, tornou-se menos confiante e segura de si, assim como o item 54, que indica que nessas sessões a criança tornou-se menos clara e organizada na sua expressão verbal. Os demais itens discriminantes tiveram uma carga menor (<0,40), porém, foi possível verificar que nas

sessões que sucederam as entrevistas com os pais os itens 40 e 63 indicaram que a criança se comunicou com afeto mais intenso e não explorou relacionamentos com outros significativos. O último item discriminante teve carga negativa e, portanto, aumentou seu escore nas sessões posteriores às entrevistas com os pais, indicando que a terapeuta se tornou mais diretamente tranquilizadora nessas sessões.

Como foi visto em relação às características do processo terapêutico de Walter como um todo, o item 86 (Terapeuta é confiante seguro de si [vs. incerto ou inseguro]) foi um dos mais salientes ao longo da psicoterapia ($M = 7,48$; $DP = 0,73$). Contudo, a análise discriminante indicou que foi o item mais impactado após as entrevistas com os pais. É possível que os movimentos de regressão apresentados pelo menino durante a psicoterapia, que durou quase quatro anos, narrados pelos pais nas suas entrevistas, quando traziam o relato e as queixas dos seus problemas na escola, expliquem este impacto. Walter havia estabelecido uma boa aliança terapêutica com a terapeuta, identificando-se uma conexão e sintonia entre a díade, o que permitiu, inclusive, a manifestação da sua agressividade e fortes emoções em um contexto percebido como seguro pela criança. O processo terapêutico estava em marcha, e a terapeuta observava as melhoras do menino no *setting*. Os pais, nas suas entrevistas, traziam notícias do mundo externo, as dificuldades que ainda permaneciam ou retornavam, o que pode ter contribuído para afetar a segurança e a confiança da terapeuta acerca do quanto ela estava conseguindo ajudar o paciente. No seu relato do processo terapêutico, intensos e recorrentes sentimentos contratransferenciais de irritação e desânimo foram reportados.

Estudos anteriores descreveram alguns dos sentimentos que podem ser evocados no terapeuta pelos pais dos seus pacientes (Gabel & Bemporad, 1994; Glenn et al., 1996, Oliveira et al., 2016b). Ansiedade, sentimentos de crítica, de confusão e até mesmo desamparo são alguns deles. Além disso, quando conflitos familiares ou do

casal estão presentes, isso pode comprometer o progresso da psicoterapia, e os pais podem se tornar críticos e acusatórios em relação à psicoterapia e ao terapeuta (Oliveira et al., 2016b). Este elemento estava presente no caso de Walter, e pode ter contribuído para os movimentos de evolução e regressão observados e para o impacto no processo terapêutico observado com base na análise discriminante. A melhora do menino, possivelmente, iria requerer uma reorganização da homeostase familiar, o que, de fato ocorreu. A alta da psicoterapia coincidiu com o período de separação dos pais de Walter.

O outro item igualmente afetado após as entrevistas com os pais dizia respeito à criança e foi o 54 (Criança é clara e organizada na sua expressão verbal). Como no caso do item 86, este item estava entre os 20 mais característicos do processo. Na medida em que os pais de Walter traziam para a terapeuta queixas do menino na escola e das suas dificuldades, e ele era informado sobre as entrevistas e os conteúdos que diziam respeito a ele, levanta-se a hipótese de que isso possa ter suscitado sentimentos de vergonha, culpa, raiva, desconfiança, entre outros, afetando a capacidade de expressão que costumava demonstrar. Tais riscos foram discutidos na literatura sobre a participação dos pais na psicoterapia de crianças (Aberastury, 1982; Glenn et al., 1996; Rosenberg, 1994).

Embora com carga discriminante menor, os itens 40 (Criança se comunica sem afeto) e 63 (Criança explora relacionamentos com outros significativos) também contribuíram para diferenciar as sessões anteriores e posteriores às entrevistas com os pais. Isto significa que, em algum grau, Walter tornava-se mais emotivo ou eventualmente agressivo após essas entrevistas e se recusava a analisar seu relacionamento com pessoas significativas na sua vida, como seus pais, colegas e professores na escola. Em contrapartida, a presença do item 66 (Terapeuta é diretamente

tranquilizador) a partir do quarto passo da análise discriminante, e que não esteve entre os itens mais característicos do processo terapêutico de Walter, indicou a necessidade de uma intervenção nesse sentido, de apoio, após as entrevistas com os pais.

A hipótese deste estudo foi confirmada, tendo sido constatado que as entrevistas com os pais, durante a psicoterapia de Walter, tiveram efeitos passíveis de serem identificados com base no CPQ. Esses efeitos, ainda que em grau moderado, ocorreram no sentido de impactar negativamente o processo terapêutico. Por outro lado, deve-se considerar que a inclusão dos pais e seus efeitos tenham sido um importante elemento constituinte do processo terapêutico. Crianças cujos sintomas se manifestam na esfera do comportamento, como neste caso, demandam intervenções no plano da realidade externa, concomitantemente à psicoterapia. Os conflitos de Walter também tinham relação com a dinâmica familiar e do casal, cujas características e trajetórias familiares apontavam para dificuldades que necessitavam de uma atenção e escuta. Além da continência das dificuldades e do sofrimento de Walter, a terapeuta teve que acolher também seus pais, oferecendo um suporte para suas angústias, queixas e ataques ao vínculo, manifestados, entre outras coisas, via longos períodos de atraso no pagamento.

Apesar das dificuldades e resistências, a psicoterapia foi mantida por esses pais e pelo paciente por aproximadamente quatro anos, tendo conduzido a um desfecho avaliado como altamente positivo por todos os envolvidos. Nesse sentido, este estudo corroborou a literatura sobre psicoterapia de crianças, quando ela sinaliza a tendência e a importância da inclusão dos pais no processo terapêutico.

Considerações Finais

As controvérsias presentes na literatura da psicoterapia psicanalítica de crianças, acerca da participação dos pais no processo, encontram fundamentos no campo da

prática clínica, uma vez que tal inclusão é complexa e delicada, e passível de implicar riscos para o tratamento, além dos benefícios esperados. No presente estudo, ambas as dimensões da participação dos pais puderam ser observadas. A análise baseada no CPQ demonstrou que as entrevistas realizadas com os pais impactaram as sessões imediatamente posteriores da criança.

Se os pais não tivessem sido acompanhados no decorrer da psicoterapia pela terapeuta, isto não significa que efeitos semelhantes não teriam sido presentes. Porém, o delineamento deste estudo não permite análises que comparassem, por exemplo, quando entrevistas de acompanhamento com os pais são realizadas e psicoterapias em que não são. E qual o tamanho de efeito, relativamente aos resultados do tratamento, nos dois casos.

É possível afirmar que, neste caso, as entrevistas com os pais produziram um efeito no processo terapêutico do menino, identificado nas sessões posteriores às entrevistas, tanto na terapeuta como na criança. Provavelmente, o estado psicopatológico da criança, a dinâmica familiar, as características e a experiência da terapeuta são fatores importantes e capazes de contribuir para diferentes efeitos, conforme o caso. Novas investigações poderiam, além da adoção de delineamentos experimentais e controlados, explorar em estudos naturalísticos os efeitos da participação dos pais na psicoterapia de crianças de diferentes faixas etárias e que apresentem diferentes problemáticas.

Referências

Aberastury, A. (1982). Entrevistas posteriores com os pais. In A. Aberastury (Ed.), *Psicanálise da criança-teoria e técnica* (pp. 135-150). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, V. T: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- 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
- Gabel, S., & Bemporad, J. (1994). Variations in countertransference reactions in psychotherapy with children. *American Journal of Psychotherapy*, 48(1), 111-119. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179023>
- Glenn, J., Sabot, L., & Bernstein, I. (1996). O papel dos pais na análise de crianças. In J. Glenn (Ed.), *Psicanálise e psicoterapia de crianças* (pp. 239-258). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- 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., Midgley, N., & Schneider, C. (2016). 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: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre, RS: Bookman.

- Horn H. (2003). Involving parents in child psychoanalytic psychotherapy. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 52(10),766-776. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14699786>
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1991). *Children with Conduct Disorders: A psychotherapy manual*. New York, NY: Basic Books.
- Kernberg, P.F., Ritvo, R., & Keable, H. (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.015
- Motta, I. F. (2008). Intervenções psicoterápicas no desenvolvimento psicológico: O trabalho com os pais. In I. C. Gomes (Ed.), *Família: Diagnóstico e abordagens terapêuticas* (pp. 113-123). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Nevas, D. B., & Farber, B.A. (2001). Parents' attitudes toward their child's therapist and therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 165-170. doi: 10.1037/0735-7028.32.2.165
- Oliveira, L. R. F., Gastaud, M., & Ramires, V. R. R. (2016a). Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(2), 201-222.
- Oliveira, L. R. F., Gastaud, M., & Ramires, V. R. R. (2016b). *A participação dos pais na psicoterapia da criança: as práticas dos psicoterapeutas*. Manuscrito não publicado.
- Pardo, A., & Ruiz, M. Á. (2002). *SPSS 11 Guia para análise de datos*. Madrid, SP: McGraw Hill.
- Pozzi-Monzo, M., Lee, A., & Likierman, M. (2012). From reactive to reflective: evidence for shifts in parents state of mind during brief under-fives psychoanalytic psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1) 151-164. doi:

10.1177/1359104511403682

- Ramires, V. R. R., & Schneider, C. (2016). *Elaboração da versão em português do Child Psychotherapy Q-set*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), Prelo.
- 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
- Rosenberg, A. M. S. (1994). *O lugar dos pais na psicoterapia de crianças*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Rustin, M. (1998). Dialogues with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 24(2), 233-252.
- Sei, M. B., Souza, C. G. P. & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo/Revista do NESME*, 2(5), 101-219. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v5n2/v5n2a09.pdf>
- Schneider, C. (2003). *The development of the Child Psychotherapy Q-set*. Doctoral Dissertation. University of California, Berkeley.
- Schneider, C. (2004). *The development and first trial application of the child psychotherapy Q-Set*. Web publication of the International Psychoanalytical Association: <http://www.ipa.org.uk/research/schneider.asp>
- Schneider, C., & Jones, E. E. (2006). *Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual*. Berkeley: University of California. Unpublished Manual.
- 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). Clifton, NJ: 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-Thoma, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-Set. In: In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: New approaches, emerging findings.* (pp. 72-84). Nova York, NY: Routledge.

Sutton, A., & Hughes L. (2005). The psychotherapy of parenthood: Towards a formulation and valuation of concurrent work with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(2), 169-188. doi: 10.1080/00754170500221253

Zavaschi, M. L., Bassols, A. M., Bergmann, D. S., & Costa, F. M. (2005). Abordagem psicodinâmica na infância. In. C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Eds). *Psicoterapia de orientação analítica – fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 717-737). Porto Alegre, RS: Artmed.

Considerações Finais da Tese

Esta tese teve como objetivo central discutir a participação dos pais na psicoterapia psicodinâmica da criança. A psicoterapia psicodinâmica é compreendida como uma prática que apresenta diferentes abordagens de trabalho com os pais e engloba estratégias que variam desde intervenções mais superficiais até mais profundas. Com a intenção de responder aos objetivos propostos foram desenvolvidos três estudos empíricos que evidenciaram dados relevantes sobre a prática dos psicoterapeutas, a percepção dos pais sobre as mudanças no filho ou filha e o impacto das entrevistas com os pais no processo psicoterápico da criança.

É importante uma maior sistematização dos estudos sobre a participação dos pais na psicoterapia da criança, como forma de possibilitar a investigação do processo de tratamento e a identificação de estratégias de intervenção que favoreçam a participação da família. Foi possível verificar também, a partir dos resultados dessa tese, a necessidade da participação dos pais na psicoterapia da criança, e que grande parte dos profissionais investigados concorda com essa inserção. A inclusão dos pais durante esse processo produziu impacto no tratamento, os quais variaram dependendo das características e dificuldades dos próprios pais, a aliança estabelecida com o terapeuta e a habilidade que esse teve para trabalhar com os familiares.

Dentre as limitações destacam-se a escassez de pesquisas científicas na área, o número reduzido de instrumentos utilizados e de participantes, o que não possibilitou comparações mais específicas entre as diferentes práticas clínicas dos profissionais. Contudo, pode-se concluir que a participação dos pais no processo de psicoterapia da criança é necessária e pode ser um favorecedor na superação dos sintomas e na reorganização da dinâmica familiar.

Os resultados desta tese poderão contribuir com a instrumentalização dos profissionais que atuam com a clínica psicanalítica de crianças, visto que os achados possibilitarão intervenções mais assertivas, por meio de diretrizes que orientem o fazer psicológico. Como perspectivas futuras, acredita-se na importância da popularização do conhecimento científico para os profissionais da área.

Referências

- Alcantara, J. V. N. (1998). O lugar dos pais na psicoterapia psicanalítica com crianças. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifício Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Dowell, K. A. & Ogles, B. M. (2010). The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 39(2), 151-162. doi: 10.1080/15374410903532585
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59.

ANEXOS

ANEXO A

Artigo publicado na Revista Brasileira de Psicoterapia, v. 18, nº 2 de 2016

Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças

Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira, Marina Bento Gastaud, &

Vera Regina Röhne Ramires

Resumo

A psicoterapia de crianças envolve, para além da díade terapeuta-paciente de alguma forma, seus pais ou responsáveis. Não há consenso entre os clínicos sobre a melhor forma de incluir os pais na psicoterapia psicanalítica de crianças, sendo relevante verificar como a literatura científica posiciona-se sobre o tema. Realizou-se uma revisão sistemática nas bases de dados *Medline*, *Lilacs*, *SciELO*, *PsycInfo*, *Pepsic* e *PubMed*, utilizando os descritores: *psychoanalytic psychotherapy*, *children* e *parents*. Foram identificados 14 estudos que focalizam esse tema e todos defendem a participação dos pais no tratamento psicanalítico da criança. As abordagens de trabalho com os pais, os benefícios da sua participação no tratamento, os aspectos transferenciais e contratransferenciais, assim como o manejo técnico nas sessões são discutidos. As propostas técnicas diferem dependendo da formação do terapeuta, do seu embasamento teórico e da sua experiência. Sugere-se que pesquisas empíricas sejam realizadas para orientar os clínicos na prática cotidiana, pois a maior parte dos artigos são reflexões teóricas.

Palavras-chave: Psicoterapia psicanalítica; Criança; Pais.

Abstract

Psychotherapy of children involves, in addition to the therapist-patient dyad, somehow, their parents or guardians. There is no consensus among clinicians on the best way to include parents in psychoanalytic psychotherapy of children, so it is relevant to verify the position of the scientific literature regarding this subject. A systematic review was conducted in the *Medline*, *Lilacs*, *SciELO*, *PsycInfo*, *Pepsic* and *PubMed* databases using the keywords: psychoanalytic psychotherapy, children and parents. Fourteen studies that focus on this issue were identified and they all endorse the involvement of parents in the psychoanalytic treatment of children. Working approaches with the parents, the benefits of their participation in treatment, transference and countertransference aspects, as well as the technical management in the sessions are discussed. The studies showed that the proposed techniques differ depending on the training of the therapist, their theoretical background and experience, demonstrating the need for improvement, both through clinical case studies and empirical research. Empirical research must be conducted, since most of the articles are theoretical reflections.

Keywords: Psychoanalytic psychotherapy; Child; Parents.

Introdução

A participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças sempre foi controversa¹. A primeira publicação acerca de uma criança auxiliada pela psicanálise foi feita por Freud², intitulada “*Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*”, conhecida como o caso do *Pequeno Hans*. Neste caso, o menino era tratado por intermédio de seu pai, orientado por Freud². Foi a psicanalista vienense Hug-Hellmuth que conduziu a primeira psicanálise com crianças, utilizando o jogo como ferramenta de

acesso ao paciente e abandonando o uso do divã³.

Anna Freud⁴ e Melanie Klein⁵ deram continuidade ao pioneirismo da psicanálise infantil, porém com abordagens divergentes. Anna Freud⁴, representando a escola vienense, radicalizou a posição de que a análise da criança não deveria começar antes dos quatro anos de idade, nem ser conduzida diretamente com ela, mas sim por intermédio da autoridade dos pais ou responsáveis. Ao contrário, Melanie Klein⁵ postulava que era preciso eliminar todas as barreiras que impediam o analista de ter acesso direto às fantasias inconscientes da criança, partindo da sua prática clínica com crianças a partir de dois anos, por meio dos brinquedos e jogos.

A psicoterapia psicanalítica (PP) de crianças teve seus pressupostos derivados da psicanálise e tem como objetivo possibilitar ao indivíduo a ampliação do entendimento sobre seu funcionamento, resultando no uso de defesas mais maduras, na melhora do padrão das relações objetais⁶ e em mudanças sintomáticas significativas⁷. Embora haja uma crescente diversidade teórica dentro do referencial psicanalítico, o que o distingue dos demais são os seus conceitos fundamentais: vida mental instintual (consciente e inconsciente), fases, conflitos e defesas desenvolvimentistas, realidade (psíquica) interna, a tendência para repetir o passado no presente, o fenômeno da transferência e da contratransferência e a dinâmica elaboração dos conflitos no curso de um tratamento⁸.

Na PP de crianças, as brincadeiras e atividades lúdicas são o caminho pelo qual se tem acesso e ao seu mundo interno. Seus objetivos são atender situações focais, resolver conflitos do desenvolvimento, propiciar a aquisição de *insight* sobre as motivações inconscientes dos comportamentos relacionados aos conflitos principais e ajudar o paciente a retomar o curso normal do desenvolvimento⁹. Espera-se que ao longo da psicoterapia as tendências regressivas da criança diminuam, haja superação

das inibições e das paradas desenvolvimentais e que as energias liberadas e neutralizadas fiquem disponíveis para a atividade sublimada¹⁰.

Tendo as mesmas bases teóricas da psicanálise, a PP é herdeira das mesmas contradições. Sendo um instrumento psicoterapêutico relevante pode funcionar como uma medida preventiva, propiciando a construção de bases sólidas para a integração mental no tratamento de perturbações psíquicas diversas¹¹. Porém, cada escola teórica advoga a favor de um papel mais ou menos intervencionista em relação aos pais no tratamento dos seus filhos, e apresenta soluções divergentes para esta questão. Em geral, cabe ao responsável pela criança a decisão de buscar tratamento e fornecer as informações pregressas e atuais sobre a criança e sobre o pano de fundo familiar e social em que ela está inserida. Por isso, existe necessariamente um contato inicial entre o terapeuta e os responsáveis pela criança para que se inicie um tratamento.

De um lado, o contato terapeuta-genitor é visto como algo que pode contaminar a psicoterapia, quando os pais distorcem os fatos e obstruem o desenvolvimento da aliança terapêutica com a criança, levando-a a desconfiar do sigilo do terapeuta e a sentir que o tratamento é para os pais e não para ela. Aberastury¹², ao longo da sua prática, suprimiu as entrevistas posteriores à avaliação com os pais (exceto quando os pais solicitavam) e abandonou o trabalho de orientação a pais, ao perceber que estas práticas transformavam o terapeuta em uma figura superegóica, fazendo com que a culpa que sentiam por estar errando com a criança se convertesse em agressão à psicoterapia. Como o vínculo transferencial dos pais não pode ser interpretado, seu contato com o terapeuta acaba sendo superficial e de apoio, gerando frustrações. Para essa autora, os pais deveriam ser encaminhados à psicoterapia pessoal ou a grupos de orientação de pais nos casos em que suas dificuldades estejam impedindo o avanço do tratamento de seus filhos.

Opostos a essas ideias, encontram-se os defensores dos encontros terapeutas- genitores, tornando possível trabalhar as questões familiares envolvidas nos sintomas da criança e conceder apoio aos pais quando os sintomas aumentam, persistem ou retornam^{9,10,13}. A decisão dos pais de buscar psicoterapia para seu filho é geralmente marcada por uma série de sentimentos ambivalentes¹⁰. Quando não trabalhados ao longo da psicoterapia, estes sentimentos acabam por impedir a evolução do tratamento da criança. Para Zimerman¹³ é difícil imaginar uma criança atendida em psicoterapia psicanalítica sem o acompanhamento concomitante sistemático dos pais, não sendo rara a possibilidade de realizar sessões familiares.

Como se pode observar, não há consenso a respeito de como deve ser a participação dos pais no tratamento dos seus filhos. Além disso, a formação dos psicoterapeutas, tradicionalmente, é baseada em referências teóricas^{14,15}, beneficiando-se pouco da pesquisa e das publicações em periódicos científicos. Partindo destas constatações, o presente estudo teve como objetivo revisar sistematicamente os artigos científicos sobre o tema da participação dos pais na PP de crianças, contribuindo para o debate e a elucidação dos prós e contras dessa participação. Especificamente, buscou-se discutir as abordagens de trabalho utilizadas com os pais, os benefícios e riscos da participação dos pais na psicoterapia da criança, os aspectos transferenciais e contratransferenciais desse processo, o manejo técnico e enquadre na sessão.

Método

Foram consultadas as bases de dados CAPES (campo Assunto), Medline, Lilacs, SciELO, PsycInfo (campo Abstract), Pepsic e PubMed (campo Title/Abstract). Os descritores utilizados em todas as bases foram: *psychoanalytic psychotherapy, children e parents*. Além disso, a escolha dos descritores foi realizada a partir dos termos

previstos pelo DECS, Mesh Terms e pela relevância nas publicações relacionadas à área de investigação.

Crêterios de inclusão e de exclusão

Foram includos todos os artigos publicados nos últimos 30 anos, em inglês, espanhol ou português. Optou-se por investigar um período longo de tempo na tentativa de identificar o maior número de estudos, já que as pesquisas sobre o tema são reduzidas. Foram excluídos os artigos: 1) que não abordassem o tema da participa o dos pais na psicoterapia de crianças, 2) referentes ao atendimento de adolescentes, 3) relativos   psicoterapia em grupo, 3) destinados às abordagens de interven o pais-beb  e/ou 4) baseados em referenciais teóricos não psicanalíticos ou psicodinâmicos.

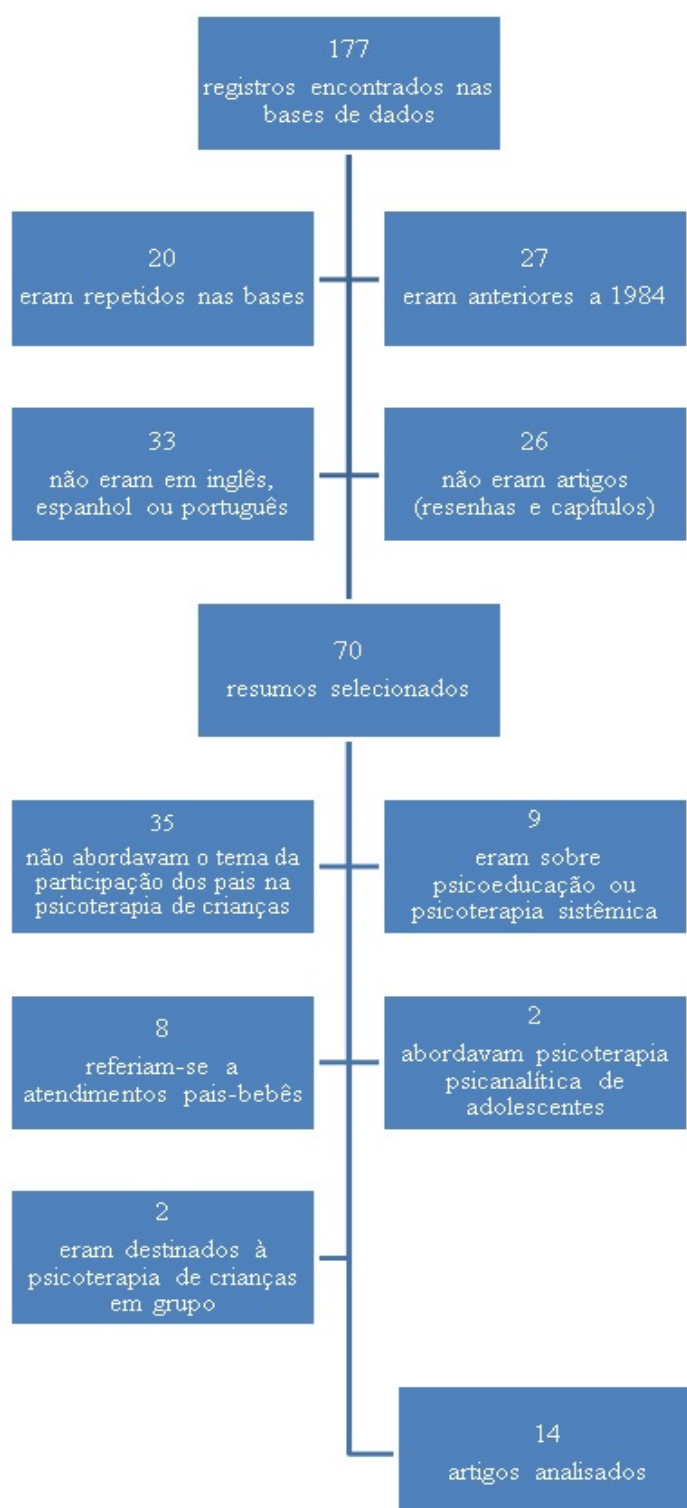
Procedimentos de coleta e análise dos dados

Todos os estudos que contemplaram os cr terios de inclusão foram analisados de forma descritiva e qualitativa, de acordo com as seguintes categorias: objetivo, método e resultados. Numa segunda etapa, foram analisadas as convergências e divergências entre as publica es, selecionando os temas mais recorrentes, destacados por categorias temáticas.

Resultados e Discussão

Até dezembro de 2015, foram localizados 177 registros nas bases de dados utilizando os descritores mencionados. Após a identifica o dos registros duplicados e a aplica o dos filtros aos cr terios de inclusão, 70 resumos de artigos foram selecionados e analisados. Destes, 14 artigos foram considerados pertinentes para a análise e compuseram a presente investiga o, conforme descrito no fluxograma que segue:

Figura 1: Fluxograma da revisão sistemática



A Tabela 1 descreve os artigos selecionados para esta revisão sistemática. De acordo com os resultados, percebeu-se uma escassez de estudos que abordem a participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças, sendo o estudo mais antigo publicado em 1994 e os mais recentes em 2012. Há predominância de publicações voltadas a reflexões teóricas, argumentativas, ilustradas com relatos de casos clínicos. Foram encontrados dois estudos empíricos. Constatou-se que há uma predominância de discussões teóricas em comparação aos estudos empíricos relativos à participação dos pais no tratamento das crianças.

Tabela 1
Síntese dos Artigos Analisados

Autor (ano)	Delineamento	Objetivos
Gabel & Bemporad (1994)	Reflexão teórica, relatos de casos	Discutir o conceito de contratransferência
Rustin (1998)	Reflexão teórica, relatos de casos	Oferecer um panorama das abordagens clínicas no trabalho com pais
Nevas & Farber (2001)	Empírico quantitativo	Avaliar as atitudes de pais e cuidadores de crianças em psicoterapia, considerando os sentimentos e pensamentos sobre o tratamento.
Sutton & Hughes (2005)	Reflexão teórica, relatos de casos	Explorar o processo e o valor do trabalho simultâneo com os pais quando o filho está sendo tratado em psicoterapia individual
Harel, Kaplan, Avimeir-Patt & Ben-Aaron (2006)	Reflexão teórica	Apresentar um modelo de psicoterapia psicodinâmica com ativa participação de pais no tratamento de crianças
Sei, Souza & Arruda (2008)	Estudo de caso clínico	Ampliar a compreensão acerca dos sintomas da criança, refletir sobre as relações entre sintomas da criança e a dinâmica familiar e discutir os limites e alcances da orientação de pais na psicoterapia psicodinâmica infantil.
Dugmore (2009)	Estudo de casos clínicos	Discutir a psicoterapia pais-crianças com dificuldades de sono.
Finkel (2009)	Relato de experiência e reflexão teórica	Refletir sobre o lugar dos pais, do psicoterapeuta e da instituição de saúde pública no tratamento dos distúrbios psicológicos de crianças
Muller (2009)	Reflexão teórica e relato de casos	Descrever a vivência contratransferencial em relação aos pais
Klinger, dos Reis & de Souza (2011)	Estudo de caso Clínico	Discutir a inclusão parental na psicoterapia infantil e as mudanças no vínculo mãe-filha.
Emanuel (2012)	Reflexão teórica e relatos de casos	Discutir as ideias de Klein, Bion e Bick como base de intervenções psicanalíticas com pais, bebês e crianças
Kernberg, Ritvo, Keable (2012)	Revisão sistemática da literatura	Descrever os princípios da psicoterapia psicanalítica com crianças com base no consenso clínico e nas evidências empíricas disponíveis
De Melo, de Andrade & Lima	Estudo de caso clínico	Compreender, no contexto de análise de uma criança com psicótica, o sofrimento materno e suas implicações no

(2012)		destino do tratamento.
Pozzi-Monzo Lee & Likierman (2012)	Empírico quantitativo, qualitativo e relato de casos	Avaliar o impacto da psicoterapia psicanalítica de curto prazo em crianças menores de cinco anos de idade e suas famílias.

Considerando as publicações analisadas, verificou-se que dos 14 artigos, cinco eram do Brasil, cinco dos Estados Unidos e quatro da Inglaterra. Quanto ao método, nos estudos brasileiros, constatou-se a preponderância dos delineamentos qualitativos, utilizando como estratégia de análise a reflexão teórica, relato e estudos de casos. Um dos estudos incluídos trata-se de uma revisão sistemática sobre a prática psicoterápica com crianças, com o objetivo de criar diretrizes gerais para a prática de psicoterapeutas psicanalíticos; uma das recomendações postuladas destina-se à importância da aliança terapêutica com os pais neste processo. Os estudos nacionais tiveram em comum a discussão da inclusão parental na psicoterapia de crianças, considerando os limites e alcances da orientação de pais. Nos estudos norte-americanos, foi identificado um artigo utilizando delineamento quantitativo e os demais qualitativos, sendo que nos objetivos percebe-se a preocupação em descrever os princípios da PP de crianças e o lugar dos pais no processo. Dos quatro estudos publicados na Inglaterra, três são de reflexão teórica e análise de casos e um caracteriza-se como delineamento misto. Os objetivos dos estudos ingleses se voltam a avaliar e explorar o processo de PP de crianças e a participação dos seus pais.

Os temas abordados pelos artigos foram sintetizados em quatro categorias temáticas, de acordo com a análise do seu foco e conteúdo: “Abordagens do trabalho com os pais”; “Benefícios da participação dos pais na psicoterapia da criança”; “Aspectos transferenciais e contratransferenciais da participação dos pais na psicoterapia da criança”; e “Manejo técnico e enquadre na sessão”. Estas categorias não

são excludentes, ou seja, um mesmo artigo abordava diferentes questões relacionadas à participação dos pais na psicoterapia. A seguir, cada categoria é apresentada e discutida.

Abordagens do trabalho com os pais

Vários estudos identificados discutem abordagens possíveis de trabalho com os pais Rustin¹⁶ apresenta um espectro dessas diferentes abordagens com objetivos que variam desde intervenções mais superficiais até mais profundas. O psicoterapeuta pode contratar um trabalho adicional com os pais, promovendo mudanças nas relações intrafamiliares, ou indicar psicoterapia independente para um ou ambos os pais, permitindo que trabalhe questões pessoais independentes do papel de pais. A autora descreve que, segundo a sua experiência na clínica Tavistock, encaminhar o pai ou a mãe a um psicoterapeuta de adultos nem sempre é a melhor opção.

Conforme as diretrizes da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, delineadas na revisão sistemática de Kernberg, Ritvo e Keable¹⁷, no tópico destinado à inclusão dos pais na psicoterapia da criança, o terapeuta deve encaminhar para psicoterapia individual os pais que estiverem apresentando dificuldades psicológicas que interfiram no progresso do tratamento da criança; quando o pai ou a mãe não puder ser encaminhado, o terapeuta deve ter o cuidado de não assumir a postura de terapeuta individual tanto da criança quanto de um dos pais¹⁷. A mesma postura, de não atender em psicoterapia a criança e seus pais, é partilhada por Nevas e Farber¹⁸.

Outra possibilidade de trabalho com os pais seria a “psicoterapia da parentalidade” (*psychotherapy of parenthood*) descrita por Sutton e Hughes¹⁹ e formulada a partir das suas experiências nos serviços de saúde mental da criança e do adolescente no *National Health Service of the U.K.* Os autores sugerem a realização de

um trabalho simultâneo com os pais, ocorrendo com outro psicoterapeuta no mesmo horário e na mesma frequência do atendimento da criança. Ambos os terapeutas, embora atendam separadamente pais e criança, fariam um trabalho em conjunto, tendo abertura para discutir as observações e trabalhar no sentido de abordar e amenizar as dificuldades da criança. Ocasionalmente, os dois terapeutas se reuniriam em sessões com os pais. Diferentemente de psicoterapia individual para os pais, a psicoterapia da parentalidade é centrada na criança e o psicoterapeuta que exerce este trabalho deve manter o foco nessas três questões: O que é útil para a criança? O que é útil e possível aos pais? O que é possível ao psicoterapeuta?

Às vezes, é necessário encaminhar um ou ambos os pais para psicoterapia individual, mas Sutton e Hughes¹⁹ alertam que os psicoterapeutas lembrem que estes adultos escolheram ou foram impelidos a consultar pela necessidade urgente da criança, não optando por serem eles os pacientes. O trabalho com pais é psicanaliticamente orientado e o nível de profundidade alcançado vai depender do acordo e do contrato feito com eles no início e ao longo do tratamento, com base no que eles estão dispostos a suportar e nas suas necessidades individuais. A transferência, tanto quanto ao terapeuta de pais como quanto ao terapeuta da criança deve ser sempre entendida e, quando necessário, interpretada¹⁹. Os autores deixam claro que qualquer adulto que esteja no momento exercendo a função parental pode ser auxiliado por este tipo de abordagem.

Um relato de caso clínico brasileiro elaborado por Sei, Souza e Arruda²⁰ apresenta uma proposta de intervenção semelhante. Por meio do encaminhamento da mãe da criança para orientação de pais, foi possível uma integração entre o trabalho desenvolvido pela psicoterapeuta da criança e pela psicoterapeuta responsável pela orientação de pais; o olhar cuidadoso para o funcionamento familiar colaborou para a

compreensão e a melhora da criança. A orientação de pais pode mostrar-se como uma possibilidade de intervenção em conjunto com a psicoterapia individual da criança.

Dentre as abordagens encontradas nesta revisão, foram evidenciadas duas propostas para pais de crianças pequenas. A primeira abordagem é destinada a crianças menores de cinco anos, em que os pais são vistos com alta frequência e em conjunto com a criança, o que permite se engajarem com o psicoterapeuta, articularem questões familiares e observarem seu próprio filho brincar e interagir²¹. Paralelamente, são realizadas sessões isoladas com os pais, objetivando: 1) falar sobre ansiedades e padrões de apego primitivos, conectando-os às experiências passadas, 2) apoiar os pais a pensar sobre as possíveis projeções de suas próprias preocupações e conflitos no seu filho, permitindo a adoção de uma percepção mais benevolente com a criança e 3) ajudá-los a pensar de forma diferente sobre si mesmo, para que possam pensar e compreender de forma diferente a criança.

Já a segunda abordagem direcionada para crianças pré-latentes, proposta por Harel, Kaplan, Avimeir-Patt e Ben-Aaron²², consiste em sessões semanais intermitentes com o mesmo terapeuta: em uma semana, faz-se a sessão com a mãe e a criança; na semana seguinte, faz-se com o pai e a criança; na terceira, faz-se com o pai e a mãe. Neste modelo, o pai e a mãe têm iguais participações no tratamento da criança. Ambas as propostas sugeridas para crianças pequenas, independentemente da patologia e dos sintomas que a levaram para tratamento, partem da premissa de que a criança faz parte de uma matriz relacional, sendo necessária a inclusão permanente dos demais integrantes da família. A abordagem²², entretanto, é mais específica e se propõe a tratar cada díade do triângulo pais-filho. Percebe-se, portanto, que os autores preconizam uma participação ainda mais ativa dos pais no tratamento de crianças pré-escolares.

Em síntese, as abordagens descritas de trabalho com os pais evidenciam que não

há uma única forma de incluí-los no processo da PP da criança. Observa-se que a idade da criança, as características e dificuldades apresentadas pelos pais são fatores que conduzem os autores a considerar diferentes abordagens para o trabalho com os pais.

Benefícios da participação dos pais na psicoterapia da criança

Em que pese às controvérsias sobre a inclusão dos pais no tratamento da criança, todos os artigos identificados se mostraram a favor da sua participação. Este dado talvez demonstre que a postura mais intervencionista está ganhando espaço, e que não é mais concebível auxiliar uma criança em PP sem levar em conta seu contexto familiar.

Mesmo após a fase inicial da psicoterapia, as recomendações apontadas por Kernberg, Ritvo, Keable¹⁷ direcionam para um trabalho continuado com os pais, pois eles seguem sendo uma importante fonte de informações sobre o contexto no qual o terapeuta compreende o material clínico da criança. Os terapeutas precisam dos pais para obter informações sobre a história cotidiana, relacional e educacional da criança, para monitorar suas mudanças enquanto o tratamento progride e para promover mudanças de padrões no ambiente que permitam que o tratamento obtenha o efeito pretendido¹⁸.

Outro benefício de incluir os pais no tratamento é a possibilidade de intervir quando a ansiedade provocadora do sintoma está localizada tanto na criança e nos pais quanto no vínculo entre eles. Este é o argumento de Dugmore²³ para incluir os pais em todas as sessões do tratamento de crianças com problemas de sono. Segundo o autor, a pesquisa pediátrica demonstra que as medicações não têm sido efetivas no manejo em longo prazo da maioria dos problemas de sono, o que faz com que se considerem os pais como o agente de mudança.

De acordo com o estudo de caso de Klinger, Reis e Souza²⁴, um importante

favorecedor para a evolução do processo terapêutico da paciente foi à instalação de um dispositivo de escuta da mãe. Esses momentos com os pais são preciosos e revelam muito acerca da dinâmica familiar, da subjetividade e da demanda parental em relação à criança. Entretanto, as autoras alertam que o clínico deve estar atento ao escutar os pais para que não deixe de considerar a dimensão subjetiva da criança.

Para crianças menores de cinco anos, Pozzi-Monzo, Lee e Likierman²¹ pesquisaram o impacto da PP breve em sete crianças pequenas e suas famílias e descobriram, dentre outros dados, que os pais tendem a adotar uma postura mais reflexiva do que reativa quando são incluídos no tratamento. Ao buscar psicoterapia para seu filho, os pais apresentam algum grau de sentimentos persecutórios quanto ao medo de serem julgados; pelo contato com o terapeuta, eles percebem que a tarefa deste é compreender o conflito e não apontar defeitos nas atitudes paternas.

Muitos dos benefícios mencionados se repetem ao longo dos artigos, reforçando que é uma ideia em comum que os terapeutas devem manter encontros com os pais durante todo o curso do tratamento, mesmo que ele esteja progredindo de forma adequada. “A psicoterapia de crianças, diferentemente de adultos, é necessariamente triádica: a importância do pai e da mãe não pode ser negada ou ignorada”¹⁸.

Observa-se que há uma ênfase nos estudos acerca dos benefícios da inclusão dos pais no processo terapêutico da criança. A compreensão do contexto, a possibilidade dos pais atuarem também como agentes de mudanças, a atenuação de ansiedades e sentimentos persecutórios estão entre os benefícios elencados.

Aspectos transferenciais e contratransferenciais da participação dos pais na psicoterapia da criança

Um tópico menos explorado diz respeito aos sentimentos dos pais em relação ao

terapeuta da criança (transferência), comparado à experiência emocional do terapeuta diante dos pais de seu paciente (contratransferência). No primeiro caso, a pesquisa realizada por Nevas e Farber¹⁸ foi a única investigação empírica encontrada sobre o tema. Nessa pesquisa, solicitou-se que pais (ou cuidadores) de crianças em psicoterapia respondessem a questionários que exploravam seus sentimentos quanto à terapia e ao terapeuta de seus filhos. Os autores encontraram que: 1) as atitudes dos pais em relação ao terapeuta e ao tratamento tendem a ser consistentemente positivas, 2) os pais sentem que a terapia de seus filhos está funcionando, 3) os pensamentos dos pais sobre o terapeuta de seus filhos são geralmente acompanhados por sentimentos positivos, 4) pais de crianças com sintomatologia depressiva têm menor chance de apresentarem atitudes positivas quanto ao terapeuta e à terapia, enquanto a percepção de necessidade de tratamento para a criança tende a aumentar as atitudes positivas. Outro resultado potencialmente útil para a clínica consiste nos sentimentos das mães quanto à terapia e ao terapeuta, que tende a ser mais positivo do que os sentimentos dos pais.

Embora os resultados sejam esclarecedores, o estudo de Nevas e Farber¹⁸ apresenta vieses que dificultam a generalização dos achados: os autores reconhecem que a amostra pesquisada é pequena, composta exclusivamente por famílias de baixa renda e que permaneceram por algum tempo em tratamento (ao menos por seis sessões). O estudo não apresenta a taxa de recusa em responder aos instrumentos. É provável que pais que apresentem sentimentos negativos quanto ao terapeuta e à terapia de seus filhos sejam justamente aqueles que não concordaram em participar, por não estarem engajados com a instituição e com o terapeuta. Mais estudos empíricos deveriam ser conduzidos sobre este tema, com maior rigor metodológico, a fim de lançar luz sobre os reais sentimentos de pais que levam seus filhos para atendimento.

Quanto aos aspectos contratransferenciais, identificou-se o estudo de Gabel e

Bemporad²⁵, que seguiu uma abordagem teórica sobre o tema. No que se refere aos sentimentos do terapeuta em relação aos pais do paciente, os autores defendem que, no curso do tratamento, alguns estados emocionais da criança podem acionar as memórias do terapeuta sobre a sua própria infância, fazendo com que ele se relacione com os pais do paciente como se fossem seus próprios pais. Para estes autores, crianças agressivas ou que não estão respondendo satisfatoriamente à psicoterapia podem despertar um sentimento de impotência no terapeuta; ao invés de encarar as limitações do paciente e suas conseqüentes frustrações, o terapeuta pode negar a dificuldade de formar uma aliança com o paciente ao culpar os pais por terem criado uma criança intratável e indisciplinável. Assim, os pais acabam sendo vistos como o grande obstáculo para a terapia, e não as características da criança ou as limitações técnicas do terapeuta. Tal manobra defensiva do terapeuta o permite punir os pais, considerando-os “impraticáveis”, provocando inconscientemente o término da psicoterapia e, assim, eliminando sua fonte de frustração.

Gabel e Bemporad²⁵ discutem, ainda, por meio de um exemplo clínico, a reação emocional do terapeuta que atende filhos de colegas. A dificuldade em manejar a participação dos pais no tratamento pode, aparecer na investigação detalhada e desnecessária de conflitos do casal. Uma das dificuldades inerentes a sessões familiares é a ansiedade evocada no terapeuta como resultado de estar sendo observado pelos pais na interação com a criança. Sentimentos de crítica e rivalidade nos pais podem parecer persecutórios ao terapeuta e ansiedades sobre o seu desempenho podem se fazer presentes na transferência e contratransferência²³.

Além das resistências dos pais e do paciente, é fundamental perceber as resistências conscientes e inconscientes do terapeuta geradas neste campo com os pais, pois as dificuldades contratransferenciais são um dos motivos da desistência por parte

de alguns terapeutas de seguir atendendo crianças²⁶. Gabel e Bemporad²⁵ enfatizam que fortes sentimentos contratransferenciais quanto aos pais dos pacientes existem independentemente da sua participação durante o tratamento da criança, pois a família como um todo está sempre presente na situação terapêutica, ainda que apenas simbolicamente.

Contudo, contratransferência pode ser uma ferramenta importante do terapeuta para entender e intervir durante os encontros com os pais, segundo a experiência de Emanuel²⁷. A autora relata dois casos (o atendimento a um casal que sofreu a morte de seu filho com seis semanas de vida e os pais de uma menina com sintomas encoprétricos). Para ela, os conceitos de Klein, Bion e Bick sobre os estados primitivos da mente são especialmente relevantes para compreender a comunicação com os pais. O terapeuta deveria confiar na sua contratransferência para abordar questões tão regressivas.

Nessa linha de raciocínio, a utilidade da contratransferência para compreender os pais também foi abordada por Melo, Andrade e Lima²⁸ em um estudo de caso clínico de um menino de nove anos com diagnóstico de psicose. Os autores descreveram um caso cuja dinâmica familiar consistia em queixas constantes da mãe, solicitando entrevistas com a terapeuta e queixando-se permanentemente por não se sentir entendida. Ao incluir o pai no tratamento, a terapeuta se deparou com a resistência da mãe e a sua tentativa de afastá-lo do processo. A terapeuta respondia com fortes sentimentos contratransferenciais, sentindo-se dividida entre a demanda por satisfação dos desejos infantis da mãe e a necessidade de cuidar do paciente. A partir da observação atenta dos sentimentos contratransferenciais e das intensas demandas transferenciais dos pais, foi possível compreender as mensagens não-metabolizadas que se intrometem no funcionamento familiar e no processo terapêutico, conforme os autores.

Müller²⁶ descreveu sensações parecidas provocadas nos encontros com os pais de uma criança: sentia-se dispensável, inútil, incompetente, incapaz e exploradora financeiramente. Mesmo entendendo esses sentimentos no contexto do caso apresentado, a autora apontou que a inexperiência do terapeuta pode ser um fator complicador para a administração de sensações tão intensas. Segundo ela, é necessário equacionar estudo teórico, supervisão e tratamento pessoal a fim de adquirir maior estrutura para superar o período de incertezas, insegurança e riscos de desistência.

Observa-se um predomínio do enfoque na contratransferência do terapeuta em relação aos pais nos estudos encontrados na revisão. Vários estudos relataram as dificuldades experimentadas pelos terapeutas de criança nesse sentido, as quais talvez estejam relacionadas às controvérsias existentes sobre sua inclusão ou não.

Manejo técnico e enquadre na sessão

Os psicoterapeutas psicanalíticos foram cuidadosamente treinados a observar a transferência e a contratransferência, a interpretar o material inconsciente e a promover *insights* nos seus pacientes, mas, segundo Rustin¹⁶, esta técnica não é sempre apropriada ou aceitável com os pais de crianças em psicoterapia. Para a autora, o manejo técnico com os pais é diferente do atendimento de pacientes adultos, a começar pelo enquadre. Nos exemplos clínicos mencionados ao longo do seu estudo, Rustin¹⁶ propõe que as sessões dos pais podem ser mais longas (75 minutos em um dos casos apresentados), para que o interesse ativo do terapeuta e a sua curiosidade acerca dos sentimentos e pensamentos de cada um dos pais sejam expressos. A frequência das sessões dependerá do tipo de abordagem que está sendo realizada, mas os exemplos mostram que podem ser semanais ou mensais, sendo os encontros mensais particularmente indicados para pais que sofreram muita privação ou possuam traços *borderline*. A postura do terapeuta

durante os encontros também é peculiar: enquanto no tratamento de adultos o terapeuta evita adotar uma postura autoritária, no trabalho com os pais há circunstâncias em que a afirmação da autoridade profissional, quando baseada em conhecimentos e na intenção de assumir responsabilidade é apropriada. Esta postura é, sobretudo, indicada para pais instáveis, pois oferece a melhor forma de contenção disponível ao psicoterapeuta da criança.

Por outro lado, Finkel²⁹ acredita que a postura autoritária do terapeuta desautoriza os pais, gerando uma disputa de poder; e uma das formas de mostrar quem pode mais é tirar a criança do tratamento. O terapeuta deve trabalhar para que os pais saiam da posição culposa de quem cometeu um erro e assumam o papel de preciosos colaboradores. Como saída para a batalha de poder, a autora propõe o atendimento em grupo de mães como um recurso para a inclusão das famílias na terapia da criança.

Recomendações técnicas também foram feitas por Nevas e Farber¹⁸, ao discutirem as implicações clínicas do estudo dos sentimentos dos pais durante a psicoterapia dos filhos. Para os autores, é especialmente importante que o terapeuta envolva desde as etapas iniciais do tratamento aqueles pais que nunca tiveram experiência de tratamento próprio, podendo até mesmo realizar uma “indução ao papel” (*role induction*), em que recebem informações sobre os objetivos, métodos, limitações e resultados esperados (tanto positivos quanto negativos) do tratamento. Independentemente dos tratamentos prévios, os pais devem ser informados que os progressos na terapia são raramente lineares, que retrocessos são inevitáveis, que algumas crianças podem reagir contra os pais porque ficam envergonhadas de terem sido vistas como necessitando de terapia e que, como os adultos, algumas crianças pioram em terapia antes de melhorarem. A antecipação de sentimentos que os pais enfrentarão ao longo do processo terapêutico fortalece a aliança e facilita o

relacionamento entre os pais e o terapeuta.

As recomendações apontadas por Kernberg, Ritvo e Keable¹⁷ sugerem que se mantenha o fluxo de informações com os pais enquanto sejam protegidos a confidencialidade da comunicação da criança e o sentimento de sua primazia na relação com o terapeuta. O terapeuta deve manter-se neutro e não se aliar com os pais contra a criança e nem com a criança contra os pais; sua atitude e seu comportamento devem ser confiáveis, profissionais e baseados em conhecimento. As tradições culturais dos pais e da família, seus estilos pessoais e seus valores devem ser respeitosamente levados em consideração. O terapeuta pode assumir a tarefa de ajudar os pais a adaptarem o seu estilo parental às novas necessidades da criança (alteradas pela transformação provocada pela psicoterapia), assim multiplicando os efeitos benéficos do tratamento. As autoras ainda argumentam que mudanças na criança podem provocar efeitos na família; se os integrantes da família se tornarem mais sintomáticos, o terapeuta deverá investigar a necessidade de intervenções adicionais.

Para a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* a recomendação é que o terapeuta forneça aos pais as informações relativas ao progresso geral da terapia sem mencionar as comunicações específicas da criança. Além disso, o contato do terapeuta com os pais na sala de espera deve se restringir a trocas sociais, evitando que o tempo agendado para a criança seja usado com os pais. Por fim, as diretrizes apontam para o julgamento clínico para decidir se os pais, amigos ou animais de estimação serão permitidos a entrar na sessão, sempre considerando que a decisão dependerá do quanto a inclusão promoverá avanço ou retrocesso no tratamento¹⁷.

Para o tratamento de crianças com problemas de sono, Dugmore²³ descreve um *setting* equipado com brinquedos apropriados a cada idade e assentos de diversos tamanhos, em que tanto a criança como o seu cuidador está presente. Os pais (ou

responsável) são orientados a deixar que a criança inicie a brincadeira e que participem do jogo caso a criança os convide.

Apesar da unanimidade quanto à inclusão dos pais no tratamento das crianças, os autores apresentam manejos técnicos distintos para abordá-los no processo da psicoterapia. A diferença nas propostas técnicas depende da formação do terapeuta, do seu embasamento teórico e da sua experiência, parecendo improvável que um dia os clínicos estabelecerão critérios uniformes para a orientação do trabalho psicoterapêutico com crianças.

Considerações finais

Esta revisão apresenta restrições de idioma e explora apenas algumas das categorias pertinentes ao tema. Os poucos estudos encontrados relatam situações e casos bastante heterogêneos, o que dificulta comparações mais profundas entre as abordagens descritas e inviabiliza que se chegue a uma conclusão definitiva a respeito da inclusão dos pais no tratamento das crianças. Mesmo assim, acredita-se que a presente revisão aborda temas clinicamente importantes para psicoterapeutas psicanalíticos que atendem crianças.

Constata-se que os artigos analisados não diferem significativamente nas abordagens propostas para inclusão dos pais na PP de crianças. Há uma tendência de considerar a necessidade dessa inclusão e de valorizar a participação dos pais. Tal participação é mais enfatizada quanto mais jovem for à criança e/ou quanto mais complexo for seu quadro clínico. As características e ansiedades apresentadas pelos pais também poderão constituir-se como fatores determinantes de uma maior ou menor inclusão. Considera-se que tais balizadores são pertinentes e coerentes, fornecendo ao profissional indicadores úteis no planejamento e condução da PP da criança.

A ênfase nos estudos sobre as questões contratransferenciais do atendimento dos pais mostra que este é um aspecto peculiar e desafiador da psicoterapia da criança, cujo terapeuta estará confrontado não apenas com o seu paciente, mas também com suas figuras parentais e toda a dinâmica aí implicada, suscitando questões e impasses que extrapolam a díade terapeuta-paciente. É lícito levantar a hipótese de que este seja um aspecto relacionado às controvérsias acerca da inclusão ou não dos pais no tratamento da criança, conforme debatidas por Aberastury¹² e Klein⁵.

Os benefícios parecem superar os riscos da inclusão, e os artigos revisados corroboram considerações encontradas na literatura sobre o tema^{9,10,13}. Os estudos deixam claro, ainda, que cada caso deve ser analisado cuidadosamente, sendo a participação dos pais pensada de acordo com as características e demandas de cada situação clínica, e acompanhando o andamento do caso e os desdobramentos da participação dos pais. Há diversas possibilidades de manejo técnico, que devem ser consideradas de acordo com as necessidades de cada criança e de cada tratamento.

Faltam pesquisas empíricas sobre o tema, pois é por meio do acúmulo de evidências científicas que os clínicos podem orientar a sua prática cotidiana. Por enquanto, os estudos teórico-clínicos e empíricos disponíveis apontam que está ultrapassada a ideia de deixar os pais à margem da psicoterapia da criança. Os encontros com os cuidadores formam parte integrante da psicoterapia de crianças. Nos últimos 50 anos, fora dos muros da psicanálise ortodoxa, a inclusão dos pais na psicoterapia da criança tem sido considerada tão normal que não se discute mais este tema com a mesma veemência de tempos anteriores, sendo esta uma possível explicação para tão poucos estudos sobre o tema.

Os conflitos da vida familiar são os que fazem os pais buscarem a ajuda dos psicoterapeutas. Com frequência, a dor que vem à tona pelos problemas entre pais e

filhos proporciona uma abertura apropriada para encarar questões fundamentais; os terapeutas de crianças contam com uma oportunidade excepcional de ajudar e precisam ter a confiança de acompanhar os pais, exercendo a função de conter angústias, tanto da criança quanto a dos pais. Neste sentido, parece coerente pensar que o atendimento dos pais acaba se mostrando, muitas vezes, como uma oportunidade de prestar ajuda não apenas à criança atendida em psicoterapia como também a toda uma família.

Finalmente, manejar a interferência dos pais no atendimento de crianças é mais uma das tantas imposições éticas com as quais se depara o psicoterapeuta no exercício do seu trabalho. Portanto, é preciso que as ferramentas técnicas para enfrentar essa situação sejam aperfeiçoadas, tanto por meio dos estudos de casos clínicos como de pesquisas empíricas.

Referências

1. Horn H. Involving parents in child psychoanalytic psychotherapy. [Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr](#). 2003;52(10):766-76.
2. Freud S. Duas Histórias Clínicas: o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos” (1909). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996. V. 10, p. 15-275.
3. Camarotti MC. O nascimento da psicanálise de criança: uma história para contar. *Reverso*. 2010;32(60):49-53.
4. Freud A. O Tratamento Psicanalítico de Crianças (1927). Rio de Janeiro: Imago; 1971.
5. Klein M. A psicanálise de crianças (1975). In: Obras completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
6. Eizirik CL, Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli

- AV, ed. *Psicoterapias: Abordagens atuais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 151-66.
7. Kernberg O. A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: Kernberg O, ed. *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica*. Lisboa: Climepsi; 2006. p. 117-44.
8. Williams P. O que é psicanálise? O que é um psicanalista? In: Person E, Cooper A, Gabbard G, editores. *Compêndio de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 199-209.
9. Zavaschi ML, Bassols AM, Bergmann DS, Costa, FM. In: Eizirik CR, Aguiar S, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica-fundamentos teóricos e clínicos*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 717-37.
10. Glenn J, Sabot L, Bernstein I. O papel dos pais na análise de crianças. In: Glenn J, ed. *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 239-58.
11. Motta IF. Intervenções psicoterápicas no desenvolvimento psicológico: o trabalho com os pais. In: Gomes I. C, ed. *Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 113-23.
12. Aberastury A. Entrevistas posteriores com os pais. In: Aberastury A, ed. *Psicanálise da criança-teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 135-50.
13. Zimerman D. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Alonso A. Clinicians love/hate relationship with clinical research. In: Levy RA, Ablon JS, Rosenbaum JF, Editors. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy-bridging the gap between science and practice*. New York: Humana Press; 2010. p. 385-88.
15. Lable I. From psychoanalyst to psychoanalyst/researcher-a personal journey. In:

Levy RA, Ablon JS, Rosenbaum JF, editors. Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy-bridging the gap between science and practice. New York: Humana Press; 2010. p. 379-83.

16. Rustin, M. Dialogues with parents. *Journal of Child Psychotherapy*. 1998;24(2):233-52.

17. Kernberg PF, Ritvo R, Keable H. Practice Parameter for psychodynamic psychotherapy with children. [Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry](#). 2012;51(5):541-57.

18. Nevas DB, Farber BA. Parents attitudes toward their child's therapist and therapy. *Professional Psychology. Research and Practice*. 2001;32(2):165-70.

19. Sutton A, Hughes L. The psychotherapy of parenthood: Towards a formulation and valuation of concurrent work with parents. *Journal of Child Psychotherapy*. 2005;31(2):169-88.

20. Sei MB, Souza CGP, Arruda SLS. O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo/Revista do NESME*. 2008;2(5):101-219.

21. Pozzi-Monzo M, Lee A, Likierman M. From reactive to reflective: evidence for shifts in parents state of mind during brief under-fives psychoanalytic psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2012;17(1):151-64.

22. Harel J, Kaplan H, Avimeir-Patt R, Ben-Aaron M. The child's active role in mother-child, father-child psychotherapy: a psychodynamic approach to the treatment of relational disturbances. [Psychol Psychother](#). 2006;79(1):23-36.

23. Dugmore N. Ghosts, aliens and things that go bump in the night: Parent-child psychotherapy in relation to childhood sleep difficulties. *Psycho-analytic psychotherapy in South Africa*. 2009;17(1):36-58.

24. Klinger E, Reis FBK, Souza APR. A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis. *Estilos da Clínica*. 2011;16(1):96-115.
25. Gabel S. Bemporad J. Variations in countertransference reactions in psychotherapy with children. [Am J Psychother](#). 1994;48(1):111-9.
26. Müller PW. A terapeuta iniciante no atendimento de crianças e adolescentes e o risco de desistência: aspectos da contratransferência com os pais. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2009;11(3):348-64.
27. Emanuel L. Holding On; Being Held; Letting Go: The Relevance of Bion's Thinking for Psychoanalytic Work with Parents, Infants and Children under Five. *Journal of Child Psychotherapy*. 2012;38(3):268-83.
28. Melo HLA, Andrade FCB, Lima HM. Superando o falicismo: sofrimento materno na psicanálise de crianças. *Psicologia em Estudo*. 2012;17(3):539-44.
29. Finkel LA. O Lugar da Mãe na Psicoterapia da Criança, uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia ciência e profissão*. 2009;29(1):190-203.

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais Psicólogos)

Por favor, leia o Termo de Consentimento abaixo antes de prosseguir.

A pesquisa intitulada **A participação dos pais na psicoterapia da criança** tem por objetivo **conhecer as práticas de trabalho de psicoterapeutas de crianças com orientação psicanalítica quanto à participação dos pais no processo de psicoterapia**. O estudo será desenvolvido pelo Psicólogo e Doutorando do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) de São Leopoldo/RS, Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira, sob a orientação da Professora Doutora Vera Regina Röhnelt Ramires. Para isto, será utilizado um questionário on-line aplicado a psicólogos que atendem crianças em psicoterapia, para levantar dados sobre a participação dos pais no processo de psicoterapia da criança. Após a realização do estudo, os instrumentos serão armazenados pelo período de cinco anos sob o cuidado do pesquisador responsável e posteriormente apagados. As informações fornecidas para a pesquisa serão confidenciais, você não será identificado (a), tampouco e-mail e dados de IP do computador. Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação na pesquisa não implica qualquer despesa pessoal e não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Ao marcar o item “sim” na página da pesquisa, você autoriza os pesquisadores a utilizar os dados obtidos somente para os objetivos deste estudo. Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação nesta pesquisa, em qualquer etapa do estudo, será possível entrar em contato com o pesquisador responsável, Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira, pelo telefone: (54) 9965-0007, ou pelo e-mail: ronaldo@imed.edu.br

ANEXO C

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS E MÃES

Nome do terapeuta: _____

Nome do Paciente: _____

Respondente: () Mãe () Pai Nome: _____

Início da psicoterapia _____

Data do Preenchimento do Questionário: _____

Pense sobre os últimos três meses de psicoterapia e responda às seguintes questões:

1 - Qual foi a mudança mais importante neste período da terapia? Especifique: quando a mudança ocorreu (data aproximada) e a descreva o mais cuidadosamente possível; o que foi novo na mudança; e as circunstâncias e fatores significativos que podem ter sido subjacentes à mudança.
