

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

Fernanda Munhoz Driemeier Schmidt

Bolsista CAPES

**Análise do Processo Psicoterapêutico de uma Criança com Transtorno de Adaptação
e uma Terapeuta Grávida**

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

São Leopoldo

Janeiro, 2016

FERNANDA MUNHOZ DRIEMEIER SCHMIDT

**Análise do Processo Psicoterapêutico de uma Criança com Transtorno de Adaptação
e uma Terapeuta Grávida**

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

São Leopoldo

2016

S351a

Schmidt, Fernanda Munhoz Driemeier.

Análise do processo psicoterapêutico de uma criança com transtorno de adaptação e uma terapeuta grávida / Fernanda Munhoz Driemeier Schmidt. – 2016.

99 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

"Orientadora: Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires."

1. Gravidez da psicoterapeuta. 2. Psicoterapia psicanalítica.
3. Psicoterapia de crianças. I. Título.

CDU 159.9

Fernanda Munhoz Driemcier Schmidt

**“Análise do Processo Psicoterapêutico de uma Criança com Transtorno de
Adaptação e uma Terapeuta Grávida”**

Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Aprovado em 14 de janeiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Vera Regina Röhne Ramires – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profa. Dra. Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha – Universidade de São Paulo



Profa. Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



Profa. Dra. Fernanda Barcellos Serralta – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

*“Aprender é a única coisa de que
a mente nunca se cansa, nunca tem
medo e nunca se arrepende”.*

(Leonardo da Vinci)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

A minha querida orientadora, Prof.a Dr.^a Vera Regina Ramires, por ter acolhido minha ideia, ter se mostrado receptiva sempre, colaborando de forma construtiva, apoiando nos momentos necessários, além de ser um modelo de profissional;

À Alice e sua família por aceitarem participar da pesquisa, pela confiança e por possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa;

À terapeuta do caso estudado, que mostrou-se muito solícita e aceitou o desafio de ter seu trabalho filmado e analisado por terceiros, pela confiança e esforço;

À todos os juízes que participaram da pesquisa;

Aos meus queridos colegas do grupo de pesquisa, Cibele Carvalho, Marina Gastaud, Guilherme Fiorini, Caroline de Oliveira, Maiara Freitas e Catiane Pinheiro que além de ótimos colegas de trabalho, mostraram-se muito disponíveis para discutir o trabalho e as sessões;

Às queridas amigas que o mestrado proporcionou conhecer Carolina, Joana, Tatiane e Rochele, com quem dividi muitos momentos significativos;

Aos meu colegas e amigos do grupo de pesquisa do Contemporâneo por todas as trocas realizadas nesses dois anos;

À Karla Ferraro, pela amizade, pelas incansáveis conversas, por toda ajuda e revisão do trabalho;

À minha analista;

Aos meus pacientes;

Aos meus pais e a minha irmã por todo carinho, compreensão, incentivo e apoio;

Um agradecimento especial ao meu esposo, Alexandre, que me acompanha na vida, por suas incansáveis leituras, revisões, críticas, opiniões e paciência. Teu apoio foi imprescindível e muito importante.

Sumário

Lista de tabelas.....	7
Lista de figuras e gráficos.....	8
Lista de Siglas.....	9
Resumo.....	10
Abstract.....	11
Apresentação da Dissertação.....	12
Seção 1: Artigo de Revisão.....	15
A Psicoterapia Psicanalítica e a Psicoterapeuta Grávida: Uma Revisão de Literatura.....	15
Introdução.....	17
Método.....	20
Resultados e Discussão.....	20
Considerações finais.....	39
Referências.....	41
Seção 2: Artigo empírico.....	47
As Estruturas de Interação na Psicoterapia Psicanalítica de uma Menina com Transtorno de Adaptação com a Terapeuta Grávida.....	47
Resumo.....	47
Abstract.....	48
Introdução.....	49
Estudos sobre o processo psicoterapêutico psicanalítico de crianças e as estruturas de interação....	50
Método.....	55
<i>Delineamento</i>	55
<i>Participantes</i>	56
<i>Instrumentos</i>	56
<i>Procedimentos</i>	58
Resultados.....	61
Discussão.....	71
Considerações finais.....	80
Referências.....	83
Considerações Finais da Dissertação.....	91
Referências.....	93
ANEXO A.....	95
ANEXO B.....	96
ANEXO C.....	97
ANEXO D.....	98

Lista de tabelas

Tabela 1.	Artigos que abordaram a gravidez da terapeuta no tratamento de pacientes adultos.....	22
Tabela 2.	Artigos que abordaram a gravidez da terapeuta no tratamento de crianças.....	30
Tabela 3.	Dez itens do CPQ mais e menos característicos do Processo de Psicoterapia de Alice	61
Tabela 4.	Itens que variaram nos quatro períodos do tratamento	63
Tabela 5.	Estrutura de Interação 1 – Terapeuta sintonizada e com postura interpretativa com criança ativa, expressiva e demandante	65
Tabela 6.	Estrutura de Interação 2 - Terapeuta sensível e suportiva com criança retraída e distante	66
Tabela 7.	Estrutura de Interação 3 – Terapeuta didática e diretiva com criança agressiva e defensiva (projetiva)	67
Tabela 8.	Estrutura de Interação 4 – Terapeuta diretiva com criança dependente, resistente e envergonhada	68
Tabela 9.	Estrutura de Interação 5 – Terapeuta receptiva e apoiadora com criança ansiosa	69
Tabela 10.	Itens mais e menos característicos da psicoterapia de Alice que compõem os protótipos PP, TCC e FR.....	70
Tabela 11.	Adesão aos protótipos nos quatro períodos do tratamento de Alice	71

Lista de figuras e gráficos

FIGURAS

Figura 1.	Diagrama de fluxo dos artigos revisados	21
------------------	---	----

GRÁFICOS

Gráfico 1.	Variação da estrutura de interação 1 ao longo das 40 sessões de psicoterapia	66
Gráfico 2.	Variação da estrutura de interação 4 ao longo das 40 sessões de psicoterapia	69
Gráfico 3.	Adesão aos protótipos nos quatro períodos da psicoterapia	71

Lista de Siglas

APA – American Psychiatric Association

CPQ – Child Psychotherapy Q-set

DSM 5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição

DSM-V-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição

ECS – Estudo de caso sistemático

FR – Função Reflexiva

MANOVA - Análise Multivariada de Dados^{[1][2]}_[SEP]

PP – Psicoterapia Psicanalítica

PQS – Psychotherapy Process Q-Set^{[1][2]}_[SEP]

SPSS – Statistical Package for Social Sciences^{[1][2]}_[SEP]

TA – Transtorno de Adaptação

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido^{[1][2]}_[SEP]

UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Análise do Processo Psicoterapêutico de uma Criança com Transtorno de Adaptação e uma Terapeuta Grávida

Resumo

Essa Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica teve como foco a análise do processo da psicoterapia psicanalítica de uma criança com Transtorno de Adaptação e sua terapeuta grávida. Em um primeiro momento, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para conhecer os trabalhos existentes sobre o tema e quais as possíveis repercussões da psicoterapeuta estar grávida no processo psicoterápico psicanalítico. No segundo momento, foi realizada a análise do processo terapêutico com base no *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ). Tratou-se de um estudo descritivo, longitudinal e naturalístico, adotando o procedimento de estudo de caso único sistemático. Participaram deste estudo uma menina de oito anos de idade, acompanhada durante 40 sessões de psicoterapia e sua terapeuta que engravidou ao longo do curso do tratamento. Todas as sessões foram filmadas e analisadas através do CPQ. O processo terapêutico foi dividido em quatro períodos: o primeiro período, anterior à gravidez da terapeuta; o segundo, quando a psicoterapeuta sabia que estava grávida, mas a paciente não havia sido comunicada pela terapeuta; no terceiro período, a paciente tinha conhecimento consciente sobre a gestação; o quarto e último período correspondeu ao momento de retorno da licença maternidade da psicoterapeuta. Os resultados revelaram como ocorreu o processo de psicoterapia da menina, demonstrando as formas como a gravidez da terapeuta repercutiu no processo terapêutico e sua relação com a psicopatologia da paciente. Alguns itens do CPQ variaram de acordo com a fase do tratamento. Foram identificadas cinco estruturas de interação que descrevem padrões de relacionamento terapeuta-paciente e matrizes de transferência e contratransferência positivas e negativas.

Palavras – chave: psicoterapia de crianças, estudo de caso único, pesquisa de processo, estruturas de interação.

Analysis of the Psychotherapeutic Process of a Child With Adjustment Disorder and a Pregnant Therapist

Abstract

This Clinical Psychology Master Degree Dissertation focused the analysis of the psychoanalytic psychotherapy process of a child diagnosed with Adjustment Disorder and her pregnant therapist. Firstly, it was made a literature systematic review to access the studies about the theme and to access the possible influences of therapist being pregnant for the psychoanalytic psychotherapeutic process. Secondly, it was made a therapeutic process' analysis based on the Child Psychotherapy Q-Set (CPQ). This is a descriptive, longitudinal and naturalistic study, in which we adopted the systematic single case study procedure. A eight years old girl and its therapist have participated of this study. The therapist gets pregnant during the treatment. The patient was followed during forty psychotherapy sessions. All the sessions were filmed and analyzed using the CPQ. The therapeutic process was divided into four periods: the first period, before the pregnancy; the second period, when the therapist knew it was pregnant, but the patient had not been informed by the therapist; the third period, the patient consciously knew about the therapist pregnancy and; the fourth and last period, corresponded to the return of the therapist from maternal license. The results reveals how the girl's psychotherapeutic process has occurred, presenting the manners how the therapist pregnancy has influenced the therapeutic process and the relation with the patient psychopathology. Some CPQ's items have varied according to the treatment period. Five interactions structures were identified and they describe therapeutic-patient relationship patterns and, positive and negative transference and countertransference matrixes.

Keywords: child psychotherapy, single case study, process research, interaction structures

Apresentação da Dissertação

Este volume apresenta uma dissertação de Metrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, mais precisamente na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas”. O estudo desenvolvido, intitulado: “Análise do Processo Psicoterapêutico de uma Criança com Transtorno de Adaptação e uma Terapeuta Grávida”, faz parte de um projeto de pesquisa mais abrangente que tem como objetivo estudar estruturas de interação na psicanálítica de crianças com transtornos internalizantes e externalizantes. Para isso, foi adaptado, para o contexto brasileiro, o *Child Psychotherapy Q-Set*, um instrumento que permite a avaliação do processo terapêutico de crianças de forma sistemática (Ramires & Schneider, no prelo).

O foco deste estudo foi descrever e analisar o processo terapêutico de uma menina de oito anos de idade que apresentava um transtorno de adaptação cuja terapeuta engravidou no curso do tratamento. O referencial teórico utilizado é o da psicanálise, na perspectiva da teoria das relações objetais, e as pesquisas sobre processo de psicoterapia de crianças e as estruturas de interação formadas nesses tratamentos (Goodman & Athey-Lloyd, 2011, Goodman, Midgley & Schneider, 2015, Schneider, Midgley & Duncan, 2010; Schneider, Pruetzel-Thomas & Midgley, 2009).

O interesse pelo tema surgiu ao longo da experiência clínica com crianças e seus pais e as possibilidades de intervenções. O questionamento sobre quais são os ingredientes ativos no processo de psicoterapia e uma necessidade de aprofundar o estudo sobre esse tema foram os grandes motivadores desta pesquisa. Ao longo da construção desta dissertação, a psicoterapeuta de um dos casos do projeto maior engravidou, despertando o interesse de estudar o processo terapêutico com a psicoterapeuta grávida.

Consultando a literatura científica sobre gravidez da terapeuta, encontra-se um material antigo e escasso, principalmente na área de psicoterapia de crianças (Wolfe, 2013). O que leva a

pensar que trata-se de um tema negligenciado nas pesquisas nacionais, já que a grande maioria dos psicólogos brasileiros são mulheres (89%) e 34% delas trabalham com psicologia clínica (Lhullier & Roslindo, 2013).

Já as pesquisas sobre o processo psicoterápico psicanalítico de crianças buscam conhecer o que acontece quando um adulto e uma criança se encontram, em um tratamento psicoterápico (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman et al., 2015; Schneider et al., 2010). Existe um reconhecimento crescente que a exploração cuidadosa dessa relação permite conhecer aspectos centrais do tratamento de crianças e que características do terapeuta influenciam nessa construção.

Nesta dissertação, aliou-se, então, o estudo do processo terapêutico de crianças com a peculiaridade da terapeuta estar grávida, já que a literatura aponta que o terapeuta é muito importante no desenvolvimento do processo terapêutico e que a gravidez o influencia (Wolfe, 2013). Assim, este estudo vai ao encontro da necessidade de pesquisas empíricas sobre o processo psicoterápico psicanalítico de crianças (Midgley, 2007), aliado ao aprofundamento das repercussões da gravidez da terapeuta nesse processo. Pretendendo-se, com isso, construir um trabalho que auxilie na aproximação da prática clínica com a pesquisa e, assim, no aperfeiçoamento dos atendimentos prestados para a população (Fonagy, 2003; Kazdin, 2008).

A partir dessas considerações, este estudo discute aspectos essenciais da psicoterapia psicanalítica de crianças: as estruturas de interação presentes e a repercussão da terapeuta estar grávida durante o processo. Assim, esta dissertação consiste em dois artigos, apresentados em cada uma das duas seções que a compõem. A primeira seção apresenta um artigo de revisão sistemática, intitulado: “A Psicoterapia Psicanalítica e a Psicoterapeuta Grávida: Uma Revisão de Literatura”, em que buscou-se revisar de forma sistemática toda a literatura científica existente sobre o tema da psicoterapeuta grávida na psicoterapia psicanalítica. A segunda seção apresenta um artigo empírico, intitulado “As Estruturas de Interação na Psicoterapia Psicanalítica de uma Menina com Transtorno de Adaptação com a Terapeuta Grávida”, que analisa o processo terapêutico de uma criança,

durante 40 sessões, e a sua terapeuta que engravida no curso da psicoterapia. Autores que se dedicaram a esse tema sugeriram que é através do estudo das estruturas de interação que pode-se ter acesso a questões inconscientes e intersubjetivas da dupla terapêutica (Jones, 2000). No final da dissertação, discute-se ambos os focos abordados.

Seção 1: Artigo de Revisão

A Psicoterapia Psicanalítica e a Psicoterapeuta Grávida: Uma Revisão de Literatura

Resumo

Pesquisadores e clínicos parecem concordar que a gravidez da psicoterapeuta é um momento único no processo de psicoterapia psicanalítica. No Brasil, 89% dos psicólogos são do sexo feminino, sendo que o exercício da psicoterapia, na sua maioria, é realizado por mulheres. Apesar da relevância do tema e de seu impacto em psicoterapias, há poucos estudos atuais, sendo a maioria com pacientes adultos. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a gravidez da psicoterapeuta na psicoterapia psicanalítica. Todos os artigos encontrados nas bases consultadas de acesso on-line, que abordavam a gravidez da psicoterapeuta na psicoterapia psicanalítica, foram incluídos e discutidos nesta revisão. Em cada artigo foi analisado o método, os resultados e as repercussões da gravidez no tratamento. Constatou-se que há uma falta de estudos nessa área. Os estudos utilizam, em geral, abordagem qualitativa exploratória, com amostras pequenas, discutindo dados retrospectivamente, acerca do período em que as terapeutas estavam grávidas. Discutiu-se a gravidez como um forte catalisador para a transferência e/ou para reações contratransferenciais. Não foram encontradas pesquisas sobre o assunto a partir da perspectiva do paciente e da sua família, assim como estudos sobre o processo de psicoterapia psicanalítica. Conclui-se que são necessários mais estudos sobre o tema para uma melhor compreensão deste momento psicoterápico.

Palavras-chave (3): Gravidez da psicoterapeuta; psicoterapia psicanalítica; psicoterapia de crianças.

Psychoanalytic psychotherapy and the pregnant therapist: a literature review

Abstract

Researchers and clinicians seem to agree that the psychotherapist's pregnancy is an unique moment of psychotherapy psychoanalytic process. In Brazil, 89% of psychologists belong to the female gender, being that the practice of psychotherapy, in its great majority, is performed by women. In spite of the relevance of the subject and of its impact on psychotherapies, there are few current studies, most of them dealing with adult patients. The objective of this study was to perform a systematic review of the literature about pregnancy of the psychotherapist in psychoanalytic psychotherapy. All the articles found in the search of indexed scientific publications, which can be accessed on-line, with an approach about the pregnant psychotherapist in psychoanalytic psychotherapy, were included and discussed in this revision. Besides this, the methods, the results and the repercussions of the treatment, were analyzed. It is revealed that there is a lack of studies in this area. The studies are of a qualitative exploratory methodology, with small samples, from retrospective data collection from the period when the therapists were pregnant. Pregnancy is discussed as a strong catalyzer for the transference and/or for counter-transferential reactions. No items of research were found on the subject from the patient or his family's perspective, as well as studies about the psychoanalytic psychotherapy process. It is concluded that other studies on this issue are necessary for the better understanding of this psychotherapeutic moment.

Key words (3): therapist's pregnancy, psychoanalytic psychotherapy; child psychotherapy

Introdução

A psicoterapia psicanalítica refere-se a um processo que visa instrumentalizar o indivíduo a um aumento do conhecimento sobre seu funcionamento, o que resulta no uso de defesas mais maduras para lidar com conflitos psíquicos, na melhora do padrão das relações objetais (Eizirik & Hauck, 2007) e em mudanças sintomáticas significativas (Kernberg, 2006; Williams, 2007). Nesta perspectiva, os traços significativos da natureza dos relacionamentos do paciente (incluindo a relação com o terapeuta) são vivenciados, explorados, compreendidos e elaborados no curso de um tratamento.

A maior parte das pesquisas em psicoterapia está direcionada para a investigação dos resultados e das intervenções técnicas usadas pelos psicoterapeutas, muito embora, de forma menos frequente, apareçam também pesquisas relacionadas à complexa participação que o terapeuta tem no processo (Beutler et al., 2004; Ceitlin, Wiethaeuper, & Goldfeld, 2003). Estudos que indicam que o papel do psicoterapeuta no tratamento de crianças é muito importante e que os aspectos relacionados ao terapeuta estão associados e muitas vezes são preditores dos resultados de psicoterapias (Beutler et al., 2004; Ceitlin et al., 2003).

No Brasil, o exercício da psicoterapia é, na sua maioria, realizado por mulheres. Dos psicólogos cadastrados no Conselho Federal de Psicologia (CFP), 89% são do sexo feminino e destas, 34% trabalham com psicologia clínica (Lhullier & Roslindo, 2013). Na população de analistas de crianças e adolescentes ligados à International Psychoanalytical Association (IPA) e Associação Brasileira de Psicanálise (ABP), 78% dos membros são mulheres (Caron et al., 2000). Portanto, estudar fatores associados ao gênero feminino é muito importante. A gravidez da psicoterapeuta talvez seja o mais importante deles, já que parece ser bastante experienciado na prática clínica e pouco estudado através de pesquisas (Wofe, 2013). A importância do tema se potencializa ao considerarmos que na teoria psicanalítica a relação terapêutica entre paciente e

terapeuta é um ponto central, e que a subjetividade do terapeuta está presente e influencia na forma como a terapia se desenrola (Filho, 2010; Wolfe, 2013; Zimmerman, 2007).

A gravidez é um momento de mudança física e emocional que pode ser uma experiência positiva, mas também pode causar ansiedade e estresse. É um momento de transição no ciclo vital de uma mulher, em que ela renegocia sua identidade pessoal e profissional, ajusta relacionamentos e desenvolve uma nova relação com seu bebê durante a preparação para a experiência da maternidade (Etchegoyen, 1993; Fallon & Brabender, 2003).

Na literatura, encontram-se descritas específicas questões com as quais a psicoterapeuta grávida precisa lidar: a exposição do anonimato, questões sobre a sua sexualidade, ansiedades sobre a reação de seus pacientes e a tentativa de integrar a psicoterapeuta com o papel de mãe (Fenster Phillips, & Rapoport, 1986). Há uma exposição da realidade da vida da terapeuta de forma prolongada, clara e continuada. Acontecem mudanças na sua aparência, uma maior vulnerabilidade física e emocional e alterações de papéis. O aumento da vulnerabilidade implica uma demanda maior de recursos para o trabalho psíquico e os desejos e as preocupações com o bebê podem ir contra o processo terapêutico (Etchegoyen, 1993; Luz, Keidann & Dal Zot, 2006).

A percepção da gravidez acontece de forma particular e específica com cada paciente e pode ter muitos desdobramentos, considerando-se as duplas paciente e psicoterapeuta com transferência e contratransferência cruzadas que podem ocorrer (Araújo, 2005). A gravidez da psicoterapeuta tem implicações significativas, potencialmente perturbadoras e/ou facilitadoras no processo terapêutico. É um momento que oferece uma rica oportunidade para o crescimento emocional do paciente e da psicoterapeuta, tanto individualmente e enquanto dupla (Fuller, 1987). A resistência do paciente, a etapa do tratamento, o nível de confiança existente, a contratransferência e a técnica da psicoterapeuta determinam como a gravidez vai influenciar os rumos terapêuticos (Luz et al., 2006).

O enfoque clínico deve ser de como a situação analítica é modificada sob estas circunstâncias e como pode ser mantida. As mudanças variam desde as mais objetivas e formais

(como a necessidade de trocas de horários ou de remanejamentos para a realização de exames e consultas da terapeuta) até as modificações mais lentas, graduais e sutis (como as mudanças internas na mente da terapeuta) (Luz et al., 2006).

Bassen (1998), ao entrevistar terapeutas que estiveram grávidas, percebeu que as elas podem encontrar dificuldades para facilitar a expressão de raiva de seus pacientes, tendendo a não interpretar associações sádicas e hostis. Por outro lado, algumas relataram mudanças positivas e duradouras em seu trabalho, a partir de suas experiências pessoais, sentindo-se mais ativas, autoconfiantes e aptas para trabalhar com aspectos de gravidez, maternidade e perdas.

Wolfe (2013) também analisou o impacto da gravidez da terapeuta no paciente. Identificou que a gravidez da terapeuta parece oferecer um período onde terapeuta e paciente podem ir além dos limites, transcendendo a relação terapeuta-paciente, sendo um momento em que ambos estão passando por mudanças complexas que podem ser simultaneamente emocionantes e turbulentas.

Já Hacham-Lynch (2014) buscou explorar os efeitos da psicoterapeuta estar grávida na relação terapêutica sob o ponto de vista da psicoterapeuta. Os resultados revelaram principalmente três pontos: um sentimento de desconforto pela exposição da vida pessoal, uma necessidade de ser uma mãe suficientemente boa para seus pacientes e para seu bebê ao mesmo tempo, e a gravidez como catalisadora de reações transferenciais e contratransferências. As analistas participantes do estudo relataram uma maior dificuldade em trabalhar com a transferência negativa e com temas de perda, sentindo-se algumas vezes culpadas por seus pacientes e outras vezes preocupadas com o bem estar do bebê, principalmente na primeira gravidez.

Os resultados desses estudos seguem na direção de que a gravidez da psicoterapeuta influencia e marca a relação terapêutica. Porém, não há consenso se a repercussão é positiva ou negativa para o tratamento (Wolfe, 2013). Diante destes dados é importante conhecermos como estes fatores se expressam na psicoterapia de adultos e crianças. Sendo assim, este estudo teve por objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a gravidez da psicoterapeuta na

psicoterapia psicanalítica, além de identificar semelhanças e diferenças na repercussão da gravidez, no tratamento de crianças e de adultos, bem como se a gravidez da terapeuta implica algum risco para a continuidade do processo. As hipóteses levantadas foram: 1) a gravidez da psicoterapeuta tem impacto no processo de psicoterapia, de acordo com os estudos revisados; e 2) na psicoterapia de crianças essa repercussão é maior, pela questão da faixa etária e pela provável proximidade da experiência na família de origem.

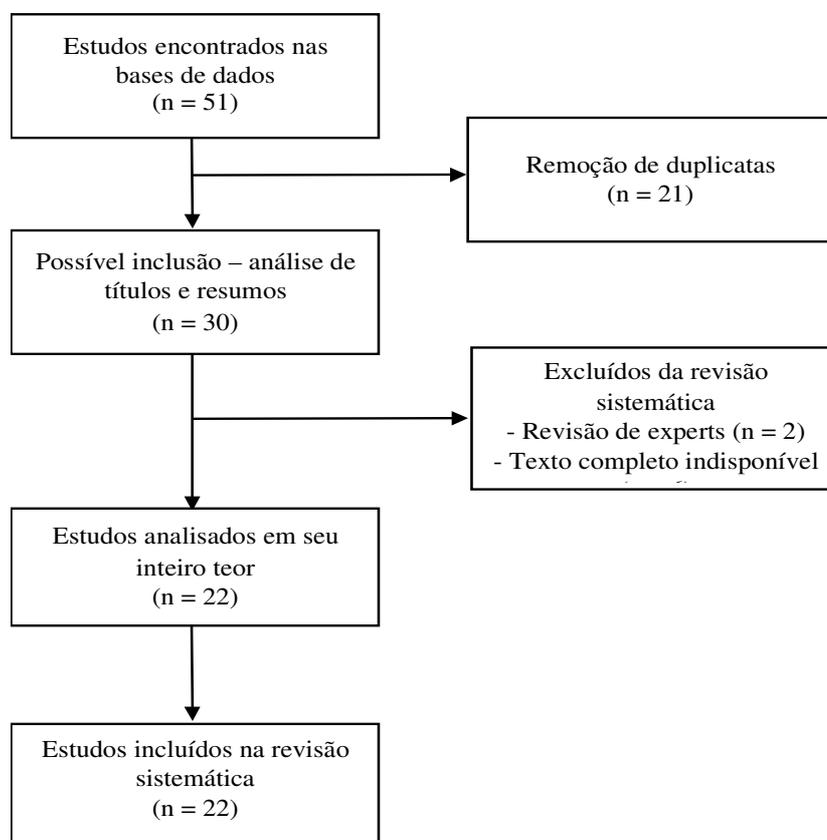
Método

A busca e a análise do material bibliográfico foram conduzidas em quatro etapas. Na primeira etapa, foram consultadas as bases de dados eletrônicas: BVS-Psi, SCOPUS, Science Direct, EBSCO, Index Psi, PePSIC, Web of Science, LILACS, SciELO, PsycINFO e PubMed. Os descritores utilizados foram “therapist pregnancy” e “pregnant therapist”. Na segunda etapa, estabeleceram-se os critérios de inclusão: a) estudos originais, b) abordar como tema principal a gravidez da psicoterapeuta, c) disponibilizar o texto completo e d) estar em inglês, português ou espanhol. Não foram estabelecidas limitações referentes a ano de publicação. Posteriormente, na terceira etapa, foi realizada uma análise minuciosa, na íntegra, dos artigos pré-selecionados por dois pesquisadores, de forma independente, para definir o número final de estudos a serem revisados, que atendessem aos critérios de inclusão. Definidos os estudos, esses resultados foram organizados de acordo com as seguintes informações: ano de publicação, autores, objetivos, tipo de delineamento e resultados. Na quarta etapa, os artigos foram analisados quanto às suas características metodológicas e resultados.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 51 estudos (considerados 30, posterior à remoção de duplicatas). Destes, 8 foram excluídos por não apresentarem texto completo disponível ($n = 6$) e por se constituírem em comentários editoriais ($n = 2$). Os 22 artigos restantes foram lidos em seu inteiro teor (Figura 1).

Figura 1.
Diagrama de fluxo dos artigos revisados



Os 22 artigos encontrados discutiam sobre diversos fenômenos que ocorrem durante o processo psicoterapêutico. Destes, 18 abordavam o fenômeno da gravidez da psicoterapeuta em pacientes adultos e quatro com crianças.

Os estudos com pacientes adultos estão descritos na Tabela 1. Os artigos eram oriundos da América do Norte (15), dois deles da Inglaterra e um do Brasil. Grande parte dos artigos discutia casos clínicos (14), sendo que em 12 as autoras do trabalho eram as próprias terapeutas. Foram encontrados apenas dois artigos com metodologia quantitativa. O primeiro trabalho encontrado é de 1976 e apenas três estudos foram escritos nos últimos dez anos. Todos os artigos encontrados tiveram como base a teoria psicanalítica. Os resultados indicam que a gravidez da terapeuta apresenta um importante impacto no tratamento psicoterápico. Essas repercussões atingem o paciente, a terapeuta, a relação terapêutica e conseqüentemente o processo. Também é discutido que muitas fantasias primitivas podem ser trabalhadas de forma intensa e direta. Apesar de explicitarem

objetivos diferentes, todos os artigos discutiam as reações dos pacientes, a transferência e a contratransferência em menor ou maior grau, dependendo do foco do estudo. Um artigo revisou a literatura existente e enfatizou a falta de estudos nesse tópico. Porém, nenhum abordou a perspectiva do paciente.

Tabela 1.

Artigos que abordaram a gravidez da terapeuta no tratamento de pacientes adultos

<i>Autor</i>	<i>Ano</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desenho do Estudo</i>	<i>Resultados</i>
Underwood, M. Underwood, E.D.	1976	Ilustrar e relatar as reações dos pacientes e observações clínicas durante a gravidez da terapeuta.	Relato de experiência	As reações dos pacientes variam de acordo com o período gestacional e com a dinâmica de funcionamento e estrutura de personalidade de cada paciente.
Cole, D.	1980	Ilustrar e discutir possíveis efeitos da gravidez da terapeuta no processo terapêutico com três pacientes mulheres.	Relato de experiência	A reação do paciente é compatível com a sua dinâmica de funcionamento. Essas reações e sentimentos interferem no tratamento e a transferência fica mais intensa.
Domash, L.	1984	Ilustrar a resolução de conflitos pré-edípicos em pacientes atendidos quando a terapeuta engravidou.	Relato de experiência	A gravidez da terapeuta facilita que conteúdos pré-edípicos apareçam no tratamento e possam ser trabalhados através da transferência.
Chiaromonte, J.A.	1986	Discutir sobre a terapeuta grávida e a licença maternidade durante tratamentos psicoterápicos.	Relato de experiência	Discute o encerramento do tratamento e/ou pausa e uma transferência temporária. Em algumas situações há necessidade de terapeuta substituto.
Genende, J.	1988	Discutir o impacto da gravidez da terapeuta no processo terapêutico.	Relato de experiência	A gravidez tem impacto positivo no processo terapêutico, intensificando a transferência materna, infantil e sexual, de competição e identificação com o processo criativo.
Bienen, M.	1990	Ilustrar e discutir as reações contratransferenciais da terapeuta grávida.	Relato de experiência	É mais difícil para a terapeuta, durante a gravidez, lidar com seus sentimentos contratransferências. Esses sentimentos, se bem entendidos e analisados, podem auxiliar no entendimento e trabalho da transferência, se não, podem levar a um distanciamento da dupla ou ao término do tratamento.
Rosenthal, E.S.	1990	Discutir as repercussões da gravidez no paciente, na terapeuta e no processo de tratamento.	Relato de experiência	A gravidez influencia o processo terapêutico e a relação terapeuta paciente. Aumenta a consciência dos conflitos do paciente, tornando a transferência mais intensa. A gravidez se caracteriza como uma fase de modificações da identidade profissional da terapeuta.
Al-mateen, C.S.	1991	Discutir as repercussões no processo psicoterápico quando terapeuta e pacientes engravidam	Relato de experiência	Possibilidade de se trabalhar sobre a feminilidade, dependência, abandono e questões relacionadas à sexualidade.

		simultaneamente.		
Diamond, D.	1992	Identificar as diferenças na transferência e na contratransferência com pacientes com homens e mulheres durante a gravidez da terapeuta.	Relato de experiência	Para homens e mulheres a gravidez evoca esforços de procriação e uma identificação materna. Para as mulheres a gravidez recapitulou seus desejos infantis e de identificação com o feminino, com os homens acionou uma forte regressão.
Stockman, A.F. & Green-Emirich, A.	1994	Revisar a literatura sobre a gravidez da terapeuta e o impacto no processo psicoterápico.	Revisão de Literatura	Todos os estudos são relatos de casos. Sugerem cinco elementos como importantes: o contrato terapêutico, as intervenções da terapeuta, a relação terapêutica, as reações do paciente e a percepção da terapeuta A gravidez, se bem trabalhada, pode melhorar o processo global do tratamento. Muitas terapeutas hesitam em ressaltar sua gravidez, sendo fácil subestimar a importância da gravidez para os pacientes. As diferenças de gênero nas reações dos pacientes não são totalmente compreendidas, e pode ser difícil lidar e facilitar a expressão dos mesmos com pacientes homens.
Korol, R.	1995	Discutir o impacto da gravidez da terapeuta no processo de tratamento.	Relato de experiência	Três características da gravidez do terapeuta são considerados: (a) na maioria das vezes torna-se conhecida gradualmente; (b) a gravidez é comunicada ao paciente por meio da palavra e também de forma silenciosa, (c) a tarefa de decidir quando e como discutir sua gravidez com os pacientes pode ser complicada por seu desejo para que os pacientes reconheçam isso.
Stuart, J.J.	1997	Descrever as repercussões da mudança gradual e física da gravidez da terapeuta.	Relato de experiência	
Napoli, M.	1999	Identificar as mudanças nos padrões de sessões perdidas e nos pagamentos de seis pacientes do sexo feminino antes e depois da terapeuta engravidar.	Quantitativo, descritivo e longitudinal	As pacientes faltaram significativamente mais sessões durante a gravidez do que antes. Não foram encontradas diferenças significativas quanto aos pagamentos.
Tinsley, J.A.	2000	Explorar questões da prática da gravidez da psiquiatra no início da carreira profissional.	Revisão de literatura	A experiência de maternidade é importante no crescimento profissional. Relações com os pacientes pode ser facilitada se os potenciais problemas sejam reconhecidos. É um desafio, nas organizações, conseguir investimento para políticas orientadas para a família.
Tinsley, J.A. & Mellman, L.A.	2003	Ilustrar e discutir as reações dos pacientes frente à terapeuta grávida.	Relato de caso	Temas comuns surgem quando a terapeuta está grávida e a análise dos sentimentos contratransferenciais ajudam no entendimento dos mesmos
Dyson, E. & King, G.	2008	Descrever as implicações e impacto da terapeuta grávida na prática clínica.	Relato de experiência	A gravidez proporciona trabalhar questões diádicas e de triangularização.
Tonon, C.B., Romani, P.F.	2012	Descrever a relação terapêutica durante a	Qualitativo observacional,	A gravidez apresenta reflexos intensos, modificando a relação e permitindo

& Grossi,		gestação da terapeuta.	de cunho exploratório	explorar conflitos mais primitivos através da revivência dos mesmos. A etapa do tratamento, o nível de confiança e o manejo da contratransferência influenciam o andamento do processo
Korenis, P. & Billick, S.B.	2014	Discutir os efeitos e resultados negativos da gravidez da psicoterapeuta.	Estudo de caso	O terapeuta deve se preparar para o que pode não estar no controle. É encorajado que a terapeuta planeje bem o período da gravidez, considerando a possibilidade de ter um terapeuta substituto se necessário. No caso de um resultado negativo da gravidez, o terapeuta deve garantir a sua própria estabilidade mental antes de retornar aos deveres clínicos e explorar com o paciente seus sentimentos de raiva e abandono.

Os estudos com pacientes adultos apresentam resultados de que a gravidez da psicoterapeuta se faz presente no *setting* de uma forma acentuada (Bienen, 1990; Chiaramonte, 1986; Cole, 1980; Diamond, 1992; Domash, 1984; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Napoli, 1999; Rosenthal, 1990; Stockman & Green-emrich, 1994; Tinsley & Mellman, 2003; Tonon et al., 2012, Underwood & Underwood, 1976). E enfatizam o impacto da gravidez no paciente e como a terapeuta percebeu isso (Bienen, 1990; Dyson & King, 2008; Imber, 1990; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Stuart, 1997; Tinsley & Mellman, 2003, Tonon et al., 2012).

Em muitos tratamentos, é a primeira vez que aparecem informações da psicoterapeuta real (Al-Mateen, 1991; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Stockman & Green-Emrich, 1994; Tonon et al., 2012). Os estudos com terapeutas grávidas e com pacientes adultos discutem o limite profissional entre psicoterapeuta e paciente, como ambos lidam com essa mudança e as reações dos pacientes frente à gestação (Al-Mateen, 1991; Bienen, 1990; Chiaramonte, 1986; Cole, 1980; Diamond, 1992; Dyson & King, 2008; Genende, 1988; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Stockman & Green-Emrich, 1994; Stuart, 1997; Rosenthal, 1990; Tinsley, 2000; Tinsley & Mellman, 2003). Alguns relatam que os pacientes são mais propensos a fazer perguntas pessoais à psicoterapeuta, em função da gravidez, e que estas tendem a responder mais de forma honesta e direta (Al-Mateen, 1991; Genende, 1988; Korenis & Billick, 2014; Stockman & Green-Emrich,

1994; Tonon et al., 2012). Os pacientes tendem a presentear mais a psicoterapeuta durante a gestação e estas tendem a aceitar os presentes (Stockman & Green-Emrich, 1994). Outros estudos discutem as consequências da mudança gradual física da psicoterapeuta (Al-Mateen, 1991; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Stuart, 1997; Tinsley, 2000).

A grande maioria dos estudos coloca que a gravidez pode ser uma oportunidade para o paciente trabalhar suas fantasias mais primitivas, sendo mais uma maneira de acessar o inconsciente e seus desejos (Al-Mateen, 1991; Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Rosenthal, 1990; Tonon et al, 2012). Esse material vai aparecer na relação terapêutica através da transferência e da contratransferência no contexto da gravidez (Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Napoli, 1999; Rosenthal, 1990; Tinsley & Mellman, 2003, Tonon et al., 2012, Underwood & Underwood, 1976).

Quase todos os artigos consultados são ricos em exemplos clínicos que apresentam de forma clara as expressões e manifestações transferenciais em vários casos atendidos pelas autoras. Esses estudos descrevem que as reações dos pacientes frente à gestação da terapeuta podem ser complexas e envolver pensamentos e sentimentos ambivalentes (Bienen, 1990; Cole, 1980; Diamond, 1992; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Tinsley & Mellman, 2003; Underwood & Underwood, 1976). São frequentes sentimentos de ciúmes, ressentimento, competitividade, assim como as discussões sobre ter filhos, a sexualidade, a felicidade pela psicoterapeuta e desejo de terem essa experiência (Diamond, 1992; Korol, 1995). Também aparecem temas de rejeição, raiva, rivalidade entre irmãos e identificação com a psicoterapeuta ou com o bebê (Genende, 1988; Tinsley & Mellman, 2003). A reação à gravidez varia de acordo com o diagnóstico, estrutura de caráter e nível de funcionamento do paciente, bem como suas circunstâncias de vida e vivências (Cole, 1990; Genende, 1988).

A partir de suas experiências clínicas, Genende (1988) e Underwood e Underwood (1976) concordam que emergem no tratamento temas que são específicos da mudança física da terapeuta.

Elas dividem as reações dos pacientes por trimestres. Inicialmente, os pacientes apresentam respostas com foco na gravidez, na separação e na reformulação dos conflitos parentais não resolvidos, com uma intensificação da transferência materna. O segundo trimestre é como uma fase intermediária, na qual a sexualidade da terapeuta se torna mais evidente em função da mudança física. Neste momento, mais especificamente, aparecem preocupações sexuais e questões relacionadas com a parentalidade e de rivalidade entre irmãos. Na fase final da gravidez, em paralelo com a mudança física perceptível, percebe-se que o bebê está a caminho. Esta fase é dominada por problemas de separação e de término.

Para Tinsley e Mellman (2003), durante a evolução da gravidez da psicoterapeuta, existem pontos nodais em que as reações dos pacientes podem tornar-se mais evidentes. Estes pontos seriam: quando o paciente sabe que a psicoterapeuta está grávida, durante as consultas finais, quando os planos para o término estão em andamento, durante a licença maternidade, quando a separação é real e quando a psicoterapeuta retorna ao trabalho e o paciente está consciente de que a psicoterapeuta possui demandas fora do consultório.

Quatro trabalhos debruçaram-se sobre às reações relacionadas ao gênero (Diamond, 1992; Domash, 1984; Korol, 1995). Diamond (1992) relatou três casos clínicos (uma mulher e dois homens), atendidos por ela, e buscou discutir as questões transferenciais específicas de cada gênero. Já Domash (1984) e Korol (1995) referem-se apenas a pacientes do sexo feminino, destacando suas peculiaridades.

As três autoras (Diamond, 1992; Domash, 1984; Korol, 1995) concordam que a gravidez da terapeuta intensifica conflitos maternos, eróticos e agressivos. Domash (1984) e Korol (1995) referem que a gravidez da terapeuta pode ser uma rica oportunidade para pacientes do sexo feminino trabalharem seus conflitos pré-edípicos como dificuldades desenvolvimentais, incluindo problemas de separação, de formação egóica através da transferência que se cria.

Al-mateen (1991) exemplifica essas questões pré-edípicas, descrevendo um caso de uma policial de 28 anos, que se queixava de dores de cabeça, instabilidade emocional e acessos de raiva após um acidente de trabalho. Ela também sofria de insônia, perda de peso, diminuição de concentração e libido. Um forte tema desenvolvido em sua terapia foi a ambivalência da paciente entre ser “tradicionalmente feminina” e “dura”. Três semanas após a terapeuta descobrir a sua gravidez, a paciente contou que estava grávida e se sentindo ambivalente. A terapeuta serviu como modelo para a paciente e a gravidez de ambas funcionou como um catalisador para trabalharem os conflitos latentes.

Diamond (1992) parece aprofundar um pouco a questão, colocando que para ambos pacientes, homens e mulheres, a gravidez evocou sentimentos ambivalentes sobre procriação e funções de fertilidade, assim como em relação ao feto e ao vínculo mãe-bebê. No entanto, para os homens, a identificação regressiva com funções maternas precoces e primitivas gerou intensa rivalidade edípica, impulsos sádicos primitivos e regressão infantil. Enquanto para pacientes do sexo feminino, a inveja e identificação com funções maternas do terapeuta surgiu relativamente tarde no tratamento, após análise e resolução parcial de conflitos em torno da desvalorização das funções reprodutivas femininas e feminilidade, levando a uma maior consolidação de uma identificação integrada feminina.

De acordo com a experiência de Napoli (1999) e Rosenthal (1990), a gravidez da terapeuta corresponde a um período da terapia particularmente turbulento, exigente e produtivo para terapeuta e paciente, podendo causar ambivalências e instabilidades em ambos. Um desafio na transferência desse período são os sentimentos de falta de controle sobre o *setting* que o paciente apresenta, ao ver um “terceiro”/”intruso” surgindo invariavelmente. Tal contexto aumenta a consciência do paciente de sua dependência da terapeuta, bem como medos de perdê-la, e uma intensificação dos conflitos emocionais existentes. Sendo um momento do tratamento em que, geralmente, ocorre um

aumento dos *acting out* dos pacientes, como atrasos, faltas, atrasos no pagamento das sessões e abandono de tratamento (Napoli, 1999).

A gravidez da terapeuta catalisa o surgimento de questões tanto na terapeuta quanto nos pacientes. Assim, muitas dificuldades são apresentadas à psicoterapeuta neste período e, nesse sentido, a gravidez da psicoterapeuta, além de provocar reações transferenciais em seus pacientes, aciona vivências próprias e pessoais na mesma. Considerar e compreender as respostas contratransferenciais auxiliam na análise das necessidades transferenciais do paciente e o andamento do tratamento (Cole, 1980; Tinsley & Mellman, 2003).

Uma das dificuldades é o sentimento de culpa frente aos pacientes, em função de fantasias relacionadas a interromper os atendimentos e os desejos de dedicar todo seu tempo à maternidade e ao bebê que chegará (Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Tinsley & Mellman, 2003). Outra dificuldade pode ser uma sensação de estarem autoabsorvidas, sonolentas, distraídas ou menos disponíveis para escutar o paciente (Bienen, 1990; Tinsley & Mellman, 2003) encontrando dificuldades para facilitar a expressão de sentimentos agressivos ou inveja. Em algumas situações, essa dinâmica contribuiu para um distanciamento dos afetos do paciente e de um conluio com o paciente de negação e evasão destes efeitos (Domash, 1984). Essas dificuldades influenciam na formação da identidade profissional da terapeuta (Stuart, 1997; Tinsley, 2000).

Além dos efeitos que a gravidez causa no paciente e na terapeuta, alguns trabalhos também discutiram a repercussão na relação terapêutica (Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Stockman & Green-Emrich, 1994). Em um estudo realizado por Tonon et al. (2012), que tinha como objetivo descrever a relação terapêutica durante o período gestacional da psicoterapeuta, foram identificadas mudanças no processo psicoterápico, interferindo na relação terapêutica e agindo consciente e inconscientemente sobre fatores psíquicos de ambos, favorecendo o trabalho das vivências infantis dos pacientes, oportunizando que apareçam sentimentos e conflitos no *setting*.

Poucos estudos aprofundaram o tema do retorno da licença maternidade. Chiaramonte (1968) sugere que há um intenso envolvimento dos pacientes com o momento atual da vida da psicoterapeuta. Assim, o paciente pode se sentir menos importante ou até excluído da vida da psicoterapeuta no momento da licença. Seria necessário um planejamento prévio, e individualizado, de como será organizado esse período. O retorno da licença maternidade é muito pouco discutido na literatura, mas de muita importância clínica, necessitando de mais estudos com esse foco (Chiaramonte, 1986; Korol, 1995; Stockman & Green-Emrich, 1994).

Em síntese, os trabalhos apontam na direção de que o impacto da gravidez no processo é considerável, visto que envolve uma ampla gama de fatores (tanto dos pacientes quanto da terapeuta). Parece que as experiências de gravidez reconstroem os adultos com as suas primeiras experiências infantis, catalisando fantasias, desejos e medos mais precoces através da transferência. Muitos processos paralelos parecem ocorrer, e a terapeuta deve permanecer consciente de suas próprias percepções e reações para que ela possa responder com precisão aos pacientes e facilitar o tratamento.

Com relação aos estudos desenvolvidos com crianças, apresenta-se uma síntese dos mesmos na Tabela 2. Os artigos foram em sua totalidade oriundos da América do Norte, relataram casos clínicos e tiveram como base a teoria psicanalítica. Similarmente aos estudos desenvolvidos com adultos, todos os trabalhos explicitaram que os casos clínicos foram relatados a partir das experiências das autoras. É importante destacar que não foi encontrado nenhum estudo que utilizasse métodos quantitativos. Os artigos datavam de 21 anos ou mais. Os resultados indicam que a gravidez da terapeuta apresenta importantes repercussões na psicoterapia psicanalítica de crianças, todos enfatizando o impacto da gestação no paciente e como as psicoterapeutas perceberam este impacto. Também foi descrito que a gravidez pode ser uma oportunidade para o paciente trabalhar suas fantasias mais primitivas, sendo mais uma maneira de acessar o inconsciente e seus desejos.

Um artigo enfatizou a contratransferência da psicoterapeuta de crianças. Porém, nenhum abordou o processo psicoterápico e/ou considerou a perspectiva da criança e de sua família.

Tabela 2.

Artigos que abordaram a gravidez da terapeuta no tratamento de crianças

<i>Autor</i>	<i>Ano</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Desenho do Estudo</i>	<i>Resultados principais</i>
Paluszny, M. & Poznansky, E.	1971	Conhecer as reações dos pacientes frente à gravidez da psicoterapeuta	Estudo de caso	Alguns pacientes apresentaram reações temporárias, nenhum paciente apresentou regressões permanentes.
Ashway, J.A.	1984	Explorar a gravidez da terapeuta como uma oportunidade para resolução de conflitos no tratamento de crianças	Relato de experiência	A gravidez da terapeuta pode proporcionar uma oportunidade para a resolução de conflitos e de crescimento, se a terapeuta for sensível a percepção desses conflitos.
Callanan, D.L.	1985	Conhecer as reações das crianças diante da gravidez de sua terapeuta	Relato de experiência	Falar para as crianças sobre a gravidez e trabalhar isso com elas pode trazer benefícios para o processo terapêutico.
Simonis-Gayed, D.; Levin, L.	1994	Estudar a transferência e a contratransferência no tratamento de crianças com a terapeuta grávida	Estudo de caso	A transferência se intensifica e surgem na criança sentimentos de dependência e separação.

Paluszny e Poznanski (1971) discutiram as reações dos seus pacientes na época de suas gestações. Cada uma das autoras cursava residência em psiquiatria, em lugares diferentes, quando engravidaram. Durante esse tempo, atendiam pacientes adultos e crianças em ambientes hospitalares e ambulatoriais. Alguns anos mais tarde, quando elas compararam as suas experiências, perceberam algumas semelhanças relacionadas às reações dos pacientes. Foram discutidos no total oito casos, quatro adultos e quatro crianças. Os adultos tinham idade entre 20 a 38 anos e buscaram tratamento por diferentes diagnósticos (atuações importantes, sintomas psicóticos, depressivos e de ansiedade). Das crianças, todos eram meninos com idade entre sete anos e meio até 11 anos, e buscaram psicoterapia por sintomas externalizantes e internalizantes. Os casos foram divididos em três categorias, de acordo com a reação diante da gravidez. O primeiro grupo incluiu pacientes que tentaram resolver conflitos infantis na relação com a terapeuta grávida. O segundo apresentou uma

variedade de reações defensivas em resposta à gravidez. O terceiro grupo, ao contrário do grupo anterior, foi capaz de integrar na terapia o novo material que foi estimulado pela gravidez.

Ashway (1984), explorou a gravidez e as implicações desta no tratamento e no trabalho clínico com crianças. Apresentou uma vinheta de caso clínico de uma menina de 10 anos de idade na época de sua gravidez. A menina estava em psicoterapia individual uma vez por semana, durante um ano antes da gravidez. Era uma menina na latência que foi levada à terapia pelo divórcio de seus pais. Seu pai estava preocupado com o seu nível elevado de ansiedade, imaturidade emocional e extrema insegurança. O pai relatou também que a menina muitas vezes sentia ciúmes de sua irmã. O caso ilustrou como uma criança pode utilizar a experiência da terapeuta engravidar ao longo do processo psicoterápico para trabalhar os sentimentos e conflitos não resolvidos anteriormente.

O terceiro trabalho encontrado é de autoria de Callanan (1985), que relatou o acompanhamento psicoterápico de 14 crianças com idades entre 4 e 16 anos durante a sua gravidez. Destas 14 crianças, metade eram meninas e a outra metade meninos. Ela relatou que seguiu a abordagem de esperar que a gravidez fosse descoberta pelos pacientes. As reações das crianças frente à gravidez e os meios para descobri-la foram discutidos no artigo. A autora levantou a hipótese de que algumas crianças necessitam que o terapeuta informe com bastante antecedência sobre sua gravidez, para permitir uma substancial discussão dos problemas de separação.

Ainda no mesmo estudo, com dois adolescentes, um menino de 14 anos e uma menina de 15 com histórias de perdas e abuso sexual, respectivamente, ambos com dificuldades no rendimento escolar, a terapeuta optou por informá-los da gravidez antes que as mudanças na aparência fossem perceptíveis, pois achou que isso fortaleceria o engajamento dos pacientes no tratamento. Callanan (1985) relatou que três pacientes (duas meninas e um menino) questionaram diretamente sobre a sua gravidez, todos com vivências importantes de perdas e dificuldades na separação. Duas pré-adolescentes com conflitos de ordem depressiva relacionados às figuras parentais questionaram se a terapeuta tinha filhos. Uma criança de cinco anos muito resistente e com comportamento hiperativo

e destrutivo soube pela sua mãe que sua terapeuta estava no oitavo mês de gestação. Os outros seis pacientes (duas meninas de 4 e 6 anos e 4 meninos, de 6, 7, 12 e 13 anos) que estavam em tratamento por comportamentos externalizantes permaneceram alheios à gravidez até o terceiro trimestre.

O artigo mais recente encontrado foi de Simonis-Gayed e Levin (1994), que discutiram como a gravidez da terapeuta influencia a transferência no tratamento de crianças. Apresentaram casos clínicos em tratamento durante a gravidez da primeira autora. Foram apresentados seis casos de pacientes com idade entre os três anos e meio até os 16, divididos igualmente em meninos e meninas. Os três primeiros casos relatados (dois meninos, um de 9 e outro de 15 anos e um menina de 15 anos) estavam em tratamento por apresentar comportamento bastante agressivo e destrutivo. Os três últimos casos (menino de três anos e meio, meninas de 9 e 16 anos) eram de crianças com experiência de abandono, adoção e abuso sexual. Ao final do artigo, os autores fizeram algumas recomendações: 1) anunciar a gravidez até o início do terceiro trimestre, 2) a terapeuta precisa estar consciente de suas próprias mudanças físicas e limitações, 3) informar os colegas de trabalho sobre como lidar com questões relacionadas à gravidez, 4) estar preparada para lidar com questões específicas de seus pacientes sobre a gravidez, 5) se o paciente tiver irmãos, estar ciente da posição da criança na ordem de nascimento, 6) usar brinquedos, pois isso facilita a expressão dos afetos, 7) definir a data da licença maternidade e 8) a terapeuta deve estar atenta às suas mudanças emocionais a partir da gravidez.

Considerando-se material identificado, percebeu-se uma escassez de estudos com foco na psicoterapia de crianças com a psicoterapeuta grávida. Os trabalhos encontrados, por serem relatos de experiência, são ricos em exemplos clínicos que apresentam de forma clara as expressões e manifestações transferenciais nos casos atendidos. Dois estudos referiram que a notícia de que a psicoterapeuta está grávida mobiliza nas crianças seus sentimentos, despertando um senso de competição, rivalidade, conflitos edípicos, problemas vividos na relação mãe-bebê, sentimentos de

perda e inveja, fazendo com que possam achar que a psicoterapeuta poderá abandoná-las (Ashway, 1984; Callanan, 1985). No material lúdico da maioria dos casos clínicos relatados, apareceram sentimentos relativos a ataques ao interior da mãe, destruição de bebês, ciúmes, fantasias persecutórias, dificuldades para entrar na sala, resistência de vir à sessão e questionamentos sobre a capacidade da psicoterapeuta de ser mãe (Ashway, 1984; Callanan, 1985).

Na prática de Callanan (1985), as crianças que perceberam ou que receberam a notícia antes tiveram mais tempo de discutir suas fantasias com a psicoterapeuta, o que auxiliou no processo. Já Simonis-Gayed e Levin (1994) estenderam esse prazo, colocando ser importante comunicar aos pacientes até o início do terceiro trimestre. Autores que escreveram sobre o tema (Bornholdt, 2008; Rosito, Silva & Cervo, 1994;) concordaram que nem sempre há uma menção direta à gravidez no material associativo dos pacientes. Por vezes, ocorre uma alusão a ela, reveladora da percepção inconsciente, podendo deixar a psicoterapeuta em dúvida de qual é o momento para interpretar o material.

Os trabalhos revisados informam que a gravidez acentua e influencia a transferência com a psicoterapeuta (Ashway, 1984; Paluszny & Posnansky, 1971; Simonis-Gayed & Levin, 1994). Durante a gravidez, as crianças desenvolvem intensa transferência de sentimentos precoces de dependência e separação, provavelmente por causa de sua mais recente experiência de infância e de uma dependência dos adultos (Ashway, 1984; Simonis-Gayed, Levin, 1994). Isto torna este período uma boa oportunidade para trabalhar dificuldades no desenvolvimento, questões pré-edípicas, problemas de separação e individuação e a formação do ego da criança (Ashway, 1984; Callanan, 1985; Paluszny & Poznansky, 1971).

As experiências relatadas por Simonis-Gayed e Levin (1994) enfatizam que a gravidez fez com que as crianças atendidas se identificassem com o bebê por nascer e se apresentassem com uma transferência de irmão. Esses pacientes apresentaram questões relacionadas a necessidades não satisfeitas ao longo de sua infância, sentimentos de rivalidade entre irmãos e medo de abandono. As

autoras destacaram a importância de se trabalhar, através da transferência, a relação mãe-filho nesta etapa.

Com relação às características de cada gênero, Callanan (1985) relatou que seus pacientes meninos tiveram dificuldades em trabalhar questões relacionadas à sexualidade. Já o trabalho realizado por Ashway (1984) encontrou que particularmente com as meninas na puberdade, a psicoterapeuta estar grávida propicia uma grande oportunidade para discutir aspectos relacionados à sexo, sexualidade, reprodução, diferenças de gêneros e questões de identidade sexual. Torna-se possível abrir espaço na sessão, para exploração das suas perguntas e questões do paciente sobre o assunto (como se faz para evitar filhos, como se engravida e aborto) o que pode ser muito benéfico para o desenvolvimento de uma pré-adolescente em tratamento (Ashway, 1984).

Paluszny e Poznanski (1971) relataram quatro casos de meninos na latência. As reações evocadas pela psicoterapeuta estar grávida eram expressões de raiva, sentimentos de não ser amado, medo de ser abandonado, comportamento regressivo, negação como uma reação de defesa, curiosidade sobre o nascimento e identificação com o bebê.

Assim, as reações descritas são tão variadas como são variados os pacientes e seus psicoterapeutas. A forma de abordar a gravidez é variável dependendo de cada profissional, de sua disposição para expor-se ou não. Ao que parece, não existe um padrão definido que possa garantir que desta forma os pacientes permanecerão ou não em tratamento (Espinosa, 2011).

Nos artigos encontrados nessa revisão, os autores são unânimes em enfatizar o impacto positivo da psicoterapeuta estar grávida na psicoterapia, fenômeno visto como facilitador da transferência, uma ferramenta de promoção de crescimento e podendo ser até uma chave facilitadora em uma aliança frágil (Al-Mateen, 1991; Ashway, 1984; Bienen, 1990; Callanan, 1985; Diamond, 1992; Domash, 1984; Dyson & King, 2008; Genende, 1988; Korol, 1995; Rosenthal, 1990; Simonis-Gayed & Levin, 1994; Stockman & Green-Emrich, 1994; Tonon et al, 2012; Underwood & Underwood, 1976). Porém, alguns autores destacam a importância da forma como a

terapeuta vai entender e conduzir o processo para determinado desfecho (positivo ou negativo) no tratamento (Bienen, 1990; Cole, 1980; Chiaramonte, 1986; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Napoli, 1999; Stockman & Green-Emrich, 1994; Tinsley & Mellman, 2003).

Na literatura, de forma geral, há autores que defendem essa mesma posição da facilitação do tratamento (Bornholdt, 2008; Motta, 2009; Pandolfo 2002), e outros que salientam que percebem como um desfecho comum os pacientes prematuramente terminarem o tratamento (Fenster et al., 1986). Ou seja, a gestação da psicoterapeuta parece ter um grande potencial tanto para facilitar quanto para romper o tratamento, dependendo da capacidade do paciente e da psicoterapeuta de analisar esses conteúdos. O potencial término prematuro do tratamento parece ser maior em pacientes cujo tratamento já estava ténue (Bassen, 1988).

Todos os artigos encontrados descrevem, de alguma forma, as reações dos pacientes diante da gravidez da terapeuta. Os trabalhos com adultos descrevem e discutem em maior profundidade as reações e seus significados no processo (Al-Mateen, 1991; Cole, 1980; Domash, 1984; Dyson & King, 2008; Genende, 1988; Tinsley & Mellmann, 2003; Tonon et al., 2012; Underwood & Underwood, 1976), inclusive reações de acordo com o período gestacional (Chiaramonte, 1986; Genende, 1988; Tinsley & Mellmann, 2003; Underwood & Underwood, 1976). Com as crianças, os estudos trazem exemplos clínicos ricos, porém esses artigos são em menor número, com menos patologias discutidas. Mesmo assim, os estudos mostram que as reações das crianças são mais corporais, enquanto que com os adultos são mais sutis.

Com relação às questões de gênero, em ambas faixas etárias encontramos trabalhos sobre o tema. Os trabalhos com adultos (Al-Mateen, 1991; Diamond, 1992; Domash, 1984; Korol, 1995) mostram que com as mulheres intensificaram-se os conflitos pré-edípicos e da feminilidade e sexualidade. E com os homens houve uma identificação regressiva com funções maternas precoces e primitivas, o que gerou uma regressão infantil. Com as crianças foi um pouco diferente, os meninos tiveram dificuldades em trabalhar questões relacionadas à sexualidade e as meninas

discutiram aspectos relacionados à sexo, sexualidade, reprodução, diferenças de gêneros e questões de identidade sexual (Ashway, 1984; Callanan, 1985). Uma hipótese é que com as crianças se trabalha mais no conflito atual, ou que as vivências são muito mais recentes, o que favorece o trabalho terapêutico com elas mais do que com os adultos.

Os artigos identificados versam sobre diversas dificuldades enfrentadas pela psicoterapeuta neste período (Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Simonis-Gayed e Levin, 1994; Tinsley & Mellman, 2003). Porém, percebe-se uma maior ênfase desse assunto nos artigos com pacientes adultos (Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Tinsley & Mellman, 2003), necessitando ser ainda mais desenvolvido e discutido no âmbito das crianças. Uma hipótese para explicar este resultado é que na literatura sobre psicoterapia e pesquisa em psicoterapia em geral há mais estudos disponíveis com pacientes adultos, repetindo-se esta tendência no tema da gravidez da terapeuta.

Algumas dificuldades podem ser discutidas a fim de explicar o número reduzido de estudos. Uma delas é o sentimento de culpa frente aos pacientes em função de fantasias relacionadas a interromper os atendimentos e aos desejos de dedicar todo seu tempo à maternidade e ao bebê que chegará (Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Simonis-Gayed e Levin, 1994; Stockman & Grenn-Emrich, 1994; Tinsley & Mellman, 2003). Outra dificuldade pode ser uma sensação de estarem autoabsorvidas, sonolentas, distraídas ou com dificuldade para escutar o paciente (Bassen, 1988; Bienen, 1990; Domash, 1984; Fenster et al., 1986; Lax 1969; Tinsley & Mellman, 2003). Pode haver uma menor permeabilidade para compreender alguma comunicação inconsciente (Fallon & Brabender, 2003; Luz et al., 2006; Imber, 1990), tornando-se assim muito importante estudar esse fenômeno de forma aprofundada.

Nos trabalhos encontrados na revisão, foram relatados fortes sentimentos contratransferenciais em relação aos pacientes (Bienen, 1990; Callanan, 1985; Chiaramonte, 1986; Cole, 1980; Diamond, 1992; Genende, 1988; Korol, 1995; Rosenthal, 1990; Tinsley & Mellman,

2003; Tonon et al., 2012). Porém, os estudos com adultos aprofundaram mais a questão, discutindo de forma aberta as dificuldades das terapeutas para lidar com seus sentimentos contratransferenciais (Bienen, 1990; Korol, 1995; Rosenthal, 1990; Tinsley & Mellman, 2003) e levantando a questão da transformação da identidade profissional da terapeuta (Bienen, 1990; Korol, 1995; Stuart, 1997; Rosenthal, 1990; Tinsley, 2000). Com as crianças esse tema é pouco discutido, sendo apenas salientado que as terapeutas, muitas vezes, desempenham um papel protetor para criança (Callanan, 1985). Isso corrobora o que outros autores colocam, no sentido de que essa profissional pode encontrar dificuldades nesse momento do processo, por considerar que as crianças precisam de psicoterapeutas que sejam constantes e consistentes, já que, em algumas situações, as inconsistências dos adultos que as rodeiam foi justamente o que contribuiu para os seus problemas. Por isso, pode parecer ser mais fácil ignorar as mudanças físicas da psicoterapeuta por parte da dupla para que o processo terapêutico se mantenha inalterado (Byrnes, 2000; Luz et al., 2006).

Ainda com relação à contratransferência, Ashway (1984) percebeu, com base na sua experiência, que a psicoterapeuta de crianças deve ter cuidado para não ser muito rápida na tranquilização dos seus pacientes quanto ao seu retorno ao trabalho, mesmo que já esteja planejado, pois o impacto da separação não deve ser minimizado. Muitas vezes, percebendo as crianças como mais vulneráveis que o adulto, a psicoterapeuta pode tender a querer fazer tudo ficar bem, até mesmo para diminuir sua culpa de abandonar essas pessoas tão dependentes e indefesas. A discussão das fantasias das crianças sobre o período de separação, de como elas se sentem, é absolutamente necessária.

Percebe-se que existem muitas lacunas a serem preenchidas e discutidas. Há falta de pesquisas nesse tópico, uma necessidade de atualização dos estudos, predominância de abordagens qualitativas exploratórias, sendo importante diversificar as abordagens e os métodos. As coletas são retrospectivas da época que a psicoterapeuta esteve grávida, e esses dados poderiam estar influenciados por lapsos e distorções de memória. Talvez essas lacunas estejam relacionadas à

dificuldade de se planejar uma pesquisa desta natureza relacionada à ocorrência de uma gravidez. Além desses aspectos, a terapeuta pode estar tão absorvida pelo seu novo papel e com o bebê que vai nascer que não tem espaço mental para estudar o tema.

Alguns autores (Al-Matten, 1991; Ashway, 1984; Chiaramonte, 1986; Korenis & Billick, 2014; Paluszny & Poznanski, 1971; Stockman & Green-Emirich, 1994; Stuart, 1997, Tonon et al., 2014) salientaram que poucos estudos se dedicaram ao tema da psicoterapeuta grávida no tratamento de crianças. Porém, esses autores não analisaram as razões dessa escassez. Uma das possibilidades, apontada por Motta (2009), seria uma tendência, por parte das psicoterapeutas grávidas, de negar as repercussões da gravidez, em si mesmas e em seus pacientes, para não precisar lidar com a interferência desse fenômeno no *setting* analítico.

Os estudos identificados abordaram questões relevantes e trouxeram contribuições ricas sobre o tema. Destacam-se, principalmente, as discussões a respeito das reações dos pacientes e da forma como isso aparece na transferência e na contratransferência.

Foram identificadas semelhanças entre os estudos com crianças e com pacientes adultos. Em ambos, a psicoterapeuta estar grávida mobiliza reações variadas e intensas, fazendo-se presente no *setting* de forma acentuada. Nos dois casos, também, há estudos a respeito da transferência e da contratransferência. Estes sugerem que a gravidez da terapeuta influencia o tratamento psicoterápico independente da fase do desenvolvimento do indivíduo.

O limite profissional entre psicoterapeuta e paciente é um tema abordado nas pesquisas com pacientes adultos. Já os trabalhos realizados com crianças, até pela sua escassez, pouco abordam esse vértice, discutindo, somente, questões técnicas que a psicoterapeuta deve seguir. Não se sabe, também, se as crianças, assim como os adultos, costumam presentear mais suas terapeutas ou perguntar mais sobre sua vida pessoal.

Há um consenso entre os estudos identificados de que a gravidez tem um impacto na transferência e contratransferência, nas fantasias e ansiedades da criança, e nas atitudes e disposição

da terapeuta. A hipótese 2 é validada nesses estudos. Nesse sentido, a repercussão pode ser positiva ou negativa no tratamento psicoterápico. Pode ser positiva na medida em que o fenômeno da gravidez permite catalisar e trabalhar importantes aspectos da dinâmica da criança. Quando for uma repercussão negativa e levar, por exemplo, à interrupção do tratamento, provavelmente outras questões relacionadas à resistência e às defesas do paciente e/ou da família, já estavam presentes e/ou faziam parte da dinâmica do caso.

De qualquer forma, cada caso deve ser entendido e considerado na sua singularidade e especificidade. E cada dupla terapeuta-paciente estabelece uma relação particular, que é daquela díade. A mesma terapeuta grávida com diferentes pacientes poderá apresentar uma experiência diferente, da mesma forma que diferentes pacientes com a mesma terapeuta grávida apresentarão uma vivência particular desse processo.

Considerações finais

Pesquisadores e clínicos parecem concordar que a gravidez da psicoterapeuta é um período único no processo por ser uma parte da vida da psicoterapeuta que não pode ser ocultada dos pacientes. Apesar desta certeza, os estudos disponíveis são escassos. Neste contexto, apesar de ser um fenômeno recorrente, trata-se de um tema negligenciado nas pesquisas sobre psicoterapia psicanalítica de crianças.

A literatura revisada deixa evidente que ocorrem repercussões no tratamento que vão facilitar e/ou dificultar seu andamento, dependendo da terapeuta, do paciente e do que ambos construirão juntos. Torna-se importante compreender esse processo durante a gravidez da psicoterapeuta. O conhecimento das mudanças e repercussões da gravidez no processo terapêutico é uma contribuição para o campo das pesquisas de processo e para o atendimento da população infantil. Uma direção futura para as investigações poderia ser explorar a percepção da criança, da terapeuta, da família e o processo terapêutico como um todo neste contexto.

É importante comentar que os processos dinâmicos que se apresentam na relação terapêutica com a psicoterapeuta grávida, através da transferência e da contratransferência, não são diferentes dos conflitos encontrados em uma psicoterapia com a psicoterapeuta não grávida. Ambas proporcionam uma repetição de experiências anteriores atualizadas no vínculo. Porém, a vivência da gravidez durante o processo psicoterápico parece funcionar como um agente catalisador poderoso, embora casual, para fantasias primitivas e experiências marcantes na trajetória de vida da criança.

Referências

- Al-Mateen, C. S. (1991). Simultaneous pregnancy in the therapist and the patient. *American Journal of Psychotherapy*, 45 (3), 432-444.
- Retirado de: <http://europepmc.org/abstract/MED/1845605>.
- Araújo, M. (2005). Gênero e psicoterapia. In: Eizerik, C. L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S.(2005). *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos*. 2 Ed, Porto Alegre: Artmed.
- Ashway, J. A. (1984). A therapist's pregnancy: An opportunity for conflict resolution and growth in the treatment of children. *Clinical Social Work Journal*,12(1), 3-17. doi: 10.1007/BF00778590.
- Bassen, C. R. (1988). The impact of the analyst's pregnancy on the course of the analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 8 (2), 280-298. doi: 10.1080/07351698809533723.
- Beutler, L., E., Malik, M., Ali Mohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In: Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change*, 227-306. New York: John Wiley & Sons.
- Bienen, M. (1990). The pregnant therapist: Countertransference dilemmas and willingness to explore transference material. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 607. doi: 10.1037/0033-3204.27.4.607.
- Bornholdt, E. (2008). The impacto of the therapist's pregnancy in psychotherapy: the right moment for interpreting (un)conscious perception of pregnancy. *Psicoterapia Psicanalítica*, 10, 60-70.
- Byrnes, M. J. (2000). *The impact of therapist pregnancy on the process of child psychotherapy* (Doctoral dissertation). Retirado de ProQuest (AAI9982603).
- Callanan, D. L. (1985). Children's reactions to their therapist's pregnancy. *Child Psychiatry and Human Development*, 16(2), 113-119. Retirado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00705945#page-1>

- Caron, N. A., Bornhold, I., Mondzrak, V. S., Heck, M. M., Wolf, M. P., Fortes, S. D. (2000). Perfil da prática psicanalítica de crianças e adolescentes no Brasil [Profile of psychoanalytic practice of children and adolescents in Brazil]. *Revista de Psicanálise*, 7 (2), 317- 347.
- Ceitlin, L. H. F., Wiethaeuper, D. & Goldfred, P. R. M. (2003). Outcome research in psychoanalytic psychotherapy: the effect of the therapist as a variable. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 81-95.
- Chiaromonte, J. A. (1986). Therapist pregnancy and maternity leave: maintaining and furthering therapeutic gains in the interim. *Clinical Social Work Journal*, 14 (4), 335-347. doi: 10.1007/BF01892594
- Cole, D. (1980). Therapeutic issues arising from the pregnancy of the therapist. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 17 (2), 210-213. doi: 10.1037/h0085913
- Diamond, D. (1992). Gender-Specific transference reactions of male and female patients to the therapist's pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (3), 319-345. doi: 10.1037/h0079379
- Domash, L. (1984). The preoedipal patient and pregnancy of the therapist. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14 (2), 109-119. Doi: 10.1007/BF00946309
- Dyson, E. & King, G. (2008). The pregnant therapist. *Psychodynamic Practice*, 14 (1), 27-42. doi: 10.1080/14753630701768958.
- Eizirik, C. L., & Hauck, S. (2007). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: A. V. Cordioli (Org). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp.151-166). 3a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Espinosa, Y. M. (2011, may). *El embarazo de la analista: creación y destrucción de un espacio para soñar [The pregnancy of the analyst: creation and destruction of a place to dream]*. Trabalho apresentado na Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, Porto Alegre.
- Etchegoyen, A. (1993). The analyst's pregnancy and its consequences on her work. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 141-149.

- Fallon, A. E., & Brabender, V. (2003). *Awaiting the therapist's Baby: A Guide for Expectant Parent-practitioners*. Routledge.
- Fenster, S., Phillips, S., & Rapoport, E. (1986). *The therapist's pregnancy: intrusion in the analytic space*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 142pp.
- Filho, I. A. P. (2010). The analyst's subjectivity in the labyrinths of cure. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 12 (2), 425-435.
- Fuller, R. L. (1987). The impact of the therapist's pregnancy on the dynamics of the therapeutic process. *Journal of the American of Psychoanalysis*, 15 (1), 9-28. Retirado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-19400-001>.
- Genende, J. (1988). A Therapist's pregnancy: An opportunity for conflict resolution and growth in the treatment of homosexual men. *Clinical Social Work Journal*, 16 (1), 66-77. doi: 10.1007/BF00753409
- Lax, R. F. (1969). Some considerations about transference and countertransference manifestations evoked by the analyst's pregnancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 363-372.
- Imber, R. R. (1990). The avoidance of countertransference awareness in a pregnant analyst. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 223-236.
- Hacham-Lynch, R. (2014). *The pregnant therapist: an exploration of countertransference issues and their impact on the therapeutic relationship*. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10788/1880>
- Kernberg, O. (2006). A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: *Agressividade, narcisismo e autodestrutividade na relação psicoterapêutica* (pp.117-144). Lisboa: Climepsi.
- Korenis, P., & Billick, S. B. (2014). The pregnant therapist: The effect of a negative pregnancy outcome on a psychotherapy patient, *Psychiatry Q*, 85, 377-382. doi: 10.1007/s11126-014-9298-2.

- Korol, R. (1995). The impact of therapist pregnancy on the process. *Clinical Social Work Journal*, 23 (2), 159-171. doi: 10.1007/BF02191680
- Lhullier, L. A. & Roslindo, J. J. (2013). As psicólogas brasileiras: Levantando a ponta do véu. In: Lhullier, L. A. (2013). *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: CFP.
- Luz, A. B., Keidann, C. E., & Dal Zot, J. S. (2006). Contratransferência e os fatores da vida pessoal do psicoterapeuta e/ou psicanalista. In: Zaslavsky, J., Santos, M. J. P. (2006). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Motta, I. F. (2009). When the psychoanalyst is pregnant: facilitation of the maternal and feminine inner world investigation. *Jornal de Psicanálise*, 42 (76): 91-105. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352009000100007&lng=pt&tlng=en
- Napoli, M. (1999). Issues for pregnant therapists: Misssed appointments and fee payments. *British Journal Of Psychotherapy*, 15 (3), 355-357. doi: 10.1111/j.1752-0118.1999.tb00459.x
- Paluszny, M., & Posnanski, E. (1971). Reactions of patients during pregnancy of the psychotehrapist. *Child Psychiatry and Human Development*, 1(4), 226-275. doi: 10.1007/BF01441089
- Pandolfo, A. C. (2002). A gravidez da analista e suas repercussões na relação terapêutica [Pregnancy analyst and its repercussions in the therapeutic relationship]. *Psicoterapia Psicanalítica: Revista do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia Psicanalítica*. 4(4), 91-107.
- Rosenthal, E. S. (1990). The therapist's pregnancy: Impact on the treatment process. *Clinical Social Work Journal*, 18 (3), 213-226. doi: 10.1007/BF00755097
- Rosito, C., Silva, E., Cervo, L. (1994). A percepção inconsciente da gravidez da terapeuta: algumas considerações sobre a interpretação no processo de avaliação e contrato terapêutico [The

unconscious perception of the therapist's pregnancy: some thoughts on the interpretation in the evaluation process and therapeutic contract]. *Revista CEAPIA*, 4(4), 65-71.

Simonis-Gayed, D. & Levin, L. (1994). The therapist's pregnancy: children's transference and countertransference reactions. *Psychotherapy*, 31 (1), 196-200. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.196

Stockman, A. F., & Green-Emirich, A. (1994). Impact of therapist pregnancy on the process of counseling and psychotherapy. *Psychotherapy*, 31 (3), 456-462. doi: 10.1037/0033-3204.31.3.456

Stuart, J. J. (1997). Pregnancy in the therapist: Consequences of a Gradually Discernible Physical Change. *Psychoanalytic Psychology*, 14 (3), 347-364. Retirado de: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0079730>.

Tinsley, J. A. (2000). Pregnancy of the early-career psychiatrist. *Psychiatric Services*, 51(1), 105-110. doi: 10.1176/ps.51.1.105

Tinsley, J. A., & Mellman, L. A. (2003). Patient reactions to a psychiatrist's pregnancy, *American Journal Psychiatry*, 160 (1), 27-31. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.27

Tonon, C. B., Romani, P. F., & Grossi, R. (2012). The therapist's pregnancy and its consequences on the psychotherapeutic process. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28 (1), 87-92. doi: 10.1590/S0102-37722012000100011

Underwood, M. M. & Underwood, E. D. (1976). Clinical observations of a pregnant therapist. *Social Work*, 21 (6): 512-514. doi: 10.1093/sw/21.6.512.

Williams, P. (2007). What is psychoanalysis? What is a psychoanalyst? In: E. Person, A. Cooper & G. Gabbard (Orgs). *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. American Psychiatric Pub.

Wolfe, E. (2013). *The therapist's pregnancy and the client-therapist relationship: an exploratory study*. (Doctoral Dissertation, Smith College School for Social Work). Retirado de: <https://dspace.smith.edu/handle/11020/24285>.

Zimerman, D. E. (2007). Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática.

Seção 2: Artigo empírico

As Estruturas de Interação na Psicoterapia Psicanalítica de uma Menina com Transtorno de Adaptação com a Terapeuta Grávida

Resumo

A investigação empírica do processo terapêutico envolve uma análise detalhada dos ingredientes ativos específicos no curso do tratamento. O estudo das estruturas de interação auxilia nessa compreensão, já que informa sobre os padrões repetitivos de interações entre paciente e terapeuta durante o processo terapêutico. Ao mesmo tempo, sabe-se que as características do terapeuta influenciam o processo e precisam ser mais estudadas e que dentre elas a gravidez da terapeuta pode ocupar um espaço importante. Este estudo tem como objetivo compreender o processo e as estruturas de interação na psicoterapia psicanalítica com uma menina com diagnóstico de Transtorno de Adaptação e sua terapeuta que engravida ao longo do processo psicoterápico. Cinco estruturas de interação entre criança e terapeuta puderam ser identificadas nesta psicoterapia e duas estruturas de interação variaram ao longo do tempo do tratamento. São discutidas as repercussões da psicoterapeuta estar grávida neste tratamento psicoterápico e as implicações destes resultados para a formação e prática clínica.

Palavras-chave: psicoterapia infantil; processo psicoterapêutico; adesão ao tratamento; estudo naturalístico; estudo de caso único.

The Interaction Structures in the Psychoanalytic Psychotherapy of a Female Child suffering from Adjustment Disorder with a Pregnant Therapist

Abstract

The empirical investigation of the process evolves a detailed analysis of the active specific components in treatment's course. The study of interactions helps us to its comprehension, yet it brings us information's about the repetitive patterns of interactions between patient and therapist along the therapeutic process. At the same time, the literature has shown that the therapist's characteristics influence the process and need to be better investigated. In this context, the therapist's pregnancy has a detached importance. This study aims to comprehend the process and the interactions structures in the psychoanalytic psychotherapy of a female child with the diagnosed of Adjustment Disorder and her therapist that gets pregnant during the psychotherapeutic process. We could discriminate five interaction structures between the child and her therapist. Two of them have shown variations along the treatment period. We discuss the possible influences of being pregnant in this specific psychotherapeutic treatment and the implications of these results in the clinical practice.

Keywords: child psychotherapy, psychotherapeutic process, treatment engagement, naturalistic study, single case study.

Introdução

O Transtorno de Adaptação (TA) foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) a partir da 3ª edição como um diagnóstico transitório e não excedendo o período de seis meses. Na 4ª edição passou a considerar-se a possibilidade da cronicidade do quadro nosológico. E na atual edição, DSM-5, o TA passou a fazer parte de um conjunto heterogêneo de síndromes de resposta ao estresse, desencadeadas após a ocorrência de um acontecimento estressante, podendo ser traumático ou não (APA, 2013).

O Transtorno de Adaptação em crianças é descrito como uma dificuldade de adaptação a uma nova situação da vida da criança em resposta a um evento estressor identificável que resulta no desenvolvimento de sintomas emocionais, somáticos e/ou comportamentais. Os estressores podem ser recorrentes ou contínuos e podem afetar apenas o indivíduo ou a família inteira. Com frequência, os estressores são eventos da vida cotidiana da criança e os sintomas gerados indicam que a criança está em um estado de sofrimento maior do que aquele que seria esperado, pela exposição ao estressor, causando um comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional. A sintomatologia deve ocorrer dentro de um mês após o evento estressante (APA, 2013; Marcelli, 2009).

Segundo o DSM IV-TR (APA, 2002), é estimada a prevalência de 2 a 8% do Transtorno de Adaptação na população geral. É diagnosticado duas vezes mais em mulheres do que em homens. Em crianças e adolescentes, meninos e meninas são igualmente diagnosticados com TA, apresentando maior frequência na adolescência. Três fatores são fundamentais para a compreensão dos TA: a natureza do estressor, o sentido consciente e inconsciente deste e a vulnerabilidade pré-existente do paciente. Uma maior suscetibilidade está associada a perda de um dos pais na infância ou a criação em uma família disfuncional. O apoio real ou percebido por pessoas próximas e importantes pode afetar as respostas comportamentais e emocionais aos estressores (Sadock & Sadock, 2007).

A psicoterapia parece ser a primeira escolha para os TA (Sadock & Sadock, 2007), porém os estudos são escassos e pouco precisos. A psicoterapia individual deve oferecer oportunidades de explorar o sentido do estressor para elaboração de traumas. É necessário, também, que a psicoterapia ajude o paciente a se adaptar aos estressores que não são reversíveis nem têm duração limitada (Sadock & Sadock, 2007). Nesse sentido, a psicoterapia psicanalítica mostra-se indicada (Kramer, Despland, Michel, Drapeau & De Roten, 2009), já que é um processo que visa instrumentalizar o indivíduo a um aumento do conhecimento sobre seu funcionamento, o que resulta no uso de defesas mais maduras para lidar com conflitos psíquicos, na melhora do padrão das relações objetais (Eizirik & Hauck, 2007) e em mudanças sintomáticas significativas (Kernberg, 2006; Williams, 2007).

Visto que as psicoterapias desempenham um papel importante na melhora do transtorno de adaptação, destaca-se a importância do estudo dos tratamentos destas psicopatologias, principalmente no que tange aos ingredientes ativos de mudança terapêutica (Sadock & Sadock, 2007). Por essa razão, este estudo descreve uma investigação empírica do processo terapêutico psicanalítico de uma menina de oito anos com diagnóstico de Transtorno de Adaptação, as estruturas de interação entre paciente e terapeuta e as repercussões de sua terapeuta engravidar no curso da psicoterapia. O estudo desse tema vai ao encontro da necessidade de pesquisas empíricas que demonstrem de que forma ocorre a efetividade do tratamento psicanalítico com crianças e as variáveis do terapeuta nesse processo.

Estudos sobre o processo psicoterapêutico psicanalítico de crianças e as estruturas de interação

As evidências da efetividade da psicoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes estão ainda em uma fase inicial do seu desenvolvimento, mas os estudos indicam os benefícios que este tratamento pode proporcionar (Deakin & Nunes, 2008; Kennedy, 2004; Kennedy & Midgley, 2007; Midgley & Kennedy, 2011; Palmer, Nascimento, & Fonagy, 2013). Porém, percebe-se a

necessidade de compreender-se mais sobre o processo psicoterápico e entender como e por que as mudanças ocorrem a partir da psicoterapia (Kazdin, 2000; Midgley, 2007) e quais os aspectos do tratamento tendem a facilitar ou inibir a mudança terapêutica (Kazdin & Nock, 2003; Palmer et al., 2013; Schneider, Midgley & Duncan, 2010).

Embora a pesquisa de processo de psicoterapia de crianças tenha se expandido nos últimos anos, a taxa de estudos que exploram os mecanismos de mudança são muito baixas. Os achados sugerem que as pesquisas contemplam a discussão de medidas de resultado como comportamento da criança, o jogo, as defesas, suas relações objetais, a relação terapêutica, porém sem capturar integralmente o processo do encontro terapêutico em sua complexidade (Midgley, 2007).

Diante dessa necessidade de conhecer-se mais a natureza da ação terapêutica e do processo, Jones (2000) desenvolveu, com base na Metodologia *Q*, o *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). O PQS é considerado um instrumento útil por possibilitar uma descrição qualitativa e quantitativa do processo terapêutico, tendo sido desenvolvido para ser usado em estudos empíricos com adultos (Jones, 1988; 2000).

Jones (2000) utilizou o PQS para analisar as estruturas de interação na relação terapêutica. Segundo Jones (1988; 2000), pioneiro neste trabalho, estruturas de interação são padrões repetitivos de interação que ocorrem entre paciente e terapeuta, às vezes sem o conhecimento consciente dos mesmos. As estruturas de interação vão estar relacionadas a uma linha de pensamento de modelos interativos como os propulsores da mudança terapêutica, na qual fatores interpessoais e de relacionamento da dupla poderão favorecer a retomada do desenvolvimento emocional do paciente. Jones (2000) argumenta que só a investigação desses processos de interação específicos podem identificar os ingredientes que produzem mudança terapêutica e que conhecer essas estruturas pode auxiliar os psicoterapeutas na prática clínica, sabendo o que pode ser esperado de pacientes com determinados sintomas e comportamentos e de como as interações podem mudar ao longo do tempo (Goodman & Athey-Lloyd, 2011).

O estudo das estruturas de interação auxilia no entendimento de aspectos intersubjetivos, de transferência e contratransferência, *actings out* entre outros fenômenos do processo terapêutico, revelando os conflitos do paciente e as reações do terapeuta frente a esses conflitos. Assim, a vivência da relação terapêutica, juntamente com a compreensão do significado das estruturas de interação de cada dupla, constituem componentes importantes para o entendimento dos ingredientes ativos e os mecanismos de mudança nas psicoterapias psicanalíticas (Jones, 2000). As transformações ocorridas, ao longo do tempo, nesses tipos de interação, foram relacionadas às mudanças na estrutura psicológica dos pacientes e à melhora sintomática dos mesmos (Ablon & Jones, 2005; Jones 2000; 2001). Seguindo os passos de Jones (2000), diversos autores se debruçaram sobre o tema do estudo do processo terapêutico e suas estruturas de interação com pacientes adultos, diversificando as patologias dos pacientes (Ablon & Jones, 2005; Coombs, Coleman, & Jones, 2002; Goodman, Edward, & Chung, 2014; Jones, 2000; Jones & Pulos 1993).

Nessa direção, juntamente com a necessidade crescente de aprofundar os estudos na psicoterapia de crianças, Schneider e Jones (2004) desenvolveram, a partir do PQS, o *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ), um instrumento equivalente que permite a descrição do processo terapêutico com crianças (Schneider, 2004, Schneider & Jones, 2004). Os estudos com adultos, usando o PQS, já antecipam a quantidade de oportunidades de pesquisa sobre as estruturas de interação que podem ser realizadas com o CPQ. Assim, algumas pesquisas passaram a ser realizadas no campo da psicoterapia de crianças utilizando esse instrumento (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman & Mavrides, 2010; Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini, & Goodman, 2015; Schneider, 2004; Schneider, Pruetzel-Thomas, & Midgley, 2009; Schneider, et al., 2010).

Como parte do processo de desenvolvimento do CPQ (Schneider et al., 2009) também foram construídos protótipos de sessões de psicoterapia de crianças consideradas ideais, com experts da psicoterapia psicanalítica (PP), da psicoterapia cognitivo comportamental (TCC) e da abordagem que focaliza a função reflexiva (RF). Os experts em PP descreveram como sendo muito

característicos do processo trabalhar os afetos, temas recorrentes e interpretar as experiências passadas. Por outro lado, os especialistas em TCC descreveram como sendo importante no processo gratificar comportamentos desejáveis, oferecer tranquilidade, exercendo controle sobre a interação (Goodman, Midgley, & Schneider, 2015). A abordagem que focaliza a função reflexiva foi considerada um fator comum dos tratamentos, presente em diferentes abordagens, de acordo com os mesmos autores.

Alguns estudos recentes com o CPQ buscaram estudar as estruturas de interação para conhecer o processo terapêutico. O primeiro é de Schneider et al. (2009) que utilizaram o CPQ para estudar o processo terapêutico e seus resultados. O estudo incluiu 4 psicoterapias de orientação psicanalítica e duas com abordagem cognitivo-comportamental. Os pacientes tinham entre 8 e 12 anos de idade e estavam em tratamento por sintomas de ansiedade e/ou depressão. Os resultados mostraram que existem semelhanças nas características do processo psicoterapêutico de crianças com o mesmo tipo de dificuldade, mesmo quando atendidas por diferentes terapeutas. Contrariamente, o mesmo terapeuta com diferentes crianças que apresentam dificuldades distintas apresentou padrões de interação diferentes, de acordo com o CPQ. Também encontraram uma correlação positiva em ambos os tratamentos, psicanalítica e cognitivo comportamental, no que diz respeito aos itens relativos à criança do CPQ, que foram bastante similares, o que demonstra que as crianças apresentaram-se de forma homogênea (talvez porque sua idade, tipo de distúrbio e grau de dificuldade eram similares). Quanto aos itens relativos ao terapeuta, encontrou-se uma correlação negativa, o que sugere que técnicas que caracterizam a psicoterapia psicanalítica foram notavelmente ausentes na psicoterapia cognitivo comportamental, e vice-versa.

Posteriormente, Schneider et al. (2010) descreveram o estudo de caso de uma psicoterapia de uma menina de 11 anos de idade que buscou psicoterapia por apresentar diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, Transtornos de Ansiedade Generalizada, Transtorno do Pânico e Transtorno Evitativo da Infância pelo DSM-IV. O tratamento durou três anos, com frequência de

quatro sessões semanais e foram identificadas as estruturas de interação na psicoterapia e descritos os resultados obtidos neste tratamento. Foram utilizadas para a análise do processo terapêutico nove sessões (três do início, três do meio e três do final do tratamento). Foram identificadas três estruturas de interação, 1- *Trazendo para fora a criança isolada*, 2- *Trabalhando com estados de ansiedade e resistência*, 3- *Saindo da Concha*. Foi encontrado que a soma de intervenções interpretativas com suportivas favoreceu a melhora sintomática da paciente.

Goodman e Athey-Lloyd (2011) analisaram se as estruturas de interação diferem quando o paciente é constante e o terapeuta muda no decorrer de um tratamento. Para isso, analisaram dois anos de psicoterapia psicanalítica de uma criança de seis anos de idade com Transtorno de Asperger. Em cada ano a criança foi atendida por um terapeuta diferente e a análise do processo foi baseada no CPQ. As estruturas de interação encontradas tiveram magnitudes diferentes entre os terapeutas e também ao longo do tempo de cada ano de tratamento. Os resultados confirmaram as hipóteses dos autores de que as estruturas de interação, além de flutuarem através do tempo dentro dos tratamentos, também diferiram entre dois terapeutas atendendo a mesma criança. Isso demonstra que o terapeuta exerce uma grande contribuição independente para o processo de psicoterapia.

Esse resultado vai ao encontro dos estudos que indicam que o papel do psicoterapeuta no tratamento de crianças é muito importante e que os aspectos relacionados ao terapeuta estão associados e muitas vezes são preditores dos resultados de psicoterapias (Beutler et al., 2004; Ceitlin et al., 2003; Goodman e Athey-Lloyd, 2011; Wolfe, 2013; Zimmerman, 2007). Por tanto, estudar fatores associados ao terapeuta é fundamental (Wolfe, 2013).

Os estudos que se dedicam ao fator gravidez da psicoterapeuta discutem as repercussões no tratamento (Korenis & Billick, 2014; Tonon, Romani, & Grossi, 2012). Alguns apontam na direção de que a gravidez catalisa e facilita diversos aspectos do processo (Diamond, 1992; Dyson & King, 2008; Simonis-Gayed & Levin, 1994; Tonon et al, 2012; Wolfe, 2013), enquanto outros colocam as

dificuldades que podem ocorrer em um tratamento com a terapeuta grávida (Bienen, 1990; Chiaramonte, 1986; Korenis & Billick, 2014; Tinsley & Mellman, 2003). Porém, percebe-se que o que vai facilitar e/ou dificultar seu andamento depende da terapeuta, do paciente e do que ambos construírem juntos (Luz, Keidann, & Dal Zot., 2006). Apesar da relevância deste tema, poucos estudos se dedicaram a ele de forma aprofundada e analisando o processo terapêutico.

Em síntese, existe uma necessidade importante de estudos sobre o processo da psicoterapia de crianças, sobre a natureza da ação terapêutica e o papel das estruturas de interação no tratamento, bem como acerca dos fatores relacionados ao terapeuta nesse processo (Goodman & Athey-Lloyd, 2011). Observa-se um crescimento de estudos na área de processo de psicoterapia psicanalítica com adultos, e em menor escala com crianças. Esses trabalhos vem demonstrando importantes resultados para os pesquisadores e clínicos.

É diante desse quadro que esta pesquisa foi delineada, com o objetivo de compreender o processo e as estruturas de interação na psicoterapia psicanalítica de uma menina com diagnóstico de Transtorno de Adaptação e sua terapeuta que engravida ao longo do processo psicoterápico. As hipóteses deste estudo foram: 1 - será possível identificar estruturas de interação no processo terapêutico de uma menina com Transtorno de Adaptação e uma terapeuta grávida, utilizando-se o CPQ; 2- os itens do CPQ irão variar ao longo do processo de psicoterapia, considerando o fator gravidez da terapeuta e os períodos relacionados a esse fato durante o tratamento; e 3 – será possível identificar uma adesão significativa do tratamento ao protótipo da psicoterapia psicanalítica ao longo de todo o período de tratamento.

Método

Delineamento

Foi realizado um estudo descritivo, longitudinal, naturalístico, baseado no método de Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 2007). O ECS propõe-se a estudar em profundidade um caso, possibilitando a compreensão de vários componentes do tratamento como: variáveis do paciente, do

psicoterapeuta e da interação entre eles. O ECS é baseado em procedimentos desenvolvidos no contexto clínico ou naturalista. Tem como objetivo a compreensão dos fatores que contribuem para a mudança no processo psicoterápico e os resultados das intervenções clínicas. Para isso, o ECS possui diversos mecanismos em busca do rigor metodológico e do controle dos vieses do estudo.

Participantes

Paciente: Alice (pseudônimo) tinha oito anos de idade no início de sua psicoterapia, cursava o terceiro ano do ensino fundamental e residia com sua mãe e irmão. A mãe procurou atendimento para a filha, encaminhada pela neuropediatra, por ela apresentar queixas somáticas sem causas orgânicas. Alice apresentava crises de enxaqueca, de choro, dores de estômago, dizendo não gostar da escola. Seu pai faleceu de forma repentina, ocorreram mudanças na estrutura financeira familiar e ela precisou mudar de escola. Segundo a mãe e a professora, Alice era uma criança carinhosa, perfeccionista e que não tolerava errar, ficando ansiosa quando chamavam a sua atenção. Alice foi diagnosticada com Transtorno de Adaptação com ansiedade (309.24), de acordo com o DSM-5 (APA, 2013).

Psicoterapeuta: A psicoterapeuta possuía 10 anos de experiência clínica quando foi procurada pela paciente. Cursou especialização em psicoterapia psicanalítica de crianças e doutorado na mesma área. Ela engravidou ao longo do processo psicoterápico, tratando-se da sua primeira gestação. A terapeuta realizava supervisão clínica do caso em estudo e estava em tratamento analítico.

Instrumentos

Child Psychotherapy Q – Set (CPQ) (Schneider & Jones, 2006; 2012). O CPQ foi construído baseado no PQS (Jones, 2000) e foi traduzido e adaptado para o português brasileiro (Ramires & Schneider, no prelo). Trata-se de um procedimento que visa a análise do processo psicoterapêutico com crianças de 3 a 13 anos de idade. É composto por 100 itens com afirmações que descrevem três domínios do processo terapêutico: o primeiro subconjunto de itens descreve as

atitudes, sentimentos, comportamento ou experiência da criança, um segundo subconjunto reflete as ações e atitudes do psicoterapeuta e o terceiro subconjunto de itens busca capturar a natureza da interação da díade ou a atmosfera do encontro (Itens em Anexo D). Durante o curso do tratamento, esses itens tendem a agrupar-se e em conjunto descreverem estruturas repetitivas de interação (Jones, 2000).

Após assistir ao vídeo da sessão terapêutica, juízes treinados ordenam, de maneira independente, através de uma distribuição forçada (ipsativa), os 100 itens em 9 categorias para descrever a sessão em um continuum que varia entre o menos característico ao mais característico de cada sessão terapêutica. 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.

A fidedignidade e validade do CPQ vêm sendo demonstradas por diferentes estudos. Sua validade discriminante foi demonstrada entre dois conjuntos de sessões de psicoterapia psicanalítica e terapia cognitivo comportamental (Schneider, et al., 2009), e também por um estudo com 32 terapeutas experientes (mais de 15 anos de experiência) representando diferentes orientações teóricas (psicanalítica, cognitivo comportamental e abordagem baseada na função reflexiva) de diferentes países (Argentina, Brasil, Estados Unidos e Inglaterra). Esses terapeutas foram solicitados a descrever uma sessão ideal de psicoterapia de crianças classificando os itens do CPQ (Goodman et al., 2015). Os modelos resultantes constituíram protótipos de cada uma das abordagens, e as análises estatísticas confirmaram a validade discriminante do instrumento (Ramires & Schneider, no prelo).

Em vários estudos vem sendo confirmada a fidedignidade interavaliadores do CPQ (Carvalho, 2014; Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman, et al., 2014; Ramires, Carvalho, Gastaud & Goodman, 2014; Ramires, et al., 2015; Schneider, 2004; Schneider, et al., 2010). As análises independentes de grupos de sessões de psicoterapia de crianças (variando de 20 a 53

sessões nos estudos) realizadas por avaliadores treinados têm atingido índices de concordância superiores a 0,70 (correlação intraclasse) (Carvalho, 2014; Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman & Mavrides, 2010, Ramires et al., 2014; Ramires et al., 2015).

Procedimentos

Avaliação Inicial. Na busca de tratamento pela mãe da criança, foi realizada uma avaliação, para confirmar a necessidade e a motivação para o tratamento. Após todos os procedimentos da pesquisa serem explicados para a paciente e sua mãe e do consentimento das mesmas para participação, as sessões de psicoterapia começaram a ser filmadas. A terapeuta já havia sido previamente consultada, tendo concordado em participar do estudo. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS. Todas as diretrizes éticas internacionais para pesquisa com seres humanos foram seguidas. Todos os procedimentos éticos foram respeitados, priorizando-se o bem estar dos participantes.

Formulação de caso. A formulação psicodinâmica da terapeuta do caso de Alice incluía a hipótese de que a perda do pai e a mudança de escola desencadearam na menina dor e conflitos difíceis de lidar, que se expressaram através dos sintomas de dores de cabeça, choros e na falta de vontade de ir à escola. A menina demonstrava um funcionamento obsessivo, com rigidez afetiva, perfeccionismo, necessidade de controle, pouca tolerância à frustração. Alice tinha um grande desejo de agradar os outros (mãe, terapeuta, professora) e para isso acreditava que precisava ser perfeita.

A psicoterapia. O tratamento não foi manualizado. A psicoterapia realizada tinha enfoque psicanalítico na perspectiva das relações objetais, foi realizada em consultório particular, com frequência de uma sessão semanal com duração de 50 minutos.

A terapeuta soube que estava grávida no curso do tratamento, antes da sessão 7. A menina começou a dar sinais de estar percebendo mudanças físicas na terapeuta. Ao longo da sessão 17 a gravidez é revelada, com uma brincadeira em que os papéis eram invertidos e quem fazia perguntas

era a menina. Alice questionou a terapeuta se ela tinha filhos, quando iria nascer o bebê, se a terapeuta poderia trabalhar enquanto estivesse grávida e logo disse que até o dia do bebê nascer ela já estaria melhor e não mais precisaria estar ali. Duas sessões após, a mãe ligou para a terapeuta avisando que a menina não poderia ir à sessão. A terapeuta convidou a mãe para que ela comparecesse no lugar da menina e as duas acabaram conversando, entre outros assuntos, sobre a gestação e a preocupação da menina se a terapeuta iria sofrer com o parto. A mãe relatou que menina estava melhor das dores de cabeça e estômago, mas que começou a roer as unhas e estava desenvolvendo rituais e manias. A mãe pediu orientações sobre como lidar com as curiosidades sexuais de Alice. Esta foi a única falta da menina em todo tratamento.

Depois da sessão 24, a mãe fez contato telefônico com a terapeuta relatando piora dos sintomas da menina e uma grande resistência dela em ir à escola. A mãe relatou que Alice dizia estar com muitas dores de barriga e que tinha a impressão que a menina fantasiava que estava grávida.

Entre a sessão 31 e 32, a mãe da menina telefonou para a terapeuta, dizendo que um familiar muito próximo teve um problema grave no coração, mas que agora já estava em casa. A mãe da paciente demitiu-se do trabalho para cuidar desse familiar e alegou não ter condições financeiras para manter o tratamento. Foram combinadas duas sessões naquele mês (véspera da licença da terapeuta). Na sessão 33, foi feita a despedida para a licença maternidade da terapeuta.

Dois meses e meio depois da última sessão, a terapeuta fez tentativas de contato telefônico com a mãe da paciente, demorando duas semanas para obter resposta. Na entrevista agendada com mãe e filha, elas relataram melhora dos sintomas que trouxeram a menina para o tratamento e a mãe expressou o desejo de alta da psicoterapia. A menina concordou com a mãe que melhorou, mas desejava continuar o tratamento. Foram agendadas mais sete sessões para trabalhar a despedida. Os encontros foram agendados com frequência quinzenal.

Todas as sessões da menina foram gravadas em vídeo com o consentimento da terapeuta e da paciente. No total, foram realizadas, filmadas e analisadas 40 sessões de psicoterapia. O tratamento psicoterápico foi dividido em quatro tempos: o primeiro é referente a um período em que a terapeuta não estava grávida ou já estava e não sabia (sessão 1 até sessão 6), o segundo período corresponde a um momento do tratamento em que a terapeuta sabia de sua gestação mas o assunto não havia sido verbalizado nas sessões (sessão 7 a 16), o terceiro momento foi quando o assunto foi tratado no *setting* terapêutico, até chegar o momento de licença maternidade (17 a 34), e por último, o quarto período, quando a terapeuta retornou de sua licença de três meses (35 a 40).

Avaliação do processo de psicoterapia. Cada sessão do tratamento de Alice foi codificada por dois juízes, de forma independente, formando pares aleatórios e que se intercambiaram. A equipe de juízes foi composta por quatro psicólogos, treinados para o uso do CPQ, com experiência clínica em psicoterapia psicanalítica. A concordância entre qualquer par de juízes foi de pelo menos .70 (*alpha de Cronbach*) e variou de .69 a .90 ($m = .80$ e $DP = .05$) nas 40 sessões de Alice. Com as classificações feitas pelos pares de juízes calculou-se a média em conjunto para formar escores compostos utilizados em todas as análises subsequentes.

Análise dos dados. A análise dos dados envolveu: a) caracterização do processo terapêutico através dos itens do CPQ mais e menos característicos em cada sessão, na média das 40 sessões e na média de cada fase do tratamento; b) descrição dos itens que variaram ao longo do tempo e de acordo com cada fase no tratamento; c) determinação da adesão ao protótipo de psicoterapia psicanalítica; e d) identificação e análise das estruturas de interação. Estas análises foram realizadas utilizando o SPSS 23.0.

Para identificar as estruturas de interação, os escores compostos das sessões de psicoterapia foram submetidos à análise fatorial de componentes principais com rotação varimax. Correlações de Pearson foram utilizadas para analisar mudanças nas estruturas de interação resultantes ao longo do tempo, para determinar se a variação dos itens do CPQ ao longo do tempo foi significativa, e para

verificação de adesão aos protótipos (Goodman et al., 2015). Para avaliar os itens do CPQ que variaram significativamente entre os quatro tempos da psicoterapia foi realizada uma MANOVA, tendo os 100 itens do CPQ como variáveis dependentes. Nesta análise, foi encontrada diferença estatística significativa entre as etapas (*Lambda de Wilks* $p = .016$). Para identificar entre quais períodos encontravam-se as diferenças foi utilizado o teste *PostHoc de Tukey*.

Resultados

Um exame dos dez itens mais e menos característicos do CPQ em todas as 40 sessões possibilitou capturar o tom geral do tratamento de Alice (Tabela 3). Destaca-se que o conjunto de itens mais característicos do processo são compostos, na sua maioria, por itens referentes ao comportamento da terapeuta e que o conjunto menos característico, também na sua maioria, é formado por itens da criança.

Tabela 3.

Dez itens do CPQ mais e menos característicos do processo de psicoterapia de Alice

Itens do CPQ	Média	DP
Itens mais característicos		
31 - T solicita mais informação ou elaboração.	8.28	.57
6 - T é sensível aos sentimentos da C.	8.20	.55
28 - T percebe acuradamente o processo terapêutico.	8.06	.65
3 - Os comentários do T visam a encorajar a fala da C.	7.70	.79
88 - O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da C	7.56	.65
76 - T faz ligações entre sentimentos e experiências da C.	7.45	.78
77 - A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	7.35	.85
23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.	7.25	.68
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	7.25	.76
82 - T ajuda C a manejar os sentimentos.	7.16	.98
Itens menos característicos		
9 - T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	1.12	.25
41 - C não se sente compreendida pelo T.	1.62	.69
40 - C se comunica sem afeto.	1.72	.48
5 - C tem dificuldade para compreender os comentários do T.	1.73	.54
18 - T é crítico e transmite falta de aceitação.	1.77	.59
56 - C está distante dos seus sentimentos.	1.91	.45
17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	1.97	.86
26 - C é socialmente não sintonizada ou inapropriada.	2.02	.47
42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações do T.	2.15	.46
58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	2.43	.99

Nota: C = criança, T = terapeuta

Um olhar sobre os itens com as maiores e menores médias sugere que, neste tratamento, a terapeuta mostrou-se sensível (6), afetivamente engajada (9) e confiante (86), conseguindo perceber acuradamente o processo terapêutico (28). A terapeuta não estruturava a sessão (17) e nem fazia críticas às preocupações da menina (18), ajudava-a a manejar seus sentimentos (82) e encorajava a menina a se expressar verbalmente (3, 31). Assim, Alice conseguia expressar seu afeto (40), sentia-se compreendida pela terapeuta (41) e respondia às perguntas e ao jogo de forma mais elaborada, com comentários e/ou associações às intervenções da terapeuta (42), mostrando-se disposta a examinar seus pensamentos e sentimentos (58). A sessão terapêutica, geralmente, tinha um tema ou foco específico (23), o material trabalhado era relacionado aos principais conflitos da criança (88) e ambas mostravam-se sintonizadas, estabelecendo uma interação esperada para a fase de desenvolvimento da menina (77).

Alguns itens do CPQ apresentaram uma variação significativa ao longo do tempo, se considerarmos o tratamento como um todo (as 40 sessões). No início do tratamento, a terapeuta buscava encorajar mais a fala da criança, apresentando uma diminuição dessa forma de intervenção com o passar das sessões (item 3, $r = -.46$, $p = .00$). A terapeuta percebeu o processo de forma mais acurada ao longo do tempo (item 28, $r = .41$, $p = .00$), interpretando mais os desejos e sentimentos inconscientes (item 67, $r = .37$, $p = .02$) e menos as defesas (item 36, $r = -.37$, $p = .02$), buscando colocações mais exploratórias e metafóricas no lugar de instruções educativas (item 37, $r = -.41$, $p = .01$). Ao mesmo tempo em que passou a colocar menos limites (item 48, $r = -.46$, $p = .00$), expressou mais opiniões (item 93, $r = -.42$, $p = .01$) e ofereceu mais orientações explícitas à criança sobre seu comportamento fora da sessão (item 27, $r = .34$, $p = .04$).

A terapeuta, com o passar do tempo, fez mais afirmações sobre o final da sessão, o próximo final de semana ou as férias (item 52, $r = .47$, $p = .00$), alertando e preparando a criança para uma separação próxima. E tanto a criança quanto a terapeuta falaram cada vez mais no decorrer do processo sobre interrupções e pausas no tratamento (item 75, $r = .53$, $p = .00$).

A criança, com o passar do tempo, mostrou-se bastante atenta as interações sociais (item 26, $r = -.31$, $p = .04$) e mais ativa (item 72, $r = .43$, $p = .00$). Diante de comentários da terapeuta, ela passou a responder com jogo mais elaborado com comentários e associações (item 42, $r = -.32$, $p = .04$), adquirindo novas compreensões no curso da sessão (item 32, $r = .44$, $p = .00$). O sentimento da criança, suas atitudes e percepções de si mesma passaram a ser um tema bastante presente (item 35, $r = .38$, $p = .01$), e ao contrário, a discussão sobre os pais da criança passou a ser mais aparentemente evitada (item 96, $r = -.31$, $p = .04$). Identificou-se também que a menina diminuiu esforços para conter ou regular os sentimentos que estava experimentando (item 70, $r = -.44$, $p = .00$), demonstrando um comportamento mais independente do que inicialmente (item 80, $r = -.38$, $p = .015$) e parecendo menos tímida e envergonhada (item 61, $r = -.54$, $p = .00$).

Se considerarmos os quatro períodos do processo psicoterápico, no que tange à variação dos itens do CPQ, constata-se que 14 deles variaram de forma estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4.

Itens que variaram entre os quatro períodos do tratamento

Item	Descrição do item	Manova		Tukey	
		F	Tempos	Diferença das médias entre os períodos	Direção do item
4	Há discussão sobre por que a C está em terapia.	6.64**	1-2	1.66*	↓
			1-3	1.59 *	↓
			2-4	-1.68*	↑
			3-4	-1.60*	↑
32	C alcança uma nova compreensão ou insight.	3.95*	1-4	-2.71*	↑
35	A autoimagem da C é um tema.	3.64*	1-4	-1.52*	↑
43	T sugere o significado do comportamento dos outros.	3.60*	2-4	-.79*	↑
			3-4	-.67*	↑
46	T interpreta o significado do jogo da C.	3.91*	3-4	-1.27*	↑
48	T coloca limites.	4.81**	1-3	.72 **	↓
			1-4	.82**	↓
54	C é clara e organizada na sua expressão verbal.	2.94*	1-4	.90*	↓
61	C se sente tímida e envergonhada [vs. desinibida e segura].	4.25*	1-4	2.08*	↓
			2-4	1.60*	↓
67	T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes.	3.83*	1-2	-1.63*	↑
			1-3	-1.76*	↑
			1-4	-1.69*	↑
69	A situação de vida atual ou recente da C é enfatizada.	3.08*	1-3	1.40*	↓

75	Interrupções, pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.	7.12**	1-4 2-4 3-4	-2.51** -2.38** -2.19**	↑ ↑ ↑
87	T informa a C do impacto potencial do seu comportamento sobre os outros (não incluindo T).	3.03*	2-3	-.70*	↑
93	T é neutro.	3.66*	1-3	1.34*	↓
94	C se sente triste ou deprimida [vs. animada e alegre].	3,.64*	1-3	.96*	↓

Nota: C = criança, T = terapeuta

** $p < .01$ / * $p < .05$

Percebe-se que dos 14 itens que variaram em alguns dos quatro períodos do processo terapêutico, oito deles referem-se à criança e seis à terapeuta. Da fase um para a fase dois foram encontrados dois itens que variaram de forma significativa (4 e 67). O primeiro se refere à discussão sobre por que a criança está em terapia, o que diminui na segunda fase do processo. Já o segundo item que varia é se a terapeuta interpreta os desejos, sentimentos ou ideia rejeitados ou inconscientes, que aumenta no segundo momento.

Para a fase três do tratamento, quando ambas sabiam da gravidez e trabalhavam algumas questões relacionadas a esse assunto, a terapeuta passa a interpretar mais o significado do jogo da criança (46) e segue interpretando questões inconscientes da paciente (67), colocando menos limites (48), e sendo menos neutra (93). A situação atual da vida da menina é menos enfatizada (69), a menina apresenta sinais de estar mais desinibida (61), animada e alegre (94).

Na última fase do tratamento, vários itens apresentaram variação quando comparados a algum outro momento do tratamento. Novamente, aumentaram as discussões sobre os motivos para a criança estar em psicoterapia (4) e a terapeuta faz mais comentários sobre o significado do comportamento dos outros (43). Além disso, a terapeuta clarifica o significado do jogo da criança (46), evita colocar limites (48), informando a criança do impacto que o seu comportamento pode ter sobre os outros (87). Ela chama atenção para os sentimentos, pensamentos ou impulsos que podem não estar claros na consciência da menina (67). A menina apresenta mais *insights* a partir dos conteúdos da sessão (32), discutindo mais seus sentimentos e percepções sobre si mesma e conseguindo se expressar de forma que é facilmente compreendida, mais desinibida e segura (61).

Percebe-se que o item referente à discussão sobre o término do tratamento apresenta crescimento significativo ao longo dos períodos do tratamento.

No que diz respeito às estruturas de interação, a análise fatorial de componentes principais permitiu identificar cinco fatores conceitualmente interpretáveis, que representaram mais de 36,93% da variância do tratamento. Este resultado é consistente com outros estudos (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman et al, 2014, Ramires et al., 2015).

Tabela 5.

Estrutura de Interação 1 – Terapeuta sintonizada e com postura interpretativa com criança ativa, expressiva e demandante ($\alpha = .81$)

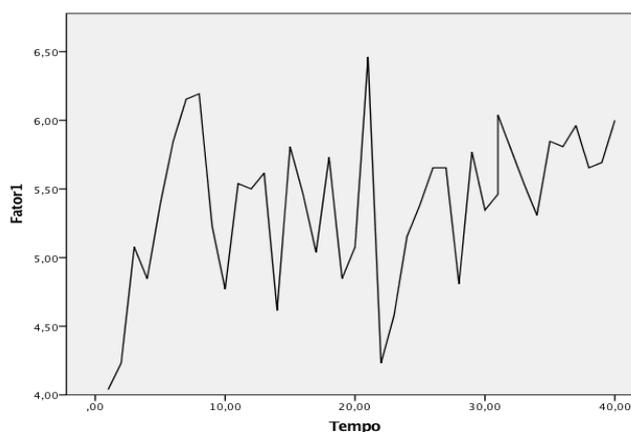
Itens do CPQ	Carga do Fator
28 - T percebe acuradamente o processo terapêutico.	.68
72 - C é ativa.	.66
29 - A qualidade do brincar da C é fluida, absorta [vs. fragmentada, esporádica].	.60
96 - Os pais da C são um tópico de discussão.	-.59
69 - A situação de vida atual ou recente da C é enfatizada.	-.54
46 - T interpreta o significado do jogo da C.	.54
22 - C expressa medos de ser punida ou ameaçada.	-.52
75 - Interrupções, pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.	.50
13 - C está animada ou excitada.	.50
83 - C é exigente.	.46
90 - Os sonhos ou fantasias da C são discutidos.	-.45
39 - C é competitiva, rivaliza com T.	.45
73 - C expressa medos ou mostra um comportamento fóbico.	-.43

Nota: C = criança, T = terapeuta

Percebe-se que nesta estrutura de interação a terapeuta faz uma análise acurada da experiência da criança no relacionamento terapêutico e a criança está calma e à vontade, brincando de forma fluída durante a sessão, competindo com a terapeuta e expressando expectativas de ser elogiada e protegida. Tanto a criança como a terapeuta falam de interrupções ao longo do processo e sobre o término do tratamento. Essa estrutura tornou-se mais característica ao longo das 40 sessões do tratamento ($r = .365, p < .05$). O gráfico 1 mostra a variação da estrutura 1 ao longo do tempo.

Gráfico 1.

Variação da estrutura de interação 1 ao longo das 40 sessões de psicoterapia

**Tabela 6.**

Estrutura de Interação 2 - Terapeuta sensível e suportiva com criança retraída e distante ($\alpha = .85$)

Itens do CPQ	Carga do Fator
99 - T oferece ajuda ou orientação.	.79
12 - T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	-.72
77 - A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	.62
27 - Há um foco em ajudar C a planejar seu comportamento fora da sessão.	.60
53 - C transmite consciência das próprias dificuldades internas.	-.56
71 - C se engaja no jogo de faz-de-conta.	-.56
91 - Uma fase anterior do desenvolvimento é um tópico.	-.54
26 - C é socialmente não sintonizada ou inapropriada.	-.53
81 - T enfatiza sentimentos para ajudar C a experimentá-los mais profundamente.	-.52
54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	.51
95 - O brincar da C carece de espontaneidade.	.51
44 - C se sente cautelosa ou desconfiada (vs. confiante e segura).	.50
10 - C procura maior intimidade com T.	-.48
40 - C se comunica sem afeto.	.47
93 - T é neutro.	-.45
47 - Quando a interação com C é difícil, T tenta se ajustar à C.	.42
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	.42

Nota: C = criança, T = terapeuta

A segunda estrutura de interação reflete uma interação sensível ao nível de desenvolvimento e às necessidades da menina. Alice apresentava cautela na relação com a terapeuta, com um jogo concreto e limitado pelas regras. A terapeuta mostrava-se confiante, oferecendo ajuda e orientação e tentando auxiliá-la. A criança expressava-se de forma clara e fluente, porém não parecia ter consciência de suas dificuldades internas. A terapeuta abordou o comportamento da criança fora da

sessão, explorando temas atuais, sem enfatizar as emoções. A estrutura de interação 2 não apresentou alterações significativas ao longo das 40 sessões ($r = .061$).

Tabela 7.

Estrutura de Interação 3 – Terapeuta didática e diretiva com criança agressiva e defensiva (projetiva) ($\alpha = .83$)

Itens do CPQ	Carga do Fator
34 - C culpa os outros, ou forças externas, pelas dificuldades.	.69
55 - T recompensa diretamente comportamentos desejáveis.	.68
66 - T é diretamente tranquilizador.	.65
85 - A agressividade da C é direcionada para ela mesma.	-.63
65 - T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da C.	.59
70 - C se esforça para controlar sentimentos ou impulsos.	-.56
87 - T informa a C do impacto potencial do seu comportamento sobre os outros (não incluindo T).	.56
84 - C expressa raiva ou sentimentos agressivos.	.51
38 - T e C demonstram um vocabulário ou compreensão compartilhada quando se referem a eventos ou sentimentos.	-.50
97 - T enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos.	.50
82 - T ajuda C a manejar os sentimentos.	-.48
57 - T tenta modificar distorções nas crenças da C.	.46
8 - C é curiosa.	-.43
51 - C atribui as próprias características ou sentimentos ao T.	.41

Nota: C = criança, T = terapeuta

A estrutura de interação 3 demonstra momentos em que a terapeuta mostrava-se mais didática e diretiva e a criança mais agressiva e defensiva (projetiva). Alice mostrava-se resistente, expressando e direcionando a raiva e/ou sentimentos agressivos para fora, não parecendo fazer esforço para conter ou regular os sentimentos que ela estava experimentando e nem mostrando curiosidade sobre os mesmos. Ela atribuía suas características ou sentimentos à terapeuta, que buscava reafirmar o tom afetivo das colocações, com o objetivo de tornar os seus significados mais evidentes, encorajando a criança a explorar e verbalizar pensamentos e sentimentos. Nessa estrutura de interação, a criança culpava os outros pelas dificuldades, enquanto a terapeuta era diretamente tranquilizadora e buscava informar à criança sobre o impacto potencial de seu comportamento sobre os outros, tentando modificar distorções nas suas crenças. Essa estrutura de interação não apresentou alterações significativas ao longo das 40 sessões ($r = .190$).

Tabela 8.

Estrutura de Interação 4 – Terapeuta diretivo com criança dependente, resistente e envergonhada. ($\alpha = .78$)

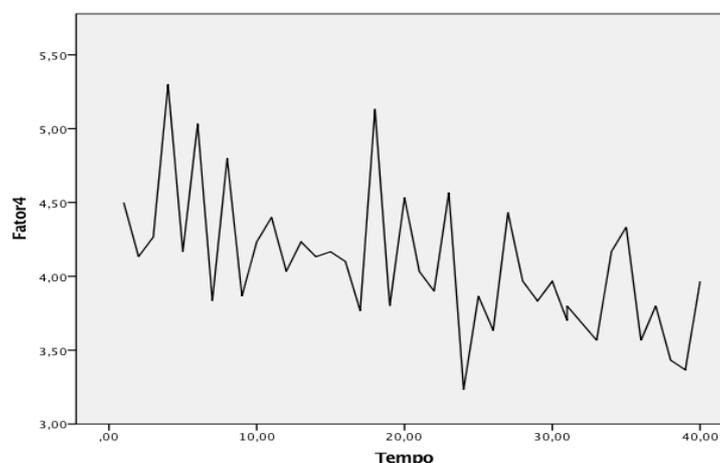
Itens do CPQ	Carga do Fator
100 - T faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos.	-.63
67 - T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes.	-.62
32 - C alcança uma nova compreensão ou <i>insight</i> .	-.57
49 - C transmite ou expressa sentimentos confusos ou conflituosos sobre T.	-.53
80 - C se comporta de uma maneira dependente [vs. insiste na independência].	.51
58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	.50
92 - Os sentimentos ou percepções da C são relacionados a situações ou comportamentos do passado.	-.50
9 - T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	.49
42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações do T.	.48
17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	.47
61 - C se sente tímida e envergonhada [vs. desinibida e segura].	.46
74 - O humor é utilizado.	-.45
48 - T coloca limites.	.41
59 - C se sente inadequada e inferior [vs. eficaz e superior].	.41
45 - T tolera os fortes afetos ou impulsos da C.	-.40

Nota: C = criança, T = terapeuta

A estrutura de interação 4 expressa a relação de uma terapeuta mais diretiva com uma criança dependente, resistente e envergonhada. A criança mostrava-se resistente em examinar o seu próprio papel nos problemas, expressando sentimentos confusos sobre a terapeuta, apesar de adotar um comportamento dependente. Expressava também sentimentos de inadequação e inferioridade, sentindo-se tímida e envergonhada. Houve rejeição das observações ou interpretações da terapeuta por parte de Alice nessa estrutura de interação, e mais colocação de limites e menor responsividade por parte da terapeuta. A paciente não alcançou nova compreensão de si mesma. As experiências atuais e passadas foram discutidas, mas não relacionadas. A atividade da terapeuta, durante esses períodos, não incluía tentativas de relacionar os aspectos interpessoais da terapia com experiências de outros relacionamentos, mesmo quando existiam oportunidades para fazer isso. Essa estrutura tornou-se significativamente menos característica ao longo das 40 sessões de psicoterapia de Alice ($r = -.545, p < .01$)(Gráfico 2).

Gráfico 2.

Variação da estrutura de interação 4 ao longo das 40 sessões de psicoterapia.

**Tabela 9.**

Estrutura de Interação 5 – Terapeuta receptivo e apoiador com criança ansiosa. ($\alpha = .76$)

Itens do CPQ	Carga do Fator
31 - T solicita mais informação ou elaboração.	.57
2 - T comenta sobre o comportamento não verbal da C (ex. postura corporal, gestos).	-.54
4 - Há discussão sobre por que a C está em terapia.	.54
36 - T assinala o uso de defesas por parte da C.	-.51
79 - T comenta as mudanças no humor ou nas emoções da C.	-.51
64 - C inclui T no jogo.	-.50
63 - C explora relacionamentos com outros significativos.	.50
50 - T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela C (ex. raiva, inveja, ou excitação).	-.48
52 - T faz afirmações explícitas sobre o final da sessão, o próximo final de semana ou as férias.	.48
43 - T sugere o significado do comportamento dos outros.	.42
7 - C está ansiosa e tensa [vs. calma e descontraída].	.42
16 - Há discussão ou evidência de funções corporais (ex. movimentos intestinais).	-.40

Nota: C = criança, T = terapeuta

A estrutura de interação 5 revela uma terapeuta receptiva e apoiadora com uma criança ansiosa. A terapeuta buscava informações ou estimulava a criança para uma descrição mais detalhada, tentando interpretar o significado do comportamento das pessoas na vida da criança. A criança mostrava-se ansiosa e tensa, não incluía a terapeuta no jogo, porém explorava suas experiências de relacionamento com outros significativos. A terapeuta não colocava foco no comportamento não verbal e repetitivo da criança, não comentava as mudanças no humor e emoções e não assinalava o uso de defesas. Alertava e preparava a criança para uma separação próxima, apesar de evitar focar nos sentimentos ou reações considerados por Alice difíceis de

reconhecer e aceitar. A dupla discutia por que a criança estava em terapia. Essa estrutura de interação não apresentou alterações significativas ao longo das 40 sessões de psicoterapia da Alice ($r = .208$).

No que diz respeito à adesão aos protótipos, a psicoterapia aderiu aos três modelos analisados (PP, TCC e FR) de maneira significativa: $r = .687$ para PP, $r = .636$ para TCC e $r = .741$ para RF, todos com $p < .001$. Na tabela 10 estão descritos os itens do CPQ mais e menos característicos no tratamento de Alice que também integram os protótipos PP, TCC e FR.

Tabela 10.

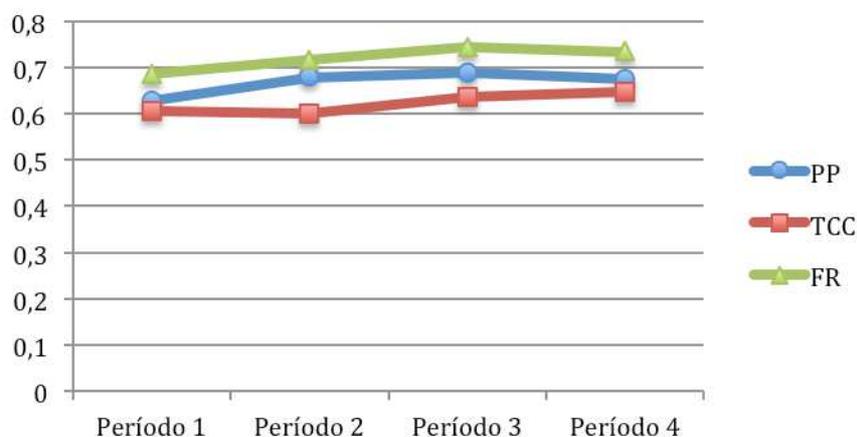
Itens mais e menos característicos da psicoterapia de Alice que compõem os protótipos PP, TCC e FR.

Itens mais característicos		
PP	TCC	FR
6 – T é sensível aos sentimentos da criança	3- Os comentários do T visam encorajar a fala de C.	6 – T é sensível aos sentimentos da criança.
76- T faz ligações entre sentimentos e experiências da criança.	23- A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.	28 – T percebe acuradamente o processo terapêutico.
	82- T ajuda C a manejar os sentimentos.	77- A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.
	88 – O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos de C.	-
Itens menos característicos		
PP	TCC	FR
9- T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	9- T não é responsivo [vs. Afetivamente engajado].	9- T não é responsivo [vs. Afetivamente engajado].
17- T ativamente exerce controle sobre a interação.	58 – C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	5 – C tem dificuldade para compreender os comentários do T.
18- T é crítico e transmite falta de aceitação.	18- T é crítico e transmite falta de aceitação.	18- T é crítico e transmite falta de aceitação.
	40- C se comunica sem afeto.	40- C se comunica sem afeto.
41- C não se sente compreendida pelo T.	41- C não se sente compreendida pelo T.	41- C não se sente compreendida pelo T.
	56- C está distante dos seus sentimentos.	56- C está distante dos seus sentimentos.

Quando considerados os quatro períodos do tratamento, a psicoterapia segue aderindo aos três protótipos (Tabela 11), apresentando uma pequena variação conforme os períodos da psicoterapia de Alice (Gráfico 3).

Gráfico 3.

Adesão aos protótipos de acordo com os períodos da psicoterapia de Alice

**Tabela 11.**

Adesão aos protótipos nos quatro períodos do tratamento de Alice

	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4
PP	.63**	.68**	.69**	.68**
TCC	.61**	.60**	.64**	.65**
FR	.69**	.72**	.75**	.74**

** $p < .01$.

Discussão

Este estudo apresenta uma primeira tentativa de identificação de estruturas de interação específicas da psicoterapia psicanalítica de uma criança diagnosticada com Transtorno de Adaptação, conduzida por uma terapeuta grávida. A criança com Transtorno de Adaptação, necessariamente, passou por alguma situação importante que foi difícil de elaborar psiquicamente e apresenta sintomas em função disso (APA, 2013). Ao mesmo tempo, a literatura aponta que pode ser um momento difícil num tratamento e de maior insegurança para as crianças quando sua terapeuta engravida (Ashway, 1984; Callanan, 1985; Paluszny e Poznanski, 1971; Simonis-Gayed & Levin, 1994).

No caso de Alice, percebe-se que a menina teve perdas importantes que acarretaram uma mudança estrutural em sua família. Apesar disso, ela conseguiu vincular-se à terapeuta de forma

rápida e levar para a sessão questões que lhe eram pertinentes e que geravam sofrimento. Ao longo de todo o tratamento, a menina comunicava-se com afeto bem modulado, respondendo com jogo mais elaborado às intervenções da terapeuta e mostrando-se aberta a examinar seus conflitos e sentimentos. A terapeuta mostrou-se afetiva e engajada, utilizando de diversas técnicas para auxiliar a menina na comunicação de seus pensamentos e sentimentos e na compreensão de seus significados.

No curso do tratamento, houve variações no processo e que estão presentes também nas estruturas de interação. A terapeuta percebeu de forma mais acurada o processo terapêutico com o passar do tempo, interpretando mais conteúdos inconscientes, tornando-se menos didática e assinalando menos as defesas da menina. Ambas características de interpretação compõem o protótipo da PP (Goodman et al., 2015), porém é possível que a terapeuta tenha percebido que a menina respondia mais a um tipo de interpretação do que o outro. Chama atenção que a menina não respondia à interpretações de defesa, talvez demonstrando uma dificuldade para conseguir trabalhar suas perdas. Com isso, Alice rejeitou menos as interpretações da terapeuta, mostrou-se mais sintonizada socialmente, conseguindo falar sobre como ela se percebia e as questões de sua vida que a preocupavam, sem precisar do encorajamento da terapeuta para isso, adquirindo novos *insights*. Identificou-se também que a menina diminuiu esforços para conter ou regular os sentimentos que estava experimentando, demonstrando um comportamento mais independente do que inicialmente e parecendo menos tímida e envergonhada, o que está dentro do esperado que seja trabalhado no curso de uma psicoterapia psicanalítica (Eizirik & Hauck, 2007; Kernberg, 2006; Williams, 2007).

Ao mesmo tempo, é importante refletirmos sobre alguns motivos pelos quais a discussão sobre os pais passou a ser aparentemente evitada, a terapeuta ter colocado menos limites e expressado mais suas opiniões. Essas não parecem ser características que compõem algum dos três protótipos estudados, além de irem na direção contrária à técnica psicanalítica (Goodman et al.,

2015). Alguns trabalhos com terapeutas grávidas demonstram que o impacto da gravidez da terapeuta ocorre em ambos na dupla (Wolfe, 2013). A gravidez da terapeuta parece oferecer um período em que terapeuta e paciente podem ir além dos limites, transcendendo a relação, por ser um momento em que ambos estão passando por mudanças complexas que podem ser simultaneamente emocionantes e turbulentas. A discussão sobre os pais da paciente poderia mobilizar sentimentos associados à transição para a maternidade experimentada pela terapeuta naquele momento, processo que catalisava sua energia psíquica e talvez limitasse a conexão com tais conteúdos da paciente (Etchegoyen, 1993; Luz et al., 2006). Além disso, falar sobre os pais de Alice significava discutirem todas as perdas da menina, principalmente a morte repentina de seu pai, o que parece que era difícil para ambas. A literatura aponta que todas as grávidas têm fantasias de morte com relação aos seus bebês e que as terapeutas grávidas podem ter preocupações de que as projeções e sentimentos do paciente possam prejudicar seu feto (Luz et al., 2006; Korenis & Billick, 2014).

Com relação à variação dos itens do CPQ conforme os quatro períodos da psicoterapia relacionados à gravidez, percebe-se que a maioria dos itens variou entre os períodos 2 e 3. No início do tratamento, da fase um para fase dois, houve poucas variações nos itens, que são esperadas em um tratamento psicanalítico, que seria discutir os motivos pelos quais a criança está ali e o aumento, com o passar do tempo, de interpretações de conteúdos inconscientes. Percebe-se que isso também é possível pelas capacidades da criança e pela sua abertura para discutir e examinar pensamentos, reações ao longo de todo o tratamento.

No terceiro período da psicoterapia, quando a notícia da gravidez foi revelada, ocorreram também questões importantes na vida familiar de Alice. A menina começou a roer unhas, ter rituais e manias, seus sintomas de dores de cabeça e estômago pioraram e ela não queria ir à aula. No final desse período, um familiar de Alice teve um grave problema cardíaco e sua mãe decidiu ficar em casa para cuidá-lo. Esse momento do tratamento apresenta um maior número de variações nos itens do CPQ. É preciso considerar que, além de ser um momento em que ambas sabiam da gravidez da

terapeuta, já tinham passado pelos menos 17 sessões (17-33), ou seja, mais ou menos quatro meses de tratamento, um período que, provavelmente, já estava melhor estabelecida a relação terapêutica e com ela confiança e intimidade. Isso, provavelmente, permitiu que a terapeuta pudesse ter uma maior compreensão do caso, podendo interpretar o jogo e aprofundar os conteúdos inconscientes da menina. Esse período de maior vulnerabilidade do período familiar de Alice, somado à gravidez e a um possível sentimento de culpa da terapeuta, talvez explique o motivo para não colocar limites, não discutir a vida atual da criança e revelar mais informações pessoais (menor neutralidade).

Levanta-se a hipótese de que, em alguns itens do CPQ, seja mais possível que em outros identificar alguns sinais de repercussões da gravidez da terapeuta. A menina perguntava para a terapeuta sobre a gravidez, em algumas sessões, esta buscava explorar as fantasias, mas também respondia às perguntas. Nesse sentido, talvez a situação de vida atual e recente da criança possa ter ficado um pouco de lado, apesar de existirem muitos assuntos a serem trabalhados. A terapeuta, percebendo isso e o sofrimento da menina, parece ter flexibilizado os limites. De acordo com a literatura, é comum a terapeuta grávida ter sentimentos de culpa e sentir-se auto absorvida (Bienen, 1990; Diamond, 1992; Domash, 1984; Simonis-Gayed e Levin, 1994; Stockman & Grenn-Emrich, 1994; Tinsley & Mellman, 2003) e isso pode estar relacionado a uma ambivalência da terapeuta de seguir em frente com os atendimentos ou dedicar-se o tempo todo ao bebê.

Ao mesmo tempo, é um período em que terapeuta e paciente discutiram muito a pausa no tratamento para a licença maternidade. A menina possuía muitas fantasias sobre o momento do parto e da separação. Esses conflitos relacionados à gravidez da terapeuta são naturais e até esperados para os pacientes de forma geral (Ashway, 1984; Callanan, 1985; Paluszny e Poznanski, 1971; Simonis-Gayed & Levin, 1994), porém percebeu-se que para Alice eles ficaram bastante intensificados, talvez pela sua psicopatologia que estava associada a perdas importantes em sua vida. Coincidentemente ou não, após saber da gravidez, Alice teve sua primeira e única falta no tratamento e a mãe começou a relatar que os sintomas pioraram. Somou-se a isso a doença do

familiar próximo, e a mãe começou a alegar dificuldades financeiras para manter o tratamento. Sabe-se que existiam questões financeiras reais e bem importantes para essa família, mas também parece que existia uma dificuldade de lidar com a separação, o abandono e a perda. Não sabemos se a morte repentina do pai acionou esses conflitos, ou se já era algo anterior, mas fica evidente que diante do anúncio da separação da terapeuta, mesmo que transitória, juntamente com a doença do familiar, que talvez anuncia uma separação definitiva, mãe e filha apresentam maior ansiedade através dos sintomas da menina. Sintomas esses significativos quando aparecem na história de alguém que desenvolveu um Transtorno de Adaptação após perdas e separações importantes.

Com todas essas situações ocorridas na fase três do tratamento e com o período de dois meses e meio de distância, parece que ficou difícil para a menina retornar ao tratamento, sendo necessária alguma persistência por parte da terapeuta. Diferentemente do que a mãe dizia na fase três, agora a menina estava melhor, seus sintomas foram superados, porém as dificuldades financeiras aumentaram e a mãe expressou o desejo de alta.

No quarto e último período do tratamento, o clima já é de despedida, aquele momento que poderia ser para se falar mais sobre a gravidez, sobre como foi ficar durante toda licença maternidade longe da terapeuta não teve espaço nem tempo de ser trabalhado. Alice retornou para o tratamento com suas sessões determinadas até o final. Isso se expressou de forma clara no item do CPQ que diz respeito às interrupções e pausas no tratamento, que novamente cresceu de forma significativa. Cabe comentar que esse item apresentou uma variação importante em quase todas os períodos do tratamento, tendo sido algo muito trabalhado. Chama atenção, pois esse é o conflito principal da menina, lidar com perdas e separações, que estava sendo revivido de forma real no *setting* terapêutico.

Na fase final do tratamento, terapeuta e paciente voltaram a trabalhar as questões que tinham levado a menina à terapia e os sentimentos da criança, atitudes e percepções de si mesma. A menina mostra-se mais desinibida e segura, expressando-se de forma clara e fluente e alcançando novas

compreensões e *insights* a partir do que emergia no curso das sessões. Algumas características da postura da terapeuta mantiveram-se na mesma direção, aumentaram as interpretações do jogo e o trabalho sobre questões inconscientes, assim como a não colocação de limites em momentos apropriados.

Percebe-se que alguns itens do CPQ mostraram variação significativa somente quando consideramos os quatro períodos e não se consideramos ao 40 sessões globalmente. Assim, percebe-se que a hipótese 2 se confirma, na medida em que são identificados mudanças (itens do CPQ que variaram) de acordo com os diferentes períodos do tratamento relacionadas à gravidez da terapeuta. Resultado que vai ao encontro da grande maioria dos estudos que coloca que a gravidez da terapeuta influencia o *setting* de forma acentuada (Bienen, 1990; Chiamonte, 1986; Cole, 1980; Diamond, 1992; Domash, 1984; Korenis & Billick, 2014; Korol, 1995; Napoli, 1999; Rosenthal, 1990; Stockman & Green_emrich, 1994; Tinsley & Mellman, 2003; Tonon et al., 2012, Underwood & Underwood, 1976).

Foram identificadas cinco estruturas de interação na psicoterapia de Alice, confirmando a hipótese 1 formulada nesse estudo. Três estruturas descrevem matrizes de transferência-contratransferência positivas (1, 2 e 5) e duas matrizes de transferência-contratransferência negativas (3 e 4). A estrutura de interação 1 revela uma terapeuta sintonizada, com postura interpretativa, interagindo com uma criança ativa, expressiva. Esse padrão de interação teve sua magnitude intensificada ao longo do tratamento. Nessa estrutura de interação, a importância do jogo pode ser observada, o que vai ao encontro do que muitos autores enfatizam sobre a psicoterapia de crianças e como se trabalha sua problemática através do jogo e da relação terapêutica (Zavaschi, Bassols, Bergmann & Costa, 2005).

A segunda estrutura de interação descreve um padrão de relacionamento em que a menina mostrava-se mais retraída e distante. A terapeuta mostrava-se sensível e buscava se ajustar às necessidades da menina. Diante das dificuldades a terapeuta interviu de maneira ativa, nessa

estrutura de interação. A terapeuta de crianças, por vezes, exerce na transferência um papel materno, de orientação, acolhimento e suporte, principalmente quando os adultos que as rodeiam são frágeis e não conseguem exercer esse papel (Byrnes, 2000; Callanan, 1985; Luz et al., 2006; Tyson & Eizirik, 2005). Uma hipótese que pode ser levantada é que o fato da terapeuta estar grávida possa ter favorecido tais intervenções e também uma maior sensibilidade às dificuldades da criança e de sua mãe, com menos neutralidade nessas situações. A transferência materna que se estabelece com a terapeuta grávida pode ter implicações significativas no processo terapêutico, podendo ser potencialmente perturbadoras e/ou facilitadoras (Araújo, 2005; Bassen, 1998).

A estrutura de interação 5 descreve um padrão de interação em que a paciente mostrava-se tensa, ansiosa, e a terapeuta receptiva. Suas intervenções buscavam explorar e aprofundar as informações, sem focalizar defesas ou outras estratégias mais interpretativas. Houve trabalho sobre separações (pausas, interrupções no tratamento) e também sobre o relacionamento com outros significativos. Pode-se levantar a hipótese de que essa estrutura de interação tenha constituído um momento preparatório para outros momentos em que foi possível o uso de interpretações, por exemplo, cuja presença no tratamento de Alice também foi constatada. A estrutura de interação 5 pode parecer, inicialmente, semelhante à estrutura de interação 2, mas, no segundo caso a criança estava mais resistente e a terapeuta teve uma postura mais ativa, como se pode observar nos itens que a compõem (ver Tabela 6), enquanto no primeiro a criança estava tensa e ansiosa, e a terapeuta acolheu e foi continente frente a esse estado da menina.

Levanta-se a hipótese de que a estrutura de interação 3 revela uma matriz de transferência-contratransferência negativa, quando a criança mostrava-se agressiva e defensiva, e a terapeuta assumia uma postura mais didática e diretiva. Não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre estas posturas de paciente e terapeuta, mas uma hipótese explicativa que se levanta diz respeito ao fenômeno descrito pela literatura, que aponta que a contratransferência na psicoterapia de crianças aflora pela intensidade e pelos conflitos atuados pela criança no *setting*, o que produz

sentimentos no psicoterapeuta, que compreendendo, consegue aproveitá-lo como instrumento favorável ao processo (Zavaschi & Bassols, 2006). Já quando a psicoterapeuta está grávida, os sentimentos evocados podem ser ainda mais intensos e a hostilidade do paciente é capaz de desencadear ansiedades na terapeuta grávida (Luz et al., 2006). Podem surgir medos, ansiedades primitivas sobre o interior do corpo, receio de danificar o feto ou ser machucada por ele, podendo haver uma intensificação do uso de defesas, necessitando assim proteger o feto e conseqüentemente afastar-se das angústias do paciente (Etchegoyen, 1993).

Na estrutura de interação 4, a criança mostra-se mais dependente, resistente e envergonhada e a terapeuta mais diretiva. A estrutura de interação 4 diminuiu de forma estatisticamente significativa no decorrer do tratamento, e talvez ela revele um padrão de interação mais presente no início da psicoterapia, que descreve dificuldades iniciais num processo dessa natureza como relutância e embaraço do paciente e uma necessidade mais presente da terapeuta intervir no sentido de estimular o paciente. Em momentos como esse, o uso de interpretações fica muito mais limitado, dada a necessidade de trabalhar para colocar em marcha o processo terapêutico.

A partir da descrição detalhada do processo e dos dez itens do CPQ mais e menos característicos da psicoterapia de Alice e das estruturas de interação formadas, ficam mais claros os motivos pelos quais a psicoterapia aderiu aos três protótipos. Percebe-se que itens do CPQ comuns aos três protótipos estão presentes no grupo dos itens mais e menos característicos desse processo terapêutico. Goodman et al. (2015), ao analisarem os protótipos da psicoterapia de crianças, encontraram que o protótipo da PP foi moderadamente correlacionado com o protótipo de TCC, com seis itens compartilhados. Os autores discutem que a função reflexiva parece ser um fator comum nas psicoterapias, integrando ambos os protótipos (PP e TCC), na forma como esses modelos de tratamento são conceituados pelos seus especialistas. No presente estudo, também podemos observar esse fenômeno, em que muitos dos itens mais e menos característicos do processo terapêutico estão relacionados à função reflexiva. Esses itens buscam favorecer a reflexão

da paciente, comunicar os estados mentais da criança, favorecendo que ela se sinta segura em explorar sua própria mente na relação terapêutica. De acordo com Goodman et al. (2015), os modelos de tratamentos de crianças, em geral, são mais semelhantes do que, conceitualmente, os modelos de tratamentos de adultos, existindo uma ênfase particular em elementos relacionais fundamentais. As características únicas de trabalhar com crianças pode exigir envolvimento afetivo, uma abordagem mental, bem como sintonia linguística e afetiva, características comuns em todos os modelos de tratamento de crianças e que estão expressos nos itens correspondentes ao protótipo da função reflexiva. Com isso, a hipótese 3 do estudo foi parcialmente confirmada, na medida em que a psicoterapia aderiu ao protótipo da PP, mas também aos outros dois protótipos, TCC e FR, o que pode ser explicado pelas considerações acima. Palmer et al. (2013) discutem que é um erro confundir a teoria psicanalítica com técnica psicanalítica, e que a psicoterapia psicanalítica ainda não encontrou a melhor configuração e o modo mais eficaz de atingir seus objetivos terapêuticos. Os autores colocam que muitas aplicações não tradicionais de terapia psicanalítica acabam sendo comumente usados nas mesmas.

Retomando o objetivo deste estudo, levanta-se a hipótese de que a gravidez da terapeuta teve repercussões no processo terapêutico da paciente. Isso pode ser observado no comportamento dos itens do CPQ ao longo das 40 sessões e em algumas estruturas de interação. A gravidez, além de provocar reações transferenciais nos pacientes, aciona vivências próprias e pessoais na terapeuta, sendo importante considerar e compreender as respostas contratransferenciais para o andamento do tratamento (Cole, 1980; Tinsley & Mellman, 2003).

Foi possível verificar que o CPQ revelou-se um instrumento que permite uma análise acurada do processo de psicoterapia sendo útil para pesquisas e para supervisão clínica. O conhecimento derivado do CPQ e da supervisão clínica podem ser considerados em conjunto na elaboração das estratégias de tratamento.

Deve-se considerar que não necessariamente as estruturas de interação identificadas aconteceram somente pelo fato da terapeuta estar grávida ou pelas características e psicopatologia da menina. Outro paciente com uma terapeuta grávida poderia ter respondido de forma diferente. Assim, o presente estudo não resolve formalmente a questão da influência da gravidez da terapeuta no processo psicoterápico e nas estruturas de interação que se estabelecem. O que podemos dizer, no mínimo, é que uma psicoterapeuta grávida pode despertar um conjunto importante de sentimentos no paciente que, em última instância, influencia o estabelecimento, a manutenção e a compreensão ou não das estruturas de interação.

Outro ponto importante que emerge a partir deste estudo é que as estruturas de interação podem se intensificar ou diminuir ao longo do tempo, como outros estudos já mostraram (Schneider et al, 2010, Goodman et al., 2014, Ramires et al., 2015) e como ocorreu no presente estudo com as estruturas de interação 1 e 4. Na psicoterapia de Alice, a terapeuta parece ter percebido que a paciente precisava no início do processo de mais direções e auxílios, já que se mostrava tão dependente e resistente. E com a passagem do tempo, foi possível maior sintonia e trabalhar mais de forma interpretativa. Identifica-se que a terapeuta conseguiu, na maior parte do tempo, compreender as espirais negativas se que apresentavam no processo, de forma que não se enraizassem. A supervisão clínica do caso e a análise pessoal da terapeuta também são importantes para o desfecho dos tratamentos, especialmente quando estabelecem-se desconexões entre a dupla, colocando o tratamento de volta nos trilhos (Goodman et al., 2015).

Considerações finais

Os resultados deste estudo retrataram uma experiência de encontro entre uma criança com Transtorno de Adaptação e uma terapeuta que engravidou ao longo do processo psicoterápico, demonstrando a complexidade de fenômenos e fatores envolvidos nessa psicoterapia. O estudo das estruturas de interação revelou-se muito frutífero para analisar o processo psicoterapêutico como

um todo e proporciona muitos aprendizados e *insights*. Este estudo, por ser naturalístico, demonstra um olhar tal qual a prática clínica. Além disso, o CPQ mostrou-se um procedimento capaz de captar as particularidades da relação terapêutica e de questões intersubjetivas, permitindo descrever o processo terapêutico e conhecer as estruturas de interação envolvidas ao longo do tempo. Assim, espera-se que estes resultados sejam úteis tanto para pesquisadores como para clínicos da área.

A constatação da forma como o trabalho terapêutico se constrói a partir da díade é muito importante e pode ajudar pesquisadores e psicoterapeutas a pensar as particularidades de cada psicoterapia. Também ficou clara a contribuição da terapeuta no processo. Apesar de todo terapeuta ter sua orientação teórica, parece que, durante a psicoterapia, ele precisa aderir ao paciente, mostrando-se sintonizado com as demandas de cada criança em particular. Mesmo assim, o estudo e treinamento de habilidades globais como empatia, transferência, contratransferência e técnica são muito importantes para embasar o trabalho e manter o terapeuta direcionado para a tarefa de auxiliar o paciente a compreender os seus conflitos. O conhecimento empírico de estruturas de interação em potencial podem ajudar terapeutas em sua conceituação de casos similares ou em sua interpretação de processos e de como eles se desenvolvem com crianças com transtorno de adaptação.

O estudo apresenta algumas limitações importantes. O número de sessões de psicoterapia relativamente baixo, a forma como ocorreu o término do tratamento, concomitante, ao retorno da licença maternidade da terapeuta, são fatores que podem embaçar o entendimento dos resultados. Um estudo de caso único também revela limitações, já que não pode produzir, por ele mesmo, generalizações. Assim, não se pode afirmar que sessões de psicoterapia de crianças com transtornos de adaptação e terapeuta grávida caracterizem-se sempre dessa forma. Mas, podemos considerar que, somando-se aos outros estudos existentes com terapeutas grávidas, essa investigação ilustrou de forma clara a teoria existente.

O CPQ também apresenta algumas limitações para capturar todos os detalhes do processo, justamente por ser um instrumento objetivo, quantitativo e panteórico, podendo, por vezes, não captar toda a extensão e complexidade do processo psicoterápico com crianças. Apesar disso, é um instrumento importante por possibilitar uma maior aproximação com a prática clínica.

São necessários outros estudos sobre as estruturas de interação com crianças com transtorno de adaptação e também com outros quadros psicopatológicos para um maior aprofundamento da teoria sobre processo terapêutico. Da mesma forma, ampliar a compreensão das repercussões da psicoterapeuta estar grávida na psicoterapia psicanalítica de crianças é importante para o campo de estudos relativos às intervenções psicoterápicas destinadas a essa população.

Referências

- Ablon, S. J., & Jones, E. (2005). On analytic process. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition*. Washington, DC: Author.
- Araújo, M. (2005). Gênero e Psicoterapia. In: Eizerik, C.L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S.(2005). *Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos*. 2 Ed, Porto Alegre: Artmed.
- Ashway, J. A. (1984). A therapist's pregnancy: An opportunity for conflict resolution and growth in the treatment of children. *Clinical Social Work Journal*,12(1), 3-17.doi: 10.1007/BF00778590.
- Bassen, C. R. (1988). The impact of the analyst's pregnancy on the course of the analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 8 (2), 280-298. doi: 10.1080/07351698809533723.
- Beutler, L., E., Malik, M., Ali Mohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In: Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change*, 227-306. New York: John Wiley & Sons.
- Bienen, M. (1990). The pregnant therapist: Countertransference dilemmas and willingness to explore transference material. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(4), 607. doi: 10.1037/0033-3204.27.4.607.
- Byrnes, M. J. (2000). *The impact of therapist pregnancy on the process of child psychotherapy* (Doctoral dissertation). Retirado de ProQuest (AAI9982603).
- Callanan, D. L. (1985). Children's Reactions to Their Therapist's Pregnancy. *Child Psychiatry*

and *Human Development*, 16(2), 113-119. Retirado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00705945#page-1>

Carvalho, C. (2014). *Análise das mudanças e do processo terapêutico no primeiro ano da psicoterapia psicanalítica de uma criança* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos). Retirado de <http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/00000c/00000c0c.pdf>

Ceitlin, L. H. F., Wiethaeuper, D., & Goldfred, P. R. M. (2003). Outcome research in psychoanalytic psychotherapy: the effect of the therapist as a variable. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 81-95.

Chiaromonte, J. A. (1986). Therapist pregnancy and maternity leave: maintaining and furthering therapeutic gains in the interim. *Clinical Social Work Journal*, 14 (4), 335-347. doi: 10.1007/BF01892594

Cole, D. (1980). Therapeutic Issues Arising From the Pregnancy of the Therapist. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 17 (2), 210-213. doi: 10.1037/h0085913

Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39 (3), 233-244.

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.

Diamond, D. (1992). Gender-Specific Transference Reactions of Male and Female Patients to the Therapist's Pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (3), 319-345. doi: 10.1037/h0079379

Domash, L. (1984). The preoedipal patient and pregnancy of the therapist. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14 (2), 109-119. Doi: 10.1007/BF00946309

- Dyson, E. & King, G. (2008). The pregnant therapist. *Psychodynamic Practice*, 14 (1), 27-42.
doi: 10.1080/14753630701768958.
- 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.
- Eizirik, C. L., & Hauck, S. (2007). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: A.V. Cordioli (Org). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp.151-166). 3a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Etchegoyen, A. (1993). The analyst's pregnancy and its consequences on her work. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 141-149.
- Fallon, A. E., & Brabender, V. (2003). *Awaiting the therapist's Baby: A Guide for Expectant Parent-practitioners*. Routledge.
- Filho, I. A. P. (2010). The analyst's subjectivity in the labyrinths of cure. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 12 (2), 425-435.
- 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.
- Goodman, G., Edwards, K., & Chung, H. (2014). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87, 15-31.
- Goodman, G.; Midgley, N., & Schneider, C. (2015). Expert clinicians' prototype of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Jones, E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-

- behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Jones, E. E. (1988). Manual for the Psychotherapy Process Q-set. University of California at Berkeley, unpublished.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy*. London: Jason Aronson Inc.
- Jones, E. (2001). Therapeutic Action: A New Theory. *American Journal Of Psychotherapy*, 55 (4): 460-474.
- Goodman, G., & Mavrides, L. (2010). Countertransference, process, and outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Book of Abstracts: Society for Psychotherapy Research*, Asilomar, CA. Retirado de:
http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/events/asilomar/downloads/asilomar_boa.pdf.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.
- Kennedy, E. (2004). *Child and adolescent Psychotherapy: a systematic review of psychoanalytic approaches*. North Central London: Strategic Health Authority.
- Kennedy, E., & Midgley, N. (2007). *Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: a thematic review*. London: North Central London Strategic Health Authority.
- Kernberg, O. (2006). A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In: *Agressividade, narcisismo e autodestrutividade na relação psicoterapêutica* (pp.117-144). Lisboa: Climepsi.

- Korenis, P., & Billick, S.B. (2014). The Pregnant Therapist: The Effect of a Negative Pregnancy Outcome on a Psychotherapy Patient, *Psychiatry Q*, 85, 377-382. doi: 10.1007/s11126-014-9298-2.
- Korol, R. (1995). The impact of therapist pregnancy on the process. *Clinical Social Work Journal*, 23 (2), 159-171. doi: 10.1007/BF02191680
- Kramer, U.; De Roten, Y.; Michel, L.; Despland, J. N. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), Set-Out, 408-417. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.616>
- Luz, A. B., Keidann, C. E., & Dal Zot, J. S. (2006). Contratransferência e os Fatores da Vida Pessoal do Psicoterapeuta e/ou psicanalista. In: Zaslavsky, J., Santos, M. J. P. (2006). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D. (2009). *Infância e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Midgley, N. (2007). Researching the process of psychoanalytic child psychotherapy. In E. Kennedy, & N. Midgley. *Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: a thematic review* (p. 8-53). London: North Central London Strategic Health Authority.
- 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.
- 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, 149–214. dx.doi.org/10.1016/j.chc.2012.12.001
- Paluszny, M. & Posnanski, E. (1971). Reactions of patients during pregnancy of the psychoterapist. *Child Psychiatry and Human Development*, 1(4), 226-275. doi: 10.1007/BF01441089

- Ramires, V. R. R. & Schneider, C. (no prelo). Elaboração da versão em português do Child Psychotherapy Q-set. Manuscrito submetido.
- Ramires, V. R. R., Carvalho, C., Gastaud, M. B., & Goodman, G. (2014). *Child psychoanalytic psychotherapy: A case study of the process and its outcomes*. Manuscript submitted for publication.
- 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).
- Rosenthal, E. S. (1990). The Therapist's Pregnancy: Impact on the treatment process. *Clinical Social Work Journal*, 18 (3), 213-226. doi: 10.1007/BF00755097
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Schneider, C. (2004). *The development of the child psychotherapy Q-set*. (Tese de Doutorado)
Retirado em: www.ipa.org.uk/images/.../153598midgleychap.pdf
- Schneider, C. & Jones, E. E. (2004) Child Psychotherapy Q-Set Coding Manual, Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Schneider, C., & Jones, E. E. (2012). Appendix IB. Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds). *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. (pp 611-626). New York: Human Press.
- Schneider, C., Midgley, N., & Duncan, A. (2010). A "motion portrait" of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl: Exploring interrelations of psychotherapy process and

outcome using the Child Psychotherapy Q-Set. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 9: 94-107.

Schneider, C., Pruetzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-Set. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Vuckovic-Nesic, & C. Urwin (Eds.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings* (pp. 72-84). New York, NY: Routledge.

Simonis-Gayed, D. & Levin, L. (1994). The therapist's pregnancy: children's transference and countertransference reactions. *Psychotherapy*, 31 (1), 196-200. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.196

Stockman, A. F., & Green-Emirich, A. (1994). Impact of Therapist Pregnancy on the Process of Counseling and Psychotherapy. *Psychotherapy*, 31 (3), 456-462. doi: 10.1037/0033-3204.31.3.456

Tinsley, J. A., Mellman, L. A. (2003). Patient Reactions to a Psychiatrist's pregnancy, *American Journal Psychiatry*, 160 (1), 27-31. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.27

Tanon, C. B., Romani, P. F., Grossi, R. (2012). The therapist's pregnancy and its consequences on the psychotherapeutic process. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28 (1), 87-92. doi: 10.1590/S0102-37722012000100011

Tyson, R., & Eizirik, C. L. (2005). Transferência. In C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, Schestatsky, S. S. e cols. *Psicoterapia de Orientação Analítica. Fundamentos teóricos e clínicos* (2ª ed.) (pp. 287-299). Porto Alegre: Artmed.

Underwood, M. M. & Underwood, E. D. (1976). Clinical observations of a pregnant therapist. *Social Work*, 21 (6): 512-514. doi: 10.1093/sw/21.6.512.

Williams, P. (2007). What is psychoanalysis? What is a psychoanalyst? In: E. Person, A. Cooper & G. Gabbard (Orgs). *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. American Psychiatric Pub.

- Wolfe, E. (2013). *The Therapist's Pregnancy and the Client-Therapist Relationship: an exploratory study*. (Doctoral Dissertation, Smith College School for Social Work) . Retrieved from: <https://dspace.smith.edu/handle/11020/24285>.
- Zavaschi, M. L. & Bassols, A. M. (2006). Contratransferência no atendimento de crianças. In: J. Zaslavsky & M.J. Santos. *Contratransferência teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Zavaschi, M. L., Bassols, A. M., Bergmann, D. S., & Costa, F. M. (2005). In: C. Eizirik, R. Aguiar, S. Schestatsky. *Psicoterapia de orientação analítica – fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 717 – 737). 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

Considerações Finais da Dissertação

A realização deste mestrado representou um momento de muito aprendizado e desenvolvimento, profissional e pessoal. Minha identificação com a área acadêmica e de pesquisa se consolidou neste período. Fazer pesquisa é deparar-se com perguntas e hipóteses todo o tempo e ir tecendo a construção do conhecimento. Acredito também que o que torna fascinante o campo da pesquisa é ele ter relação e implicação na prática clínica.

O caminho percorrido neste mestrado foi intenso, desafiador, motivador e apaixonante. Me deparei com muitas coisas novas, desconhecidas, como o CPQ, que me possibilitaram pensar, aprender e reaprender muitos construtos teóricos, o que repercutiu na minha prática clínica. Foi um processo que exigiu muita dedicação, responsabilidade, comprometimento, reflexões, construções e reconstruções todo o tempo. Essa experiência alimenta o desejo de continuar me aperfeiçoando e estudando esse tema.

A partir dos resultados encontrados nesta dissertação, é possível dizer que essa pesquisa contempla uma problemática importante e atual, tanto no que tange às repercussões da gravidez da terapeuta na psicoterapia de crianças como o estudo das estruturas de interação formadas com uma menina com diagnóstico de transtorno de adaptação. Esses resultados abrem espaço para discussões, reflexões e novas hipóteses de pesquisa. Assim como, anunciam a necessidade de poder-se discutir mais sobre a gravidez da terapeuta na graduação, nas formações clínicas e nos grupos de estudo.

É importante destacar também a qualidade e a sensibilidade do CPQ para captar e retratar o processo terapêutico de crianças. É um procedimento muito válido e quantitativo que proporciona estudar o processo de forma objetiva. Ficam claras também, sua capacidade de abrangência para a prática clínica, podendo ser mais adiante algo a ser incorporado na formação do psicoterapeuta.

Por fim, o intuito na realização deste trabalho foi contribuir com o conhecimento científico e motivar futuras pesquisa com essa temática. Espera-se que novos estudos venham a ratificar os resultados encontrados e que tragam importantes contribuições para o campo da pesquisa e da clínica.

Referências

- Fonagy, P. (2003). The research agenda: The vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 129-136.
- 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.
- Goodman, G.; Midgley, N., & Schneider, C. (2015). Expert clinicians' prototype of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. London: Jason Aronson Inc.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. New Opportunities to Bridge Clinical research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 63 (3), 146-159.
- Lhullier, L. A. & Roslindo, J. J. (2013). As Psicólogas Brasileiras: levantando a ponta do véu. In: Lhullier, L. A. (2013). *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília: CFP.
- Midgley, N. (2007). Researching the process of psychoanalytic child psychotherapy. In E. Kennedy, & N. Midgley. *Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: a thematic review* (p. 8-53). London: North Central London Strategic Health Authority.
- 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.

- Ramires, V. R. R., Carvalho, C., Schmidt, F. D. M., 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).
- Ramires, V. R. R. & Schneider, C. (no prelo). *Elaboração da versão em português do Child Psychotherapy Q-set*. Manuscrito submetido.
- 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: 94-107.
- Schneider, C., Pruetzel-Thomas, A. & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-Set. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Vuckovic-Nesic, & C. Urwin (Eds.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings* (pp. 72-84). New York, NY: Routledge.
- Target, M. & Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis of children: Prediction of outcome in a developmental context. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33 (8): 1134-44.
- Wolfe, E. (2013). *The Therapist's Pregnancy and the Client-Therapist Relationship: an exploratory study*. (Doctoral Dissertation, Smith College School for Social Work). Retirado de: <https://dspace.smith.edu/handle/11020/24285>

ANEXO A



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

Versão março/2008

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

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

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

Coordenadora:

Profa. Vera Regina Röhnelt Ramires (PPG em Psicologia)

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

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

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

São Leopoldo, 11 de maio de 2012.


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

ANEXO B



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

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

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

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

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

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

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

Nome do(a) Responsável

Assinatura

Profª. Drª. Vera Regina Röhnelt Ramires

Assinatura

Local

Data

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 11.12.12

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

.....
 P.P.

ANEXO C



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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Psicoterapeutas das Crianças)

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

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

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

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

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

 Nome do(a) Participante

 Assinatura

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

 Assinatura

 Local

 Data

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 15/10/2013

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

ANEXO D

Itens do *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ)

- Item 1: A criança expressa sentimentos negativos (ex. crítica, hostilidade) em direção ao terapeuta [vs. expressa aprovação ou admiração].
- Item 2: O terapeuta comenta sobre o comportamento não verbal da criança (ex. postura corporal, gestos).
- Item 3: Os comentários do terapeuta visam a encorajar a fala da criança.
- Item 4 Há discussão sobre por que a criança está em terapia.
- Item 5: A criança tem dificuldade para compreender os comentários do terapeuta.
- Item 6: O terapeuta é sensível aos sentimentos da criança.
- Item 7: A criança está ansiosa e tensa [vs. calma e descontraída].
- Item 8: A criança é curiosa.
- Item 9: O terapeuta não é responsivo [vs. afetivamente engajado].
- Item 10: A criança procura maior intimidade com o terapeuta.
- Item 11: Sentimentos ou pensamentos sexuais emergem.
- Item 12: O terapeuta modela emoções não ditas ou não elaboradas.
- Item 13: A criança está animada ou excitada.
- Item 14: A saúde ou sintomas físicos são discutidos.
- Item 15: A criança faz contato físico com o terapeuta.
- Item 16: Há discussão ou evidência de funções corporais (ex. movimentos intestinais).
- Item 17: O terapeuta ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).
- Item 18: O terapeuta é crítico e transmite falta de aceitação.
- Item 19: A criança pede conselhos ou informações.
- Item 20: A criança é provocadora; desafia o terapeuta ou as regras e limites da sessão.
- Item 21: O terapeuta revela informações sobre si.
- Item 22: A criança expressa medos de ser punida ou ameaçada.
- Item 23: A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.
- Item 24: Conflitos emocionais do terapeuta invadem o relacionamento.
- Item 25: A criança tem dificuldade de encerrar a sessão.
- Item 26: A criança é socialmente não sintonizada ou inapropriada.
- Item 27: Há um foco em ajudar a criança a planejar seu comportamento fora da sessão.
- Item 28: O terapeuta percebe acuradamente o processo terapêutico.
- Item 29: A qualidade do brincar da criança é fluida, absorta [vs. fragmentada, esporádica].
- Item 30: As aspirações ou ambições da criança são temas.
- Item 31: O terapeuta solicita mais informação ou elaboração.
- Item 32: A criança alcança uma nova compreensão ou *insight*.
- Item 33: A criança expressa sentimentos sobre a necessidade de alguém, ou estar próxima de alguém.
- Item 34: A criança culpa os outros, ou forças externas, pelas dificuldades.
- Item 35: A autoimagem da criança é um tema.
- Item 36: O terapeuta assinala o uso de defesas por parte da criança.
- Item 37: O terapeuta se comporta de uma maneira didática.
- Item 38: O terapeuta e a criança demonstram um vocabulário ou compreensão compartilhada quando se referem a eventos ou sentimentos.

- Item 39: A criança é competitiva, rivaliza com o terapeuta.
- Item 40: A criança se comunica sem afeto.
- Item 41: A criança não se sente compreendida pelo terapeuta.
- Item 42: A criança ignora ou rejeita os comentários e observações do terapeuta.
- Item 43: O terapeuta sugere o significado do comportamento dos outros.
- Item 44: A criança se sente cautelosa ou desconfiada (vs. confiante e segura).
- Item 45: O terapeuta tolera os fortes afetos ou impulsos da criança. 17
- Item 46: O terapeuta interpreta o significado do jogo da criança.
- Item 47: Quando a interação com a criança é difícil, o terapeuta acomoda a criança.
- Item 48: O terapeuta coloca limites.
- Item 49: A criança transmite ou expressa sentimentos confusos ou conflituosos sobre o terapeuta.
- Item 50: O terapeuta chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela criança (ex. raiva, inveja, ou excitação).
- Item 51: A criança atribui as próprias características ou sentimentos ao terapeuta.
- Item 52: O terapeuta faz afirmações explícitas sobre o final da sessão, o próximo final de semana ou as férias.
- Item 53: A criança transmite consciência das próprias dificuldades internas.
- Item 54: A criança é clara e organizada na sua expressão verbal.
- Item 55: O terapeuta recompensa diretamente comportamentos desejáveis.
- Item 56: A criança está distante dos seus sentimentos.
- Item 57: O terapeuta tenta modificar distorções nas crenças da criança.
- Item 58: A criança parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.
- Item 59: A criança se sente inadequada e inferior [vs. eficaz e superior].
- Item 60: O terapeuta é protetor em relação à criança.
- Item 61: A criança se sente tímida e envergonhada [vs. desinibida e segura].
- Item 62: O terapeuta assinala um tema recorrente na experiência ou conduta da criança.
- Item 63: A criança explora relacionamentos com outros significativos.
- Item 64: A criança inclui o terapeuta no jogo.
- Item 65: O terapeuta clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da criança.
- Item 66: O terapeuta é diretamente tranquilizador.
- Item 67: O terapeuta interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes.
- Item 68: Os significados reais da experiência, mais do que os fantasiados, são ativamente diferenciados.
- Item 69: A situação de vida atual ou recente da criança é enfatizada.
- Item 70: A criança se esforça para controlar sentimentos ou impulsos.
- Item 71: A criança se engaja no jogo de faz-de-conta.
- Item 72: A criança é ativa.
- Item 73: A criança expressa medos ou mostra um comportamento fóbico.
- Item 74: O humor é utilizado.
- Item 75: Interrupções, pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.
- Item 76: O terapeuta faz ligações entre sentimentos e experiências da criança.
- Item 77: A interação do terapeuta com a criança é sensível ao seu nível de desenvolvimento.
- Item 78: A criança é complacente.
- Item 79: O terapeuta comenta as mudanças no humor ou nas emoções da criança.
- Item 80: A criança se comporta de uma maneira dependente [vs. insiste na independência].
- Item 81: O terapeuta enfatiza sentimentos para ajudar a criança a experimentá-los mais profundamente.
- Item 82: O terapeuta ajuda a criança a manejar os sentimentos.
- Item 83: A criança é exigente.

- Item 84: A criança expressa raiva ou sentimentos agressivos.
- Item 85: A agressividade da criança é direcionada para ela mesma.
- Item 86: O terapeuta é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].
- Item 87: O terapeuta informa a criança do impacto potencial do seu comportamento sobre os outros (não incluindo o terapeuta).
- Item 88: O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da criança.
- Item 89: O terapeuta age para fortalecer as defesas existentes.
- Item 90: Os sonhos ou fantasias da criança são discutidos.
- Item 91: Uma fase anterior do desenvolvimento é um tópico.
- Item 92: São estabelecidas conexões entre os sentimentos ou percepções da criança com situações ou comportamentos do passado.
- Item 93: O terapeuta é neutro.
- Item 94: A criança se sente triste ou deprimida [vs. animada e alegre].
- Item 95: O brincar da criança carece de espontaneidade.
- Item 96: Os pais da criança são um tópico de discussão.
- Item 97: O terapeuta enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos.
- Item 98: A relação terapêutica é discutida.
- Item 99: O terapeuta oferece ajuda ou orientação.
- Item 100: O terapeuta faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos.