



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

CIBELE CARVALHO

ANÁLISE DAS MUDANÇAS E DO PROCESSO TERAPÊUTICO NO PRIMEIRO

ANO DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE UMA CRIANÇA

São Leopoldo

2014

CIBELE CARVALHO

**ANÁLISE DAS MUDANÇAS E DO PROCESSO TERAPÊUTICO NO PRIMEIRO
ANO DA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE UMA CRIANÇA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito 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.

Área de concentração Psicologia clínica.

Linha de pesquisa: Estados psicopatológicos e abordagens psicoterápicas.

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

São Leopoldo

2014

C331a Carvalho, Cibele
Análise das mudanças e do processo terapêutico no primeiro ano da psicoterapia psicanalítica de uma criança / por Cibele Carvalho. -- São Leopoldo, 2014.

94 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2014.
Área de concentração: Psicologia clínica.
Linha de pesquisa: Estados psicopatológicos e abordagens psicoterápicas.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Vera Regina Röhnelt Ramires, Escola de Saúde.

1.Psicanálise infantil. 2.Psicologia clínica infantil. 3.Psicoterapia infantil. 4.Rorschach, Teste de. 5.Técnicas projetivas. I.Ramires, Vera Regina Röhnelt. II.Título.

CDU 159.964.2-053.2
159.922.7
615.851-053.2
159.9.072

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

Cibele Carvalho

**“Análise das Mudanças e do Processo Terapêutico no Primeiro Ano da
Psicoterapia Psicanalítica de uma Criança”**

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

Aprovada em vinte e sete de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA



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



Profa. Dra. Elisa Médici Pizão Yoshida – Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini – Universidade Federal do Rio Grande do Sul



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

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a minha orientadora, Vera Regina Ramires, pelo comprometimento e dedicação ao longo desses dois anos. Obrigada por ter incentivado e orientado a construção deste trabalho, como também pelo apoio e segurança oferecidos para que eu pudesse explorar esse incrível universo da pesquisa em psicoterapia. Com certeza, isso só foi possível com a tua presença!

Ao Valter e sua terapeuta, pela disponibilidade e confiança em participar da pesquisa, o que tornou possível o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do grupo de pesquisa, por compartilharem o árduo trabalho de codificação do CPQ e por inúmeras discussões e trocas realizadas. Em especial à Marina Gastaud que, apesar de ter se inserido há pouco tempo no grupo, foi uma presença importante na construção deste trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, que foram um verdadeiro “encontro”, neste período, imprescindível para trilhar esse percurso. Em especial às minhas colegas e amigas Juliana Pureza e Michele Terres Trindade que enfrentaram comigo esse desafio, compartilhando anseios e conquistas. Obrigada pelas inúmeras trocas, que extrapolaram o ambiente acadêmico e por traduzirem o significado da palavra amizade!

À Kelly Paim pelo importante encaminhamento de um paciente para a pesquisa e pelas inúmeras trocas realizadas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos.

Aos professores que aceitaram o convite de participar da banca, Prof. Dr^a. Eliza Médici Pizão Yoshida, Prof. Dr. Cesar Piccinini e a Prof. Dr^a. Fernanda Barcellos Serralta. Agradeço a disponibilidade e as valiosas contribuições.

Ao meu pai e minha mãe, por me incentivarem e sempre acreditarem nos meus sonhos. Obrigada por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, pelo amor, paciência, cuidado, carinho e atenção que me proporcionaram. Aos meus irmãos por serem uma inspiração de vida!

Ao meu namorado, por seu apoio e compreensão, por sempre incentivar minhas escolhas e se alegrar com as minhas alegrias! Obrigada por provocar meu riso e por me contagiar com a sua alegria de viver e com o seu jeito “despreocupado de levar a vida”!

À Janaína por ser uma amiga e parceira em todos os momentos! Por compartilhar momentos de satisfação e de crise pelos quais a trajetória acadêmica sempre passa.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, me acompanharam e contribuíram para a realização deste sonho.

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Resumo | 7 |
| Abstract..... | 8 |
| Apresentação da Dissertação..... | 9 |
| Seção 1 - Mudanças na psicoterapia de uma criança: um estudo de caso único baseado no Método Rorschach..... | 12 |
| Efetividade e mudanças em psicoterapia psicanalítica de crianças | 13 |
| O método de Rorschach na avaliação de mudanças em psicoterapia | 17 |
| Método..... | 19 |
| Participante | 19 |
| Delineamento | 19 |
| Instrumento | 20 |
| Procedimentos..... | 20 |
| Procedimentos de análise dos dados | 21 |
| Resultados | 22 |
| Discussão | 40 |
| Considerações finais | 43 |
| Referências | 45 |
| Seção 2 - O processo psicoterapêutico de uma criança: uma análise com base no <i>Child Psychotherapy Q-set</i> | 53 |
| Pesquisas em psicoterapia psicanalítica de crianças..... | 55 |
| Avaliação do processo em psicoterapia de crianças: o <i>Child Psychotherapy Q-Set</i> | 59 |
| Método..... | 62 |
| Participantes..... | 62 |
| Delineamento | 62 |

| | |
|--|-----------|
| Instrumento | 63 |
| Procedimentos de coleta de dados | 64 |
| Procedimentos de análise dos dados | 65 |
| Resultados e Discussão | 66 |
| Considerações Finais | 76 |
| Referências | 78 |
| Considerações Finais da Dissertação | 86 |
| Referências da Dissertação | 88 |
| ANEXOS | 90 |

Análise das mudanças e do processo terapêutico no primeiro ano da psicoterapia psicanalítica de uma criança

Resumo

Essa Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica teve como foco a análise das mudanças ocorridas no primeiro ano de psicoterapia psicanalítica de uma criança e do processo psicoterápico deste mesmo período. A análise das mudanças foi realizada com base no Método de Rorschach e o processo psicoterápico com base no *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ). No enfoque da psicoterapia psicanalítica foi realizado um estudo pautado pela abordagem descritivo longitudinal, adotando-se o procedimento de estudo de caso único e sistemático. Participaram deste estudo um menino de 7 anos de idade, acompanhado em psicoterapia durante o período de um ano e sua terapeuta. Para avaliar as mudanças ocorridas o Rorschach foi aplicado ao iniciar a psicoterapia, após seis meses de tratamento e após um ano. O CPQ foi aplicado em duas sessões do início da psicoterapia, duas sessões após três meses, duas sessões após seis meses, duas sessões após nove meses e duas sessões após um ano de tratamento, para identificar as características do processo psicoterápico ao longo do tempo. Os resultados revelaram a efetividade da psicoterapia psicanalítica, evidenciando, através do Método de Rorschach que houve mudanças significativas em diferentes níveis e dimensões da organização e do funcionamento da personalidade. O uso do CPQ permitiu uma caracterização do processo terapêutico, no que diz respeito às atitudes da criança, do terapeuta e da interação entre ambos, como também possibilitou o acompanhamento de mudanças na dinâmica de interação paciente-terapeuta ao longo do tempo.

Palavras-chave: pesquisa de processo, pesquisa de resultado, psicoterapia psicanalítica, estudo de caso; crianças.

Changes and therapeutic process' analysis in the first year of a child psychoanalytic psychotherapy

Abstract

This Psychology Master Dissertation has focused on the change's analysis in the first year of a child psychoanalytic psychotherapy and the psychotherapeutic process. The change's analysis was performed based on the Rorschach Method and the psychotherapeutic process' analysis was based on the Child Psychotherapy Q-Set (CPQ). A study guided by the longitudinal descriptive approach was made, adopting the Systematic Case Study procedure. Participants were a 7-year-old boy and his therapist. The boy was treated in psychoanalytic psychotherapy. To evaluate changes Rorschach was applied at the beginning of the psychotherapy, after six months and after one year of treatment. The CPQ was administered in two sessions in beginning the of psychotherapy, in two sessions after three months, in two sessions after six months, in two sessions after nine months and in two sessions after one year of treatment, to evaluate the features of the psychotherapeutic process over time. The main findings showed the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy, displaying through the Rorschach Method that were significant changes at different levels and dimensions of the organization and functioning of the personality. The use of the CPQ allowed the therapeutic process characterization, regarding to the child's attitudes, the therapist's ones and the interaction between them. It also enabled the monitoring of changes in the patient-therapist's interaction over time.

Keywords: psychotherapeutic process, outcome research, psychoanalytic psychotherapy, case study, children.

Apresentação da Dissertação

Esse volume apresenta a dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, mais precisamente na linha de pesquisa “Estados Psicopatológicos e Abordagens Psicoterápicas”. O estudo desenvolvido, intitulado “Análise das mudanças e do processo terapêutico no primeiro ano da psicoterapia psicanalítica de uma criança”, faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo que objetiva avaliar o processo psicoterápico de crianças. Para isso já foi adaptado, para o contexto brasileiro, um procedimento que permite essa avaliação de forma sistemática, o *Child Psychotherapy Q-set*. Será elaborado o protótipo brasileiro para as sessões ideais de psicoterapia psicanalítica com essa população e examinado o processo psicoterapêutico de crianças em idade escolar em relação aos seus resultados.

O foco deste estudo foi analisar as mudanças ocorridas em um ano de psicoterapia psicanalítica de uma criança e o processo psicoterápico no mesmo período de tempo. O referencial teórico que sustentou essa dissertação foi o da psicanálise, mais precisamente de autores que vêm se detendo sobre a temática da avaliação do processo e dos resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças (Calberg, 1997, 2009; Deakin & Nunes, 2009; Fonagy, 2003, 2009; Goodman e Athey-Lloyd, 2011; Midgley, 2007; Midgley & Kennedy, 2011; Schneider, Midgley & Duncan, 2010; Schneider, Pruetzel-Thomas & Midgley, 2009; Target & Fonagy, 1994).

O interesse pelo tema foi se constituindo ao longo da trajetória acadêmica, no que diz respeito à clínica infantil e às suas possibilidades de intervenções. O questionamento sobre por que e como os tratamentos produzem mudanças e conduzem a melhoras nos pacientes foram os grandes motivadores para o desenvolvimento desta pesquisa. Aliado a isso, a literatura aponta para a necessidade de pesquisas empíricas que demonstrem de que forma ocorre a efetividade do tratamento psicanalítico com crianças, com o intuito de aprimorar a

prática clínica e, desta forma, mantê-la em sintonia com as demandas contemporâneas da população (Fonagy 2003, 2009; Kazdin 2008). Diante dessa realidade pensou-se ser relevante o desenvolvimento de um estudo com foco na análise das mudanças e do processo de uma psicoterapia psicanalítica de uma criança.

Parte-se do pressuposto de que há uma importante lacuna entre a pesquisa em psicoterapia e a prática clínica que precisa ser preenchida (Fonagy, 2003, 2009; Kazdin, 2008; Midgley, Anderson, Grainger, Nestic-Vuckovic & Urwin, 2009; Rustin, 2003, 2009). Nesse sentido, os estudos que vêm sendo desenvolvidos acerca da eficácia e efetividade do tratamento psicanalítico, como também os que vêm explorando o processo psicoterápico no que tange à sua caracterização e os padrões de interação existentes, representam uma possibilidade promissora para o preenchimento dessa lacuna.

As pesquisas que avaliam as mudanças obtidas em uma psicoterapia, o que esse estudo também buscou explorar, além de indicarem se ela é efetiva ou não para determinadas desordens clínicas, também podem contribuir com hipóteses sobre os mecanismos de mudança. Esses resultados podem ajudar na tomada de decisão clínica e fornecer *feedback* para o terapeuta sobre o progresso ou não do paciente (Anstey & Hofer, 2004; Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006).

Os estudos que vêm avaliando o processo psicoterápico com crianças, também objetivo deste trabalho, buscam iluminar o que acontece quando um adulto e uma criança se encontram, em um tratamento psicoterápico (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Schneider, Midgley & Duncan, 2010). Há um reconhecimento crescente de que apenas a exploração cuidadosa da interação do paciente com o terapeuta pode ilustrar os aspectos centrais do tratamento psicanalítico e permitir uma teoria empiricamente orientada do processo.

Diante dessas considerações, este estudo contempla e discute a psicoterapia psicanalítica de uma criança, no que diz respeito às mudanças e às características do processo

terapêutico ao longo de um ano de tratamento. Assim, essa dissertação consiste em dois artigos, apresentados em cada uma das duas seções que a compõem. A primeira seção apresenta um artigo empírico, intitulado: “Mudanças na psicoterapia de uma criança: um estudo de caso único baseado no Método Rorschach”, que relata o estudo realizado com o objetivo de avaliar as mudanças ocorridas na psicoterapia psicanalítica de uma criança ao longo de um ano de tratamento. A segunda seção apresenta um artigo empírico, intitulado “O processo psicoterapêutico de uma criança: uma análise com base no *Child Psychotherapy Q-set*” que analisa o processo psicoterápico de um ano de psicoterapia psicanalítica da mesma criança.

Seção 1 - Mudanças na psicoterapia de uma criança: um estudo de caso único baseado no Método Rorschach

O foco deste estudo foi a avaliação das mudanças ocorridas no primeiro ano de psicoterapia psicanalítica de uma criança, analisadas através do Método Rorschach, pelo Sistema Compreensivo de Exner (2003). A psicoterapia psicanalítica é uma abordagem terapêutica derivada da psicanálise, pois baseia seus pressupostos teóricos nos processos mentais inconscientes descritos originalmente por Sigmund Freud. Os tratamentos psicanalíticos objetivam revelar como os fatores inconscientes afetam os relacionamentos e padrões de comportamento do sujeito, mostrando como se originaram e vão mudando ao longo da vida (IPA, 2013). 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 psicoterapia psicanalítica tem o objetivo de possibilitar ao indivíduo a ampliação do entendimento sobre seu funcionamento, resultando no uso de defesas mais maduras, na melhora do padrão das relações objetais (Eizirik & Hauck, 2007) e em mudanças sintomáticas significativas (Kernberg, 2006). Embora haja uma crescente diversidade teórica dentro do referencial psicanalítico, o que o distingue dos demais são os seus conceitos fundamentais: vida mental pulsional (consciente e inconsciente), fases, conflitos e defesas desenvolvimentistas, realidade (psíquica) interna, a tendência para repetir o passado no presente, o fenômeno da transferência e da contratransferência e a dinâmica elaboração dos conflitos no curso de um tratamento (Williams, 2007).

Na psicoterapia psicanalítica de crianças, as brincadeiras e atividades lúdicas são o caminho pelo qual se tem acesso ao inconsciente do paciente e ao seu mundo interno (Klein, 1927/1969). Os objetivos de uma psicoterapia psicanalítica de crianças são atender situações focais, identificar e resolver conflitos do desenvolvimento, propiciar a aquisição de *insight*

sobre as motivações inconscientes dos comportamentos relacionados aos conflitos principais e ajudar o paciente a retomar o curso normal do desenvolvimento (Zavaschi, Bassols, Bergmann & Costa, 2005). Definir os elementos centrais de uma psicoterapia psicanalítica de crianças é uma tarefa de difícil execução, tendo em vista a profusão de diferentes referências teóricas que norteiam esta prática – muitos deles contraditórios entre si. Apesar das controvérsias, Glenn (1996) postula que o aspecto essencial do tratamento psicanalítico com crianças é a interpretação das pulsões e defesas conflitantes do paciente, permitindo que o ego passe a funcionar de modo mais adaptativo, possibilitando a alteração das defesas, a modificação do superego e uma maior gratificação pulsional. Espera-se que, ao longo da psicoterapia, as tendências regressivas da criança diminuam, haja superação das inibições e das paradas desenvolvimentais e que as energias liberadas e neutralizadas fiquem disponíveis para a atividade sublimada (Glenn, 1996).

A complexidade do processo de uma psicoterapia psicanalítica, e o seu longo tempo de duração, dificulta, muitas vezes, a identificação dos seus mecanismos de mudança, da sua efetividade e da sua eficácia. Tratamentos mais breves têm sido mais pesquisados, assim como intervenções baseadas em outros referenciais teóricos, como a terapia cognitivo-comportamental. Entretanto, é necessário e importante que a efetividade da psicoterapia psicanalítica seja investigada, ainda mais com crianças, cujos estudos têm sido mais escassos, se comparados aos estudos com adultos.

Efetividade e mudanças em psicoterapia psicanalítica de crianças

Avaliar as mudanças obtidas durante o processo psicoterápico é extremamente importante para conhecer a efetividade dos tratamentos para as diversas condições clínicas, como também para a escolha da melhor estratégia de intervenção (Berghout, Zevalkink, Katzko & Jong, 2012). As pesquisas que avaliam as mudanças obtidas em uma psicoterapia, além de estudarem seus resultados, indicando se ela é efetiva ou não para determinadas

desordens clínicas, também podem contribuir com hipóteses sobre os mecanismos de mudança. Esses resultados podem ajudar na tomada de decisão clínica e fornecer *feedback* para o terapeuta sobre o progresso ou não do paciente (Anstey & Hofer, 2004; Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006).

Na última década, alguns estudos mostraram evidências da eficácia ou efetividade de tratamentos psicodinâmicos breves e algumas formas específicas de tratamentos de longo prazo (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006; Driessen et al., 2010; Fonagy, Roth & Higgitt, 2005; Shedler, 2010). Porém, muitos clínicos psicodinâmicos argumentam que o resultado existente em pesquisas de processo-resultado de tratamentos psicanalíticos se concentrou em tratamentos breves, em grande parte com base em uma aceitação relativamente acrítica de um modelo médico simples (Luyten, Blatt & Corveleyn, 2006; Luyten, Blatt & Mayes, 2012).

No que diz respeito ao tratamento de crianças, estudos sobre a efetividade da psicoterapia vêm sinalizando alguns apontamentos importantes, como o fato de que algumas crianças parecem ser mais responsivas que outras, indicando que as mais jovens se beneficiam mais do tratamento do que as mais velhas (Deakin & Nunes, 2009; Target & Fonagy, 1994b; Trowell, Rhode, Miles, & Sherwood 2003; Trowell et al., 2007) e que o trabalho com os pais ou com a família se constitui como um importante componente do tratamento (Odhammar, Sundin, Jonson & Carlberg 2011; Trowell et al., 2007). Além disso, diversas pesquisas mostram que as melhoras atingidas com o tratamento foram mantidas ou se intensificaram nas avaliações de *follow-up* (Odhammar et. al. 2011; Trowell et al. 2003, 2007).

No contexto nacional, Deakin e Nunes (2009) avaliaram a efetividade da psicoterapia psicanalítica de um grupo de crianças com idades entre seis e 11 anos, atendidas em um ambulatório no sul do Brasil. Neste estudo, objetivou-se avaliar mudanças a nível sintomático, de adaptação da criança ao meio social e mudanças em capacidades cognitivas e

emocionais. Quatro testes (Rorschach, Bender, WISC III e CBCL) foram aplicados antes de iniciar a psicoterapia e após 12 meses da sua realização. As 23 crianças que receberam psicoterapia psicanalítica individual foram comparadas com um grupo controle que não recebeu qualquer tipo de intervenção. Os resultados apontaram para uma redução dos sintomas ansiosos e depressivos, bem como dos problemas relacionados à escola. Em termos de adaptação da criança ao meio social, observou-se melhora nas relações interpessoais e percepção da realidade. Os resultados revelaram que a psicoterapia psicanalítica da criança é mais efetiva no tratamento de crianças do sexo feminino que apresentam distúrbios de internalização.

Guimarães (2012), com o objetivo de compreender o processo de mudança em psicoterapia com crianças, fez um levantamento junto a psicoterapeutas, de várias abordagens teóricas, sobre os critérios que consideram relevantes para aferir progresso, tanto dentro da sessão como no ambiente externo, segundo o relato da família ou da escola. A amostra do estudo foi composta por 154 terapeutas. Os critérios de mudanças nas sessões relatados pelos terapeutas como “muito relevantes”, foram: a criança demonstra por meio de jogos e brincadeiras seus conflitos; dá demonstrações de confiança no terapeuta; fala sobre seus medos; estabelece uma comunicação afetiva com o terapeuta. Conforme o relato dos pais e professores, foram considerados critérios “muito relevantes”: a criança apresentou melhora nos relacionamentos com familiares; apresenta melhora nos relacionamentos com colegas de classe e professores; demonstra interesse em novas atividades; admite seus erros. A autora postula que, apesar das diferenças entre as abordagens teóricas, os psicoterapeutas parecem se apoiar em critérios semelhantes para interpretar a mudança em psicoterapias infantis. Também é enfatizada, nesse estudo, a necessidade de mais pesquisas brasileiras com foco nos processos de mudança da psicoterapia psicanalítica de crianças, assim como com amostras mais representativas.

No contexto internacional, Midgley e Kennedy (2011), com base numa revisão crítica de estudos sobre psicoterapia psicodinâmica com crianças e adolescentes, constataram que essa modalidade de tratamento pode ser efetiva para uma variedade de desordens da infância. Os estudos comparativos identificados por esses autores apontaram que a psicoterapia psicodinâmica pode ser tão efetiva quanto outras abordagens empiricamente validadas. Midgley e Kennedy também sinalizaram que algumas desordens parecem ser mais responsivas ao tratamento psicodinâmico que outras. Nos estudos revisados, crianças com desordens emocionais ou problemas internalizantes se beneficiaram mais desse tipo de tratamento do que aquelas com transtornos disruptivos ou problemas externalizantes. Essas últimas teriam mais dificuldades para se engajar no tratamento e o interromperiam com maior frequência.

A revisão de estudos realizada por Midgley e Kennedy (2011) evidenciou que a psicoterapia psicodinâmica pode ter um padrão de efeitos diferente de outros tratamentos: melhora mais gradual, mas continuada, após o final do tratamento. Evidenciou também que crianças mais novas melhoram mais do que as mais velhas e que na medida em que a idade diminui a intensidade das melhoras. Além disso, para crianças com desordens de conduta ou desordens emocionais severas a intensidade do tratamento é importante.

Luyten, Blatt e Mayes (2012), analisando a questão do processo e dos resultados na pesquisa em psicoterapia psicanalítica, sinalizam para a necessidade de se repensar o paradigma dessas investigações. Para os autores, devem-se incorporar os conhecimentos já adquiridos sobre essa modalidade de tratamento, contemplar os processos que ocorrem nos tratamentos de longa duração e enfrentar o problema da conceitualização e avaliação das mudanças.

Revisando algumas meta-análises e estudos de caso detalhados, Luyten, Blatt e Mayes (2012) sintetizam o que tem sido considerado melhora na psicoterapia psicanalítica:

mudanças na diferenciação, articulação e integração nas representações do objeto; mudanças nos estados da mente com relação às experiências de apego; desenvolvimento da função reflexiva ou mentalização; mudanças nos sentimentos de segurança; representações do *self* e dos outros mais diferenciadas e integradas; menos uso de mecanismos de defesa primitivos; níveis mais altos de integração da identidade; aumento da capacidade de autoanálise; habilidade para experimentar novos comportamentos, especialmente em relacionamentos interpessoais; maior tolerância aos afetos negativos; maior *insight* sobre como o passado pode determinar o presente; uso de estratégias para se acalmar e autossuportivas; capacidade emocional regulatória aumentada diante do estresse e dos afetos negativos; habilidades autorreflexivas mais efetivas e capacidade para tomada de decisões em períodos estressantes; reativação da dialética normal entre questões de conectividade e de diferenciação do *self*; e mudanças nas transações pessoa-ambiente, primeiro no relacionamento terapêutico, equiparável ao processo normal de desenvolvimento.

Todavia, uma questão importante e complexa que permanece, de acordo com Luyten, Blatt e Mayes (2012), é como avaliar sistematicamente as mudanças envolvidas numa psicoterapia psicanalítica. Primeiramente, deve-se levar em conta que as mudanças não seguem um processo puramente linear. Em segundo lugar, avaliar mudanças nos sintomas não responde a todas as questões, na medida em que os tratamentos psicanalíticos objetivam mudanças mais fundamentais. Isso nos conduz a considerar o método de Rorschach para avaliar mudanças em psicoterapia psicanalítica.

O método de Rorschach na avaliação de mudanças em psicoterapia

O método Rorschach foi elaborado pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach e publicado pela primeira vez em 1921. Desde então, configura-se como um dos principais instrumentos de avaliação psicológica (Castro, 2012). Sua interpretação possibilita uma análise da personalidade dos indivíduos em termos estruturais e psicodinâmicos, garantindo

uma apreensão ímpar do quadro que está sendo investigado, pois favorece a manifestação dos conteúdos mais primitivos do examinando, revelando não apenas características de personalidade conscientes e observáveis no comportamento, mas também as mais reprimidas e inconscientes (Adrados, 1985).

Dentre os diversos sistemas para análise e interpretação do Rorschach, a proposta de Exner (2003) tem sido utilizada tanto no âmbito da clínica como no da pesquisa, com reconhecimento internacional. Exner desenvolveu, nos Estados Unidos, um método para classificação e interpretação do Rorschach denominado de Sistema Compreensivo - SC (1994, 1999, 2003). O desenvolvimento do SC foi baseado no estudo dos sistemas de classificação mais importantes disponíveis na época, todos alicerçados em sólidas investigações empíricas.

De acordo com Cunha, Minella, Werlang e Carneiro (1993), o Método de Rorschach pode ser indicado para diversas situações, como o diagnóstico da personalidade em diferentes contextos clínicos, o planejamento do processo terapêutico, um recurso na seleção profissional, a investigação psicológica na área forense e, também, para traçar elementos prognósticos em qualquer uma dessas situações. Neste sentido, salienta-se a relevância deste instrumento para avaliar aspectos mais profundos da personalidade no contexto clínico, mais precisamente no processo psicoterápico e, com isso, a possibilidade de ser utilizado para avaliar as mudanças obtidas em um processo de psicoterapia psicanalítica.

O Rorschach já foi utilizado no Brasil para avaliar mudanças decorrentes da psicoterapia psicanalítica por Yazigi, Amaro, Fiore e Semer (2010). Sessenta e oito pessoas adultas, de ambos os sexos, foram avaliadas de acordo com o Sistema Compreensivo antes e após um ano de psicoterapia. A análise das variáveis selecionadas pelas autoras, que dividiram os participantes em dois grupos considerados pelo grau maior ou menor de complexidade, de acordo com o número de respostas e a proporção de respostas F, evidenciou os benefícios da psicoterapia para os dois grupos.

Estudos que visam a contribuir para a construção de parâmetros normativos brasileiros para a utilização do Rorschach com crianças também têm sido desenvolvidos nos últimos anos (Fernandes, 2012; Raspantini, Fernandes & Pasian, 2011; Resende, Rezende de Carvalho & Martins, 2012; Ribeiro, Semer & Yazigi, 2012). Resende, Rezende de Carvalho e Martins (2012) e Ribeiro, Semer e Yazigi (2012) avaliaram os Protocolos de 201 e 211 crianças, respectivamente, classificando-os e interpretando-os com base no Sistema Compreensivo. Essas autoras ofereceram, desta forma, dados normativos que podem auxiliar clínicos e pesquisadores a identificar níveis de dificuldades psicológicas em crianças.

Diante do que foi exposto, este estudo teve como objetivo avaliar as mudanças ocorridas no primeiro ano de psicoterapia psicanalítica de uma criança, analisadas através do Método Rorschach. Busca-se contribuir para o campo de estudos da efetividade da psicoterapia psicanalítica de crianças e ao mesmo tempo explorar as possibilidades do Método de Rorschach na avaliação de mudanças em psicoterapia.

Método

Participante

O participante deste estudo foi um menino de sete anos no início da psicoterapia, residente na região metropolitana de Porto Alegre, de classe média, cujos pais buscaram atendimento por queixas relacionadas a dificuldades de relacionamento na escola. O menino foi atendido por uma psicóloga com 23 anos de experiência clínica, especialista em psicoterapia psicanalítica e mestre em Psicologia Clínica.

Delineamento

Foi realizado um estudo descritivo longitudinal que adotou o procedimento de estudo de caso único (Midgley, 2006). As pesquisas de caso único são aquelas que consideram uma entidade individual (paciente, díade terapeuta-paciente, terapia de grupo ou interação entre esses) como uma unidade de análise e de interesse (Eells, 2007). Constitui-se como uma

estratégia de investigação naturalística e flexível que utiliza múltiplos métodos (quantitativos e/ou qualitativos) e variadas fontes de evidências e informações para descrever, de forma intensiva e profunda, um caso individual (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011).

Instrumento

O estudo foi baseado no Método de Rorschach, instrumento composto por um conjunto de 10 lâminas contendo manchas de tintas pouco estruturadas, sendo cinco de cor preta e cinco coloridas. A Prova foi aplicada, codificada e interpretada de acordo com o Sistema Compreensivo de Exner (2003). Para Weiner (2000), o Método de Rorschach permite descrever a personalidade, tanto em nível de estrutura, como do ponto de vista dinâmico.

Procedimentos

A partir da busca por tratamento pelos pais da criança, primeiramente, foram realizadas pela psicoterapeuta algumas sessões com a criança e entrevistas com os pais para análise da demanda e das dificuldades apresentadas pelo menino. Os instrumentos utilizados nesta etapa foram Hora de Jogo (Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal & Woscoboinik, 2003), teste HTP (Buck & Warren, 2003) e *Manchester Child Attachment Story Task* (Green, Stanley, Smith & Goldwyn, 2000). Confirmada a necessidade e o desejo de tratamento com a criança e os pais, foi apresentada, para todos, a proposta da pesquisa, consultando-os sobre sua disponibilidade de participar.

A psicoterapia foi realizada em um consultório de psicologia, devidamente equipado para essa atividade. As sessões da criança foram semanais, com duração de 50 minutos cada uma. Periodicamente, foram realizadas entrevistas de acompanhamento com os pais, com a mesma terapeuta, com o objetivo de acolher suas ansiedades e preocupações, orientá-los em relação ao processo da psicoterapia e colher informações adicionais sobre a criança. O atendimento seguiu os pressupostos da psicoterapia psicanalítica, descritos acima.

A Prova de Rorschach foi aplicada antes de iniciar a psicoterapia, após seis meses e novamente após um ano do seu início. Foi aplicada por uma psicóloga treinada para utilização do Rorschach no SC. O menino foi previamente informado da vinda da psicóloga nas três ocasiões e consultado sobre sua disponibilidade em realizar a Prova. Nas três vezes, a aplicação do Rorschach foi precedida por um *rapport* e foi acompanhada pela psicoterapeuta do menino.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam as pesquisadoras, tendo sido aprovado – Resolução 039/2012, CEP Unisinos (Anexo A). Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar da criança participante. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), garantiu-se ao paciente e seus responsáveis o direito de interromper sua participação na pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo da psicoterapia em andamento, e também de ser encaminhado a outros serviços de saúde, se necessário.

Procedimentos de análise dos dados

Os Protocolos do Rorschach foram codificados e interpretados por dois juízes: a psicóloga que fez as aplicações e uma psicóloga especialista no Rorschach pelo SC. Após, foram supervisionados por uma terceira psicóloga, também especialista no Rorschach pelo SC e responsável por ministrar cursos de formação nesta técnica. Os dados normativos utilizados foram os publicados por Ribeiro, Semer e Yazigi (2012).

Os resultados do Rorschach foram analisados pela mestranda também a luz dos relatos clínicos do caso disponíveis, que haviam sido sistematizados periodicamente para supervisão, tendo sido úteis para confrontar e confirmar as constatações permitidas pela Prova. A codificação e interpretação dos três Protocolos só foram feitas após completar-se um ano de psicoterapia e ter sido realizada a terceira aplicação.

Resultados

Valter¹ tinha sete anos de idade no início da psicoterapia. Seus pais buscaram atendimento devido ao fato do menino enfrentar dificuldades de relacionamento na escola. Filho único, Valter cursava o 2º ano do ensino fundamental. O menino apresentava algum excesso de peso e se parecia fisicamente com a mãe.

Nas entrevistas iniciais, os pais referiram que o menino não tinha amigos na escola, que as crianças o chamavam de “chorão”, “bebezão” e faziam “*musiquinhas debochando dele*”. Informaram que a professora relatava que “*as outras crianças tinham medo dele*”, pois “*se ele se irrita, acabou a brincadeira*”. Valter tinha dificuldade de dividir os amigos e pedia aos colegas: “*tu vai ser só meu amigo!*”. A mãe relatou, também, que “*se ele está com raiva, explode*”. Da última vez em que brigou na escola, empurrou a classe sobre um colega e pegou o menino pelo pescoço. O pai teve que assinar uma ocorrência. “*Ele primeiro explode, depois chora, é uma criança impulsiva*”, disse a mãe.

A mãe referiu que, até o ano anterior, Valter era uma criança que apanhava dos colegas na escola e teve que mudar de turma por isto. Em casa, às vezes, dizia que queria ficar sozinho. Dormia no quarto dos pais, mas tinha a cama dele. A casa estava em reforma, com um quarto em construção para o menino.

No processo psicoterápico, Valter mostrou-se uma criança muito agitada e ansiosa. Nas primeiras sessões, costumava sentar-se numa poltrona no início do atendimento, ficava silencioso por algum tempo, demorava para responder quando algo era perguntado. Se o assunto da escola ou dos colegas fosse abordado, ficava silencioso ou, às vezes, muito irritado, pedindo à terapeuta para parar de falar no assunto.

Por diversas sessões solicitava brincar com o Quebra-Gelo, um jogo que consiste em bater com um martelo em pedras de gelo, derrubando o maior número possível. Também batia

¹ O nome do paciente, assim como qualquer dado que pudesse identificá-lo, foi modificado.

nos objetos e brinquedos do consultório, nos bonecos, e demonstrava resistência quando a terapeuta tentava explorar sua raiva e sentimentos de irritação.

Ao longo do tratamento, demonstrou dificuldade para abordar o tema dos seus problemas na escola, e para falar e reconhecer seus sentimentos, principalmente em relação à sua agressividade e seus medos. Parecia não suportar esses momentos, pedia para a terapeuta parar de falar, ia para baixo da mesa, para trás da poltrona.

Valter apresentava um comportamento dependente nas sessões, requisitando o auxílio da terapeuta para ajudá-lo a tirar os sapatos, o casaco, para auxiliá-lo a ir ao banheiro. Também demonstrou um comportamento dominador em relação à terapeuta, tentando dar ordens, fazendo uma série de solicitações. No jogo simbólico, surgiam conteúdos relacionados a um bebê ainda bastante fusionado com a mãe e também conteúdos de cunho sexual, sendo que a exploração de tais conteúdos era recusada pelo paciente nos primeiros meses do tratamento.

A hipótese diagnóstica formulada na fase inicial da psicoterapia apontava para um quadro de depressão e ansiedade. Nas crianças pequenas e em início de idade escolar, os quadros depressivos, diferentemente dos adultos e crianças maiores, podem se manifestar por meio de sentimentos de irritação, comportamentos agressivos, explosões de raiva, além de reclamações constantes de não ter amigos, dos sentimentos de baixa autoestima, entre outros (Maia, 2012; Palacio-Espasa & Dufour, 1997).

Os resultados obtidos no Rorschach refletiram com muita acurácia as características do paciente e as mudanças que ocorreram no primeiro ano da sua psicoterapia. A tabela 1 sintetiza os principais resultados:

Tabela 1 – Resultados no Rorschach no início, após seis meses e um ano de psicoterapia

| Variáveis Rorschach | Protocolos | | |
|--|------------|------------|------------|
| | Início | 6 meses | 1 ano |
| 1. Desempenho | | | |
| R | 16 | 28 | 25 |
| L | 7 | 2,11 | 1,78 |
| Agrupamentos | | | |
| Controle e tolerância ao estresse | | | |
| CDI | 5 | 3 | 5 |
| EA | 1 | 4,5 | 5 |
| Es | 0 | 0 | 2 |
| Adj D | 0 | +1 | +1 |
| Relações interpessoais | | | |
| CDI | 5 | 3 | 5 |
| Fd | 1 | 0 | 1 |
| a : p | 1 : 0 | 3 : 1 | 1 : 4 |
| Conteúdo Humano | 4 | 13 | 7 |
| H Puro | 1 | 5 | 4 |
| GHR : PHR | 2 : 2 | 4 : 9 | 3 : 5 |
| COP | 0 | 0 | 0 |
| AG | 0 | 0 | 0 |
| Autopercepção | | | |
| 3r + (2) / R | 0,37 | 0,53 | 0,48 |
| M | M = 1 | M = 4 | M + FM = 5 |
| H : (H) + Hd + (Hd) | 1 : 3 | 5 : 8 | 4 : 3 |
| FD | 1 | 4 | 2 |
| An + Xy | 4 | 1 | 3 |
| MOR | 2 | 0 | 3 |
| Afeto | | | |
| DEPI | 3 | 5 | 5 |
| FC : CF+C | 0 : 0 | 1 : 0 | 0 : 1 |
| Afr | 0,14 | 0,64 | 0,56 |
| S | 3 | 4 | 2 |
| Processamento da informação | | | |
| W : D : Dd | 7 : 7 : 2 | 5 : 20 : 3 | 8 : 16 : 1 |
| DQ+ | 0 | 5 | 2 |
| Zd | - 3,5 | - 1 | + 1 |

| Mediação Cognitiva | Continuação | | |
|---------------------------|-------------|---------|-------|
| | Início | 6 meses | 1 ano |
| X-% | 0,37 | 0,42 | 0,28 |
| Xu% | 0,25 | 0,28 | 0,32 |
| Ideação | | | |
| EB | 1 : 0 | 4 : 0,5 | 4 : 1 |
| EBPer | 0 | 8 | 4 |
| FM | 0 | 0 | 1 |
| a : p | 1: 0 | 3: 1 | 1 : 4 |
| Ma : Mp | 1 : 0 | 3 : 1 | 1 : 3 |
| MOR | 2 | 0 | 3 |

Nota. Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela acima destaca as principais mudanças no primeiro ano de psicoterapia de Valter, de acordo com as variáveis correspondentes. Os sumários estruturais evidenciaram protocolos válidos nas três aplicações, de acordo com o número de respostas ($R > 14$) e o índice Lambda. Este índice, acima da média na primeira aplicação, recomendava cautela na interpretação da Prova, uma vez que a informação poderia ter se restringido de modo excessivo e com isso os dados poderiam aparecer distorcidos pela simplificação perceptiva e pelo uso abusivo do controle intelectual. Contudo, o número de respostas e a análise das inúmeras variáveis da Prova ofereceram uma compreensão abrangente e consistente do paciente, corroborada por outras informações obtidas na psicoterapia, nas entrevistas com os pais e em outros testes.

Já a segunda e a terceira aplicação da Prova de Rorschach revelaram um aumento no número de respostas (28 e 25, respectivamente), bem como uma diminuição no índice Lambda (2,11 e 1,78), situando-o na faixa média da idade, o que pode significar uma redução da simplificação perceptiva, uma diminuição da atitude defensiva do paciente e uma atenuação do uso do controle intelectual.

Autopercepção

No agrupamento de variáveis relacionadas à autopercepção, identificaram-se mudanças no Índice de Egocentrismo, no FD, na análise dos conteúdos humanos, no índice FQ - e nas respostas M. O Índice de Egocentrismo ($3r + (2) / R$), na média no início da psicoterapia, teve um acréscimo após seis meses (foi igual a 0,53, média da idade = 0,21, desvio padrão 0,16) e após um ano (foi igual a 0,48, média da idade = 0,25, desvio padrão 0,18). Tais índices, ligeiramente aumentados, podem estar relacionados ao processo terapêutico, que implica um movimento de autocentramento e de colocar-se como foco de atenção. De todo modo, deve-se lembrar que a preocupação aumentada pelo próprio *self* e um interesse reduzido pelo mundo exterior não necessariamente significam uma autoestima elevada. Quando acompanhado por $MOR > 2$, o Índice de Egocentrismo aumentado aparece em pessoas com autoestima muito deficiente, o que se observa neste caso.

A capacidade de afastar-se dos estímulos externos e realizar tarefas de autoexame, indicada pelo FD, teve uma variação que deve ser assinalada. Enquanto na primeira realização da Prova, antes de iniciar a psicoterapia, FD foi igual a 1, após seis meses elevou-se para 4 e após um ano foi igual a 2. Ainda que uma $FD > 2$ possa indicar um esforço grande de autoexame que provoca um isolamento do meio, os indivíduos introversivos tendem a dar mais respostas FD. Além disso, a atividade de introspecção é aumentada ou facilitada por tratamentos de orientação psicodinâmica. Sendo assim, o aumento de FD pode revelar o engajamento do paciente no tratamento e o desenvolvimento da sua capacidade de autoanálise.

O Índice $An + Xy > 3$ na primeira aplicação (= 4, média da idade = 0,90) indicou uma distorção na autoimagem no início da psicoterapia. A FQ – que acompanhou as quatro respostas An presentes no Protocolo assinalou uma distorção importante na imagem corporal. O Código Especial MOR que acompanhou duas destas quatro respostas sugere uma

autoimagem articulada com traços mais negativos ou danificados e disfóricos do que o habitual. Podem ser a representação de uma imagem pessoal desvalorizada e geradora de uma visão negativa e pessimista do meio.

Quatro conteúdos das seis respostas FQ – presentes no Protocolo referiram-se à Anatomia e um a uma peça do vestuário (camiseta). Duas dessas respostas receberam o Código Especial MOR. Tais conteúdos sugerem uma preocupação importante com o corpo e uma percepção precária e fragmentada do mesmo (esqueleto em 2 R, coração em 1 R, osso da perna em 1 R).

A única resposta M presente no primeiro Protocolo foi referida ao movimento de uma mão estalando os dedos. Tal resposta referiu-se ao movimento de uma parte do corpo, indicando uma percepção parcial ou fragmentada de si mesmo e do outro e aludindo a um movimento que não chega a se constituir como interativo ou cooperativo (estalar os dedos – pode ser um sinal de alerta, um chamamento, um ritmo musical...). Trata-se de um índice que reforçou a hipótese de prejuízos na autopercepção e autoimagem.

As respostas de conteúdo humano tiveram algumas alterações depois de seis meses e de um ano de psicoterapia. O aumento de H puro e H maior do que Hd após um ano de tratamento indicam uma importância crescente das experiências reais, mais do que das fantasias, na apreensão da própria imagem e na percepção do outro.

O índice $An + Xy$ na segunda Prova foi reduzido para 1 e na terceira aumentou novamente para 3. A oscilação pode indicar uma leve atenuação da distorção da autoimagem. O índice de FQ – que aumentou após seis meses de psicoterapia e diminuiu após um ano, ficando próximo da primeira aplicação (7 após um ano, 6 na primeira aplicação), revela algumas nuances novas. Enquanto na primeira aplicação esteve associado principalmente com respostas An e com o Código Especial MOR, na segunda aplicação esteve associado com Hd em 4 respostas, com H em duas, com A em duas e com An apenas em uma. Também esteve

associado com Cg em três respostas. Não houve nenhum Código MOR nesta aplicação. Na terceira Prova, FQ – esteve associado com duas respostas H, uma A, duas An e duas Cg. Nesta Prova, foram identificados 3 códigos MOR. Respostas como “*mãos*”, “*uma cara de lado*”, “*dois braços colados em uma cabeça*”, “*dois ossos dos pés*”, “*esqueleto de um corpo*”, “*outro esqueleto, as pernas, os pés, a barriga*”, “*roupa de cozinhar, macacão*”, “*uma roupa*” revelam a preocupação com o corpo e a presença, ainda, de uma percepção parcial do mesmo, além de traços negativos ou danificados e disfóricos associados à autoimagem (devido aos três códigos MOR). Contudo, a presença, na segunda aplicação, de respostas como “*um homem com garras*” na prancha V, “*uma fantasia grande e um cara pequeno dentro*” na prancha VI, e na terceira aplicação “*uma menina*” na prancha V e “*um cara bem pequenininho numa roupa gigante*” na prancha VI, indicam um movimento do paciente no sentido da busca de uma autoimagem mais integrada e menos negativa. Seu sentimento de impotência, inadequação e imaturidade se fazem notar quando vê “*uma fantasia grande e um cara pequeno dentro*” ou “*um cara bem pequenininho numa roupa gigante*”.

Das quatro respostas M fornecidas após seis meses de psicoterapia, três estiveram associadas a H puro (“*dois lutadores começando a jogar as mãos para cima*”, “*dois caras caindo*”, e “*um cara fortão... abrindo os ombros*”) e apenas uma a Hd (“*dedos estalando*”). Nesta aplicação, predominaram os movimentos ativos. Após um ano de psicoterapia, identificaram-se quatro respostas M e uma FM. Nesta aplicação, apenas uma das respostas foi associada a H puro (na prancha III: “*um cara triste aqui de cabeça para baixo... porque tá olhando para baixo*”). A resposta FM, dada à prancha IX, foi “*elefantes olhando para baixo*”. Desta vez, predominaram os movimentos passivos e um teor depressivo no conteúdo de algumas respostas, confirmado pelo DEPI das duas Provas.

Contudo, deve-se assinalar o aumento significativo nas respostas M no segundo e terceiro Protocolo do paciente. Na primeira aplicação, o resultado já havia se situado acima da

média da faixa etária (1 resposta, média da idade = 0,48). Após seis meses e após um ano de psicoterapia o aumento foi maior (= 4 respostas, sendo que na terceira aplicação a média para a idade do paciente, então com 8 anos, é 0,92). Trata-se de uma evolução significativa, provavelmente viabilizada pela evolução do processo terapêutico, que oportunizou ao paciente analisar a sua relação com os demais, ampliar sua capacidade de reflexão, de pensar, não atuar ou diminuir eventuais *actings outs*.

Relações interpessoais

O CDI positivo (Índice de Déficit Relacional) identificado na primeira aplicação confirmou as dificuldades do paciente para enfrentar com eficiência as demandas do meio social, indicando certa inaptidão ou déficit para tudo o que seja relacional. Pessoas com tais características têm problemas na interação com os que o rodeiam, costumam estabelecer relações interpessoais mais superficiais e podem parecer mais distantes, frágeis ou menos sensíveis às necessidades e interesses do outro. Sua falta de habilidade os torna mais vulneráveis à rejeição por parte das pessoas com quem se relacionam. Tais dificuldades na área interpessoal produzem sentimentos de desvalorização ou baixa autoestima, que facilitam a presença de depressão, secundária ao déficit relacional e comprovação da própria ineficácia (Sendín, 1999). Indivíduos com CDI positivo podem apresentar dificuldades nos processos de controle e vulnerabilidade às situações de estresse, comportando-se com mais dificuldade em situações externas complexas, o que se verifica neste caso.

O primeiro protocolo continha uma resposta Fd (média da idade = 0,04), o que pode indicar a possibilidade de condutas de dependência, uma concepção ingênua das relações interpessoais, na expectativa de que os demais atendam as próprias demandas e procurem soluções para os próprios problemas. Podem indicar também a presença de componentes passivo-dependentes, porém não é possível afirmar, ainda, se tais componentes são nucleares na estrutura de personalidade do paciente.

O conteúdo humano situou-se na média da faixa etária (= 4, média da idade = 2,68, desvio padrão 1,87). O índice de Hd aumentado, assim como a proporção $H : (H) + Hd = (Hd)$ de 1 : 3, contudo, indicam uma visão parcial do outro e de si mesmo, e um modo cauteloso, reservado e desconfiado de aproximação dos demais.

A ausência de respostas COP no protocolo reforça as limitações para o estabelecimento de vínculos positivos. COP e Afr diminuídos no início da psicoterapia assinalaram dificuldades para manter relações interpessoais significativas e gratificantes, o que se torna, segundo Sendín (1999), ainda mais preocupante no protocolo de uma criança.

O único Movimento com Pares presente no protocolo ocorreu numa resposta à prancha VII – “*Uma mão estalando os dedos... ela tá fazendo assim (apontando o dedo), mas parece que ela está estalando para mim.*” O fato de ser um Hd e a presença do Código Especial PHR (além da localização D) confirmou as limitações no estabelecimento de vínculos e uma visão parcial do outro e de si mesmo.

Houve uma oscilação no Índice de Déficit Relacional nas segunda e terceira Provas. Houve uma redução para 3 na segunda e novamente 5 na terceira aplicação. Constata-se, pois, que não houve mudanças significativas em relação às dificuldades nas relações interpessoais durante o primeiro ano de psicoterapia do paciente. Deve-se lembrar que os problemas de relacionamento são centrais neste caso (trata-se de uma criança que, inclusive, sofre *bullying* na escola) e parecem estar relacionados a importantes dificuldades relacionais anteriores aos 5 anos, conforme outros indicadores identificados nas três provas (índice T, por exemplo).

A relação $a : p$ sofreu uma alteração na segunda e na terceira Prova. Enquanto na primeira aplicação do Rorschach havia sido 1 : 0, na segunda foi 3 : 1 e na terceira avaliação, após um ano de psicoterapia, foi 1 : 4. Conforme Sendín (1999), quando $p > a + 1$ há uma tendência em assumir um papel mais passivo na relação com os demais e uma expectativa de que os outros tolerem as próprias necessidades e ajam de acordo com elas. Fd maior que zero,

o que se verifica na terceira Prova, corrobora esta hipótese. Além disso, um dos lados da relação a : p maior do que o triplo do outro indica uma rigidez cognitiva, pouca disposição para busca de soluções novas e para adotar novos padrões de comportamento, o que tem implicações para a psicoterapia, como se verifica neste caso.

Porém, a relação de a : p igual a 3 : 1 na segunda Prova, resultante de uma maior frequência de movimentos ativos, sugere uma tentativa de superação dos traços mais imaturos e dependentes do paciente. No processo da psicoterapia psicanalítica, movimentos de progressão e regressão são esperados. Além disso, trata-se da psicoterapia de uma criança, cuja organização da personalidade ainda não está plenamente constituída. Acrescido a esse fator, deve ser lembrada a presença de componentes passivo-dependentes, que poderiam se tornar nucleares na estrutura de personalidade do paciente, sem a psicoterapia.

As respostas de conteúdo humano, como já foi visto, tiveram um acréscimo significativo após seis meses e um ano de psicoterapia (foram 4 no início do tratamento, 13 após 6 meses e 7 após um ano). H puro aumentou de 1 para 5 na segunda Prova, mantendo-se em 4 na terceira, sinalizando para uma percepção do outro e de si mesmo mais baseada em elementos da realidade e para um aumento da capacidade de identificação e empatia. Ainda que Hd aumentado após seis meses de psicoterapia indique uma visão parcial do outro e de si mesmo e um modo reservado e desconfiado de aproximação, após um ano de psicoterapia H foi maior do que Hd, o que se espera a partir dos 10 anos e assinala que a própria imagem e a percepção do outro estão sendo construídas sobre experiências reais e não sobre fantasias.

Afeto

Embora na primeira aplicação do Rorschach o Índice DEPI = 3 careça de significação, algumas considerações acerca dos aspectos qualitativos podem ser feitas. No protocolo do paciente, os elementos afetivos (mais do que os cognitivos) foram positivos na relação com

componentes depressivos. Assim, aspectos relacionados ao afeto e às relações interpessoais associaram-se aos indicadores de depressão.

Não foi possível identificar um estilo de vivência (estilo EB) definido no Protocolo, o que indica a possibilidade de imprevisibilidade na conduta. As variáveis (FM, m, C', V, T e Y) foram todas iguais a zero, afastando-se, com exceção de V, T e Y, das médias encontradas na idade do paciente (foram diminuídas em relação às médias). Tais variáveis estão relacionadas a afetos que podem influir na conduta do indivíduo, funcionando como disparadores internos de tensão de tipo ideacional (no caso de FM e m) e de tipo emocional (no caso de C', T, V e Y). Nesta etapa da psicoterapia, havia uma negação maior desses afetos. Além disso, a existência de uma limitação desses disparadores internos de tensão também podia estar relacionada à dificuldade do paciente de autopercepção.

A ausência de FC, CF e C no primeiro Protocolo evidenciou a dificuldade ou limitação do paciente para lidar e identificar os afetos e a presença de um importante controle das emoções. Isso foi corroborado pelo índice bastante diminuído de Afr (= 0,14, quando a média da faixa etária é 0,56). O resultado do paciente indica uma clara inclinação a evitar a estimulação emocional e costuma aparecer em indivíduos que tendem a retrair-se ou mesmo a isolar-se socialmente. O índice de FD aumentado para a idade e $T = 0$ reforçam este achado e acentuam a distância do meio. Este resultado é chamativo no Protocolo de crianças, onde se espera justamente o contrário. Como é uma das variáveis mais estáveis de todo Rorschach, mostra um estilo do indivíduo, dificilmente modificável, mesmo em longo prazo. Neste protocolo houve, inclusive, rejeição à lâmina X, o que reforça a dificuldade do paciente para lidar com as emoções e suas tentativas de esquiva e evitação desse tipo de estímulo.

O uso do espaço branco (respostas S) apareceu aumentado no protocolo (= 3), enquanto a média da idade é 1,12. Quando $S > 3$ os componentes hostis do indivíduo, seu estilo de oposição e negativismo são muito acentuados. Não foi o caso no protocolo de Valter,

mas o índice aumentado naquele momento sugeria uma tendência neste sentido. A ausência de Respostas Mistas no protocolo indicou uma tendência à simplificação, que produz empobrecimento psicológico e dificuldades no manejo da estimulação emocional complexa. Este achado é corroborado pelo Λ alto.

Após seis meses e após um ano de psicoterapia, constatou-se um aumento do índice DEPI. É possível que a evolução da psicoterapia, e uma ampliação do autoconhecimento, da capacidade de reflexão e o contato com as suas dificuldades tenham mobilizado os afetos depressivos do paciente, algo que costuma ocorrer no processo de elaboração de conflitos na psicoterapia psicanalítica.

As variáveis FC, CF e C, ausentes no início da psicoterapia, estiveram presentes aos seis meses e um ano de psicoterapia. A relação de 1 : 0 de FC : CF + C aos seis meses indicou uma tendência de controle excessivo das expressões afetivas naquele momento. O esperado em crianças é $CF + C > FC$, o que foi constatado após um ano de psicoterapia ($FC : CF + C = 0 : 1$), sinalizando um importante movimento no sentido da expressão dos afetos.

O índice Afr apresentou um aumento importante após seis meses e após um ano de psicoterapia. Na segunda Prova, após seis meses, esse índice aumentou para 0,64 e na terceira para 0,56 (sendo que neste caso, aos 8 anos, a média da idade é 0,59). Tal modificação pode indicar uma diminuição da evitação da estimulação emocional e uma melhora da receptividade psicológica do paciente diante das emoções, após um ano de tratamento.

Processamento da Informação

O Λ , no início da psicoterapia de Valter, foi igual a 7 (a média da idade é 4,13). Este índice foi alto, indicando uma simplificação excessiva das percepções, evitando com isso processar a emoção e deixar-se invadir pelos afetos, como já foi visto. Isso pode fazer com que aspectos-chave da informação externa sejam negligenciados, levando a respostas menos

ricas, matizadas e adaptativas do que o desenvolvimento cognitivo permitiria, se não existisse esse estilo super-simplificador.

O uso abusivo do controle intelectual supõe o risco de perdas bruscas desse controle. No caso do Lambda ser elevado, como neste Protocolo, existe a possibilidade de atuações (*acting-outs*) bruscas, não moduladas e desconectadas do resto do seu funcionamento. Devemos lembrar de algumas manifestações de agressividade de Valter na escola, que inclusive motivaram a busca pelo tratamento.

Em geral, Lambda alto reflete uma atitude mais defensiva, resguardada e de evitação que pode ser circunstancial (resistência a realizar a Prova) ou de estilo. Acompanhado de um ajustamento perceptivo situado na média da idade ($X+\% = 0,37$, média da idade = 0,37) neste Protocolo assinala que o paciente não distorcia sua percepção quando simplificava, indicando um estilo defensivo.

O índice Zf acima da média da faixa etária (= 9, sendo a média da idade 6,64) indicou um esforço no processamento de dados, antes da psicoterapia. A proporção de W e D apontou um aumento de W em relação à porcentagem esperada (7 para 5,18) e uma proporção de D de acordo com porcentagem esperada (7 para 7,70). Esse resultado não chega a sinalizar para uma modalidade de processamento preferente ao enfrentar situações novas e desestruturadas. Tanto pode haver uma tentativa de abranger tudo e integrar os estímulos como utilizar a forma mais econômica, simples e prática, com menos dispêndio de energia, para responder à tarefa. A associação das respostas Dd com S indicam oposicionismo e podem estar relacionadas a uma atitude negativista em relação ao teste ou a uma atitude oposicionista mais estável.

O número de respostas DQo (= 16) refletiu um funcionamento correto, sem grandes esforços criativos, um modo de processamento modesto e conservador, mas adaptado às

exigências da tarefa. Este resultado supõe uma atividade cognitiva que evita a complexidade, mas define suficientemente o estímulo, sem empregar mais energia do que a imprescindível.

O índice $Zd < -3$ (= - 3,5) refletiu um estilo hipoincorporador na atividade exploratória do paciente. Essa forma de processamento da informação é caracterizada por um exame pouco cuidadoso do campo de estímulos, uma sondagem apressada que não recolhe dados importantes suficientes conduzindo a uma resposta precipitada, sem esperar que apareçam pontos-chave da informação. Erros podem ser cometidos e maior precipitação na tomada de decisões. Indica impulsividade. O Zd aumentado no caso de crianças indica uma criança descuidada, negligente e precipitada ao emitir suas respostas. Seus erros de processamento acarretam dificuldades em sua vida cotidiana (problemas de aprendizagem, tendências a condutas disruptivas etc.).

Constatou-se uma diminuição significativa do índice Lambda após seis meses e um ano da psicoterapia. Esses resultados sinalizaram para uma atenuação importante da atitude defensiva do paciente do início da psicoterapia. Indicaram também a redução da simplificação das percepções observada na primeira aplicação da Prova de Rorschach.

Entre as variáveis deste agrupamento, $DQ +$ também evidenciou uma modificação em relação à primeira aplicação da Prova. Esteve ausente naquela ocasião. Após seis meses, ocorreram 5 respostas $DQ +$ e após um ano de psicoterapia, 2 respostas. Para produzir este tipo de respostas, deve-se realizar processos de análise e síntese e estabelecer vínculos significativos entre elementos do campo de estímulos. Entretanto, em que pese o esforço de integração, a associação de grande parte dessas respostas a $FQ -$ revela a possibilidade de limitações no ajuste perceptivo em determinadas circunstâncias, restringindo as condutas adaptativas.

O índice Zd apresentou uma mudança significativa. Após seis meses de psicoterapia o índice foi reduzido para $- 1$ e após um ano foi $+ 1$. Essa mudança indica uma melhora no

processamento da informação do paciente, que se tornou mais capaz de registrar os elementos mais importantes do campo de estímulos, com mais facilidade e sem perda de precisão.

Mediação Cognitiva

A qualidade do ajustamento perceptivo do paciente não evidenciava comprometimento já no início da psicoterapia, de acordo com as variáveis X^+ , situada na média (= 0,37, média da idade = 0,37), X_u também na média (= 0,25, média da idade 0,23) e X^- na média (= 0,37, média = 0,36). Quatro respostas FQ – % foram associadas a conteúdos de Anatomia, e duas ao Código Especial MOR. Tais respostas podem ter sido influenciadas pelas preocupações com o corpo e a autoimagem do paciente, impactando seu ajuste perceptivo em algumas ocasiões. A análise dos níveis de distorção dessas respostas FQ – sugere, mais do que a possibilidade de um transtorno perceptivo, uma tendência do paciente a mostrar-se individualista e pouco convencional, dependendo da situação que tiver que enfrentar. Após um ano de psicoterapia, no que diz respeito aos processos de mediação cognitiva, manteve-se a adequação na tradução dos estímulos e adaptabilidade do paciente.

Ideação

No início da psicoterapia, a função de estimulação ou alerta, relacionada à atividade ideativa não deliberada, que se inicia sem a intervenção voluntária do indivíduo, apresentava-se falha, de acordo com a proporção de $eb\ 0 : 0$ (e seu lado esquerdo igual a zero). Não se identificou um estilo de vivência predominante naquele momento. FM diminuído (= 0, quando a média da idade é 1,52) sinalizava a dificuldade do reconhecimento, por parte do paciente, das suas necessidades básicas.

A presença de $FD > 0$ assinalou uma tendência de comportamento passivo-dependente, ainda que não tenha sido acompanhada por $p > a + 1$, de $T > 1$ e de P aumentado.

O código $MOR > 2$ assinalou um tom pessimista que coloria a ideação do paciente. Esse pessimismo pode favorecer os estados depressivos. Sua função de impregnação do

funcionamento ideativo exerce um papel importante na interpretação dos fatos cotidianos, levando a expectativas menos favoráveis.

A ausência da maioria dos Códigos Especiais Críticos (DV, DT, FAB, ALOG e CONT) indicou a ausência de transtornos do pensamento mais graves e de falhas lógicas no curso da ideação. A presença de apenas um INCOM1 refletiu um deslize cognitivo moderado, não chegando a comprometer a capacidade de discriminação. As respostas M, do ponto de vista da Ideação, representam o uso do pensamento deliberado. A Qualidade Formal que a acompanha indica o grau de afastamento do convencional que o indivíduo mantém quando usa os processos de reflexão. Neste Protocolo, encontramos uma única resposta M cuja Qualidade Formal é u (Mu), indicando uma forma ideográfica, pessoal, de usar a ideação, embora não necessariamente perturbada. Como não houve respostas Mo, levanta-se a hipótese de que o pensamento do paciente, sem estar perturbado ou desadaptado, apresentava gradações excêntricas ou peculiares naquele momento.

No decorrer da psicoterapia, algumas mudanças foram identificadas na ideação do paciente. Aos seis meses e 12 meses de tratamento, um estilo vivencial foi identificado: o EB 4 : 0,5 e 4 : 1, respectivamente, indica um estilo introversivo, pouco frequente em crianças, na medida em que sinaliza hipermaturidade, um estilo reflexivo, tendente a não processar a emoção e postergar a descarga.

O EBPer positivo na segunda e terceira Prova, indicou falta de flexibilidade ao enfrentar as situações, um estilo mais rígido que dificulta a obtenção de condutas adaptativas e uma preferência pelos mecanismos ideativos para solução dos problemas (tendo em vista o estilo introversivo).

O índice FM, que foi igual a zero na primeira e na segunda Prova do Rorschach, aumentou para 1 após um ano de psicoterapia. Embora ainda bastante diminuído, a tímida

mudança na terceira Prova pode indicar um início de registro, por parte, do paciente, de suas necessidades básicas.

O estilo representado por $p > a+1$ após um ano de psicoterapia indica uma tendência a se refugiar na fantasia para buscar a gratificação das necessidades e compensar as frustrações da vida real. Novas características da atividade ideativa surgem neste período do tratamento, indicando maior abertura ao sonho, ao jogo imaginário, ao uso da fantasia. Isso pode ser positivo desde que não invada excessivamente os processos ideativos e se transforme numa estratégia defensiva para não lidar com a realidade e evitar o confronto com as dificuldades. $M_p > M_a$ na terceira Prova do Rorschach alerta justamente para a tendência a substituir a realidade pela fantasia ao utilizar o pensamento deliberado, sendo que essa tendência pode se acentuar diante de situações estressantes. Pode chegar a constituir uma negação ou evitação, proporcionando alívio momentâneo do desconforto, mas com o risco de aumentar a dependência dos demais, na medida em que essa atitude cognitiva traz a crença de que as soluções virão do exterior, ou de maneira mágica. O fato de, nesta fase do tratamento, $M_p > M_a+1$ revelar um refúgio na fantasia diante de situações desagradáveis reforça as observações anteriores.

Respostas com Conteúdos Mórbidos, embora reduzidas para zero aos seis meses de psicoterapia novamente elevaram-se para 3 após um ano. Tais respostas têm relação com a percepção interna de elementos disfóricos, significando um tom pessimista que pode favorecer os estados depressivos.

As respostas M, aumentadas após seis meses e após um ano de psicoterapia, foram acompanhadas tanto por FQo como por FQu, em proporções praticamente iguais. MQo sinaliza para um ajustamento perceptivo comum, sem se afastar do convencional. Mu indica uma forma ideográfica e pessoal de usar a ideação, mas não necessariamente perturbada. Esse tipo de resposta esteve presente antes da psicoterapia, mas, agora, após um ano, acompanhado

por Mo, pode ser entendido como um sinal positivo, relativo à liberdade do paciente na formulação dos seus julgamentos.

Controle e Tolerância ao Estresse

O CDI positivo no início da psicoterapia indicou uma organização de personalidade imatura, com vivências de desamparo mais intensas do que o habitual. Esse índice sinalizava para a possibilidade do paciente sentir-se indefeso, sem recursos ou assustado diante das solicitações sociais cotidianas, correndo maior risco de desorganizar sua conduta se a situação externa se tornasse mais complexa. Sinalizava também uma vulnerabilidade frente a situações de aumento de tensão, o que contribuía para aumentar os problemas de controle. Tais dificuldades manifestavam-se principalmente na esfera interpessoal, podendo ocorrer também em outras situações complexas ou geradoras de mal-estar.

O índice de EA diminuído para sua faixa etária indicou uma escassez de recursos internos disponíveis para o enfrentamento das múltiplas tensões da vida cotidiana. O índice de EB (1 : 0) sugeriu falha em estruturar um estilo de vivência (introversivo ou extratensivo) podendo significar um estilo vacilante, menor coerência interna e conduta imprevisível.

O índice de es foi zero (diminuído a faixa etária: média = 3,50). Esse índice representa os disparadores de tensão interna diante dos quais são geradas condutas que buscam recuperar a homeostase. Sua ausência sugeriu uma eliminação da percepção dos sinais de alarme (que cumprem uma função de alerta) e uma ausência de sensibilidade para as próprias necessidades. Soma-se a isto o fato de que $D_{ajustada} = 0$ pode indicar uma escassez de registro do desconforto interno.

Houve um aumento nos índices de EA após seis meses e um ano de psicoterapia: 4,5 e 5, respectivamente, ultrapassando a média da idade (2,41 para 7 anos e 2,83 para 8 anos). Constata-se que houve uma ampliação importante dos recursos internos do paciente. Houve também uma definição do estilo de vivência, apontando para um EB introvertido (4 : 0,5 e 4 :

1, na segunda e na terceira Prova). O EB introvertido significa um estilo predominante ideacional, que afasta as emoções dos processos de solução de problemas e tomada de decisões. Trata-se de um estilo pouco frequente em crianças, podendo ser, nestes casos, um sinal de hipermaturidade e uma limitação para lidar com as emoções. Soma-se a isso o EBPer positivo na segunda e terceira Prova, indicando falta de flexibilidade ao enfrentar as situações, um estilo mais rígido que dificulta a obtenção de condutas adaptativas e uma preferência pelos mecanismos ideativos para solução dos problemas (tendo em vista o estilo introversivo).

D Ajustada igual a + 1 na segunda e na terceira Prova também sinalizam para uma hipermaturidade. Segundo o Sendín (1999), pode tratar-se de um prematuro e excessivo estabelecimento de controles, que podem enrijecer o comportamento e limitar a sensibilidade e consciência diante do entorno.

Por outro lado, enquanto na primeira e segunda Provas o índice de Estimulação Vivenciada (es) foi zero, na terceira foi 2. Embora abaixo da média da faixa etária (4,09), levanta-se a hipótese de que, decorrido um ano de psicoterapia, o paciente comece a desenvolver uma percepção interna e maior sensibilidade para as próprias necessidades.

Discussão

As maiores dificuldades de Valter, no início da psicoterapia, concentravam-se na esfera da autopercepção, das relações interpessoais, do afeto e do controle e tolerância ao estresse. A tríade cognitiva, composta pela capacidade de processamento da informação, mediação e ideação não evidenciava desajustes significativos, mostrando-se afetada, especialmente, quando a leitura da realidade dizia respeito à esfera interpessoal, à autoimagem e à expressão dos afetos e das emoções.

Valter iniciou a psicoterapia com poucos recursos internos para enfrentar as tensões da vida cotidiana, com pouca sensibilidade para as próprias necessidades e com limitações para

identificar a tensão interna. Defendia-se dessa fragilidade egoica simplificando suas percepções e fazendo um uso abusivo do controle intelectual.

A primeira Prova do Rorschach mostrou um prejuízo na autopercepção do paciente e na sua autoimagem, que era desvalorizada e geradora de uma visão negativa do meio. Essa avaliação evidenciou preocupações com o corpo, e uma visão precária e fragmentada do mesmo, que configuravam uma distorção na imagem corporal.

O menino apresentava um déficit relacional importante, que contribuíam para sentimentos de desvalorização e baixa autoestima, que por sua vez conduziam a um quadro depressivo, provavelmente secundário ao déficit relacional. Valter era dependente nos seus relacionamentos interpessoais, e a sua visão parcial de si mesmo e dos outros conduzia a uma desconfiança e falta de segurança nas suas relações.

Na esfera afetiva, o primeiro protocolo demonstrou um controle acentuado das emoções, uma negação dos afetos e evitação da estimulação emocional, e alguns componentes hostis, de oposição e negativismo. Por outro lado, na dimensão cognitiva, Valter apresentava um processamento da informação e um ajuste perceptivo adequados. Tais processos falhavam apenas no que se referia à autoimagem, autopercepção e em contextos interpessoais. Nestas situações, poderia haver negligência do campo de estímulos, uma simplificação perceptiva e respostas precipitadas e/ou impulsivas.

A psicoterapia ajudou Valter a expandir sua capacidade de autoexame e autoanálise. Após um ano de tratamento, observou-se uma importância crescente das experiências reais, mais do que das fantasias, na apreensão da própria imagem e na percepção do outro. A segunda e a terceira Provas do Rorschach revelaram uma criança em busca de uma autoimagem mais integrada e menos negativa.

Após 12 meses de tratamento, observou-se um aumento da capacidade de identificação e de empatia do paciente. Sua tendência à passividade e a demandar dos outros a satisfação

dos seus desejos e necessidades ainda se faziam presentes, assim como certa rigidez cognitiva e uma falta de flexibilidade ao enfrentar as situações, dificultando a obtenção de condutas mais adaptativas.

Houve uma diminuição da evitação da estimulação emocional no final do primeiro ano de psicoterapia, uma melhora da expressão dos afetos e da receptividade psicológica. Junto com isso, aumentou a intensidade dos indicadores de depressão do paciente. Mais sensível e mais capaz de identificar as próprias necessidades, Valter era uma criança com mais recursos internos depois de um ano de psicoterapia.

O material apresentado mostra claramente a complexidade do processo psicoterapêutico psicanalítico, e o seu potencial para promover mudanças em diferentes níveis e dimensões da organização e do funcionamento da personalidade. O caso estudado revelou um menino com bom nível de inteligência e potencial, que se engajou na psicoterapia e apresentou melhoras importantes, decorrido um ano do seu início.

A extensão e a profundidade com que o Método de Rorschach foi capaz de captar mudanças nesse primeiro ano de psicoterapia devem ser assinaladas. Luyten, Blatt e Mayes (2012) destacaram a necessidade de avaliar as mudanças numa psicoterapia para além do plano dos sintomas, analisando que níveis podem ser acessados e de que forma. Esses mesmos autores observaram que as mudanças numa psicoterapia não constituem um movimento linear, mas sim são caracterizadas por avanços e retrocessos, o que se verifica nesse estudo.

Nessa mesma direção, a literatura sobre tratamentos psicanalíticos de longo prazo detecta alterações ou agravamentos que, muitas vezes, podem preceder a melhora (Tang, Luborsky & Andrusyna, 2002). Pesquisa recente constatou a importância dos fenômenos de regressão em tratamentos de longa duração, descrevendo como alguns pacientes apresentaram diminuição acentuada nos níveis de funcionamento reflexivo antes da melhora (Vermote et

al., 2011). Além disso, mudanças no funcionamento interpessoal requerem mais tempo de tratamento do que mudanças a nível sintomático, por exemplo (Barkham et al, 1996; Howard et al, 1993; Huber et al., 2007).

Os resultados deste estudo corroboram aqueles obtidos por estudos anteriores, que discutiram a efetividade da psicoterapia psicanalítica de crianças (Deakin & Nunes, 2009; Midgley & Kennedy, 2011). Embora na presente investigação tenham sido analisadas mudanças em uma psicoterapia em curso, foi evidenciada a efetividade desse tratamento, que abordou o transtorno internalizante de uma criança em início da idade escolar.

Considerações finais

Este estudo sinaliza que a complexidade das mudanças que podem se dar num processo terapêutico coloca inúmeros desafios para os clínicos e pesquisadores, no que diz respeito às estratégias para aferi-las. O Método de Rorschach mostrou-se extremamente adequado para a identificação de tais mudanças, podendo servir a vários objetivos: auxiliar no diagnóstico do paciente, identificar as melhoras nas várias esferas da sua personalidade, recurso para avaliar o tratamento e também para planejá-lo, reorientá-lo se for o caso, indicando aspectos importantes que necessitam ser trabalhados.

Ressalta-se, também, que identificar as mudanças que ocorrem numa psicoterapia é importante. No entanto, compreender como e por que elas acontecem, ou seja, analisar o processo terapêutico é igualmente importante.

O delineamento de estudo de caso único mostrou-se adequado aos objetivos desse estudo, fornecendo elementos que permitiram apreender mudanças importantes que se fizeram notar no primeiro ano da psicoterapia de Valter. Ao mesmo tempo, os resultados do Rorschach indicam algumas direções que podem ser seguidas no seu tratamento. Embora a técnica da psicoterapia psicanalítica de crianças, muito semelhante à da psicanálise, preconize a realização de sessões não estruturadas, não dirigidas, baseadas na associação livre da criança

e na atenção flutuante do terapeuta, as Provas do Rorschach mostram alguns focos que poderiam ser priorizados para ajudar o paciente: as distorções na sua autoimagem e baixa autoestima, que conduzem às suas dificuldades de relacionamento; sua dificuldade para expressar seus afetos e lidar com suas emoções, para reconhecer e nomear seus sentimentos, desejos etc. Todos esses aspectos, possivelmente, são subjacentes aos sintomas depressivos, que também merecem a atenção da terapeuta.

Deve ser mencionada, ainda, a dificuldade das avaliações de efetividade em tratamentos de longa duração. Até que ponto as mudanças identificadas podem ser atribuídas à psicoterapia e até que ponto resultam do próprio desenvolvimento da criança, ou das dinâmicas contextuais externas ao *setting*? Este estudo não permite responder a esta questão. Sequer o tratamento foi finalizado, o que significa que, na hipótese da sua continuidade por um período significativo de tempo, novos movimentos de regressão e progressão poderão se fazer presentes. Circunstâncias externas da vida do paciente poderão impactar, de diferentes maneiras, seu tratamento.

Entretanto, o campo de estudos em psicoterapia já mostrou sua efetividade e, em alguns casos, eficácia. E as dificuldades de um caminho não constituem motivo para não trilhá-lo. Significam, quem sabe, um desafio, capaz de conduzir a novos lugares, experiências e conhecimentos, tendo em vista em primeira e última instância o bem estar das crianças com quem trabalhamos e nosso compromisso ético com elas.

Referências

- Abbass, A.A., Hancock, J.T., Henderson, J. & Kisely, S.R. (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(4).
- Adrados, I. (1985). *A técnica do Rorschach em crianças: Perfil psicológico da criança dos sete aos quatorze anos*. Petrópolis: Vozes.
- Anstey, K. J., & Hofer, S. M. (2004). Longitudinal designs, methods and analysis in psychiatric research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 93–104.
- Araújo, M. S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 33-52.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 927–935.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Berghout, C. C., & Zevalkink, J. (2009). Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 7–33.
- Berghout, C. C., Zevalkink, J., Katzko, M. W. & de Jong, J.T. (2011). Changes in symptoms and interpersonal problems during the first 2 years of long-term psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis. *The British Psychological Society*, 85, 203-219.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: relatedness and self definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Blatt, S. J., Behrends, R. S. (1987). Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 279–297.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2010). Reactivating the psychodynamic approach to classify psychopathology. In: Millon T., Krueger, R. F., & Simonsen, E. (Eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford Press, p. 483–514.
- Buck, John N. & Warren, W. L. (2003). *H – T – P Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., Chaves, L., Alegría, M., Bauermeister, J. J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P., & Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Castro, P. F. (2012). Metanálise sobre o método de Rorschach: produções internacional e nacional. *Revista Educação*, 79(1), 8-22.
- Cunha, J. A., Minella, D. M. L., Werlang, B. G., Carneiro, T. F. (1993). Alguns tipos específicos de avaliação psicológica. In J.A. CUNHA e cols. *Psicodiagnóstico- R*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 101-134.
- 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.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A.A., de Jonghe, F. & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25–36.

- Drozdz, J. F., & Golfried, M. R. (1996). A Critical Evaluation of the State-of-the-Art in Psychotherapy Outcome Research. *Psychotherapy*, 33(2), 171-180.
- Eells, T. D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3 (1), 35 - 54.
- Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M. & Woscoboinik, P. (2003). A hora de jogo diagnóstica. In: Ocampo, M. L. S., Arzeno, M.E. G., Piccolo, E. G. & col. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (pp. 207-238). São Paulo: Martins Fontes.
- Eizirik, C.L., & Hauck, S. (2007). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: A.V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. 3^a. ed. (pp.151-166), Porto Alegre: Artmed.
- Exner, J. E. (1994). *El Rorschach: un sistema comprehensivo*. Tradução M. E. Ramírez. 3. ed.. Madrid: Psimática.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de Classificação do Rorschach para o sistema comprehensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. Jr. (2003) *The Rorschach - A Comprehensive System vol. 1 {basic foundations and Principles of Interpretation}*. 4th edition. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Exner, J. E., & Sendín, C. (1999). *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema comprehensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, S. (2010). *Normas do Rorschach em crianças de seis a oito anos*. Ribeirão Preto, SP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- Fonagy, P. (2009). Research in child psychotherapy: Progress, problems and possibilities?. In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. 19-34). Nova York, NY: Routledge.

- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clinic*, 69(1), 1–58.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Glenn, J. (1996). Uma visão geral da técnica analítica de crianças. In. *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. (pp. 7-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70.
- Guimarães, L. P. M. (2012). *Crítérios de progresso em psicoterapias de crianças na avaliação de psicoterapeutas*. Campinas, SP. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phasemodel of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678–685.
- Huber, D., Henrich, G., & Klug, G. (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research*, 17, 474–481.
- IPA – International Psychoanalytic Association (2013). What is psychoanalysis?. Oficial website. Disponível em: http://www.ipa.org.uk/en/Psychoanalytic_Knowledge/About_Psychoanalysis/en/Psychoanalytic_Treatment/About_psychoanalysis.aspx?hkey=95f36836-e69a-405f-bcc0-7fca2bb832ce (acessado em 19 de dezembro de 2013).
- 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.

- Kernberg, O. (2006). A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In. *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica*. (pp. 117-144). Lisboa: Climepsi.
- Klein, M. (1927/1969). *A neurose na criança*. São Paulo: Mestre Jou.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R., & Staats, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 433–455.
- Leichsenring F, Rabung S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551–1565.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Corveleyn, J. (2006). Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(2), 571-610.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Mayes, L. C. (2012). Process and outcome in Psychoanalytic Psychotherapy Research: The need for a (relatively) new paradigm. In: R. A. Levy et al., (Eds). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. (pp. 346-359). Current Clinical Psychiatry.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006) Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985–999.
- Maia, A. P. F. (2012). Depressão na infância e na adolescência. In: Le Fu-I, Miguel Angelo Boarati, Ana Paula Ferreira Mail e col. *Transtornos Afetivos na Infância e Adolescência. Diagnóstico e Tratamento*. (pp. 63-77). Porto Alegre: Artmed.
- McConaughy, S., & Achenbach, T. (1994). Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 35, 1141-1157.

- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 1-29.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5-22.
- Odhammar, F. Sundin, E. C. Jonson, M., & Carlberg, G. (2011): Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning, *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279.
- Palacio-Espasa, F. & Dufour, R. (1997). *Diagnóstico estrutural na infância*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Raspantini, R. L., Fernandes, S. & Pasian, S. R. (2011). The Rorschach in Brazilian Children. Normative Data From a 9 to 11 - Year-Old Nonpatient Sample. *Rorschachiana*, 32, 199-222.
- Resende, A. C., Carvalho, T. C. R. de, & Martins, W. (2012). Desempenho Médio de Crianças e Adolescentes no Método de Rorschach Sistema Compreensivo. *Avaliação Psicológica*, 11(3), 375-394.
- Ribeiro, R. K. S. M., Semer, N. L., & Yazigi, L. (2012). Rorschach comprehensive system data from a sample of 211 nonpatient children in Brazil. *Journal of Personality Assessment*, 94(3), 267-275.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer's Report Study. *American Psychologist*, 50, 965 - 974.
- Sendín, C. (1999). Triade cognitiva I: Processamento da informação. In J. E. Exner & C. Sendín (Eds.), *Manual de interpretação do Rorschach para o sistema compreensivo* (pp. 71-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 501-510.
- Shahar, G. (2006). Clinical action: introduction to the special section on the action perspective in clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1053–1064.
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process–outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 521–543.
- Tang, T. Z., Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 444–447.
- 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.
- Trowell, J., Rhode, M., Miles, G., & Sherwrod, I. (2003). Childhood depression: work in progress. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 147-170.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., ... Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaes, Y. et al. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198(2), 110–115.

- Weiner, I. B. (2000). *Princípios da interpretação do Rorschach* (M. C. V. M. Silva, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Williams, Paul. (2007). O que é psicanálise? O que é um psicanalista? In. E. Person, A. Cooper & G. Gabbard (Orgs.). *Compêndio de Psicanálise* (pp. 199-209). 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.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 130-40.

Seção 2 - O processo psicoterapêutico de uma criança: uma análise com base no *Child Psychotherapy Q-set*

O foco deste estudo foi a análise do processo do primeiro ano de psicoterapia psicanalítica de uma criança. Essa temática vem ao encontro da necessidade de pesquisas empíricas que demonstrem de que forma ocorre a efetividade do tratamento psicanalítico com crianças, com o intuito de aprimorar a prática clínica e, desta forma, mantê-la em sintonia com as demandas contemporâneas da população (Fonagy, 2003, 2009; Kazdin, 2008).

A psicoterapia psicanalítica é uma abordagem terapêutica derivada da psicanálise, pois baseia seus pressupostos teóricos nos processos mentais inconscientes descritos originalmente por Sigmund Freud (IPA, 2013). Tem o objetivo de possibilitar ao indivíduo a ampliação do entendimento sobre seu funcionamento, resultando no uso de defesas mais maduras, na melhora do padrão das relações objetais (Eizirik & Hauck, 2007) e em mudanças sintomáticas significativas (Kernberg, 2006).

Glenn (1996) postula que o aspecto essencial do tratamento psicanalítico com crianças é a interpretação das pulsões e defesas conflitantes do paciente, permitindo que o ego passe a funcionar de modo mais adaptativo, possibilitando a alteração das defesas, a modificação do superego e uma maior gratificação pulsional. Espera-se que, ao longo da psicoterapia psicanalítica, as tendências regressivas da criança diminuam, haja superação das inibições e das paradas desenvolvimentais e que as energias liberadas e neutralizadas fiquem disponíveis para a atividade sublimada.

Para alcançar esses objetivos, Coppolillo (1990) divide os objetivos do processo terapêutico com crianças em três fases: inicial, intermediária e final. O início do tratamento é caracterizado pela superação, por parte da criança de seu isolamento e desconfiança no terapeuta e no *setting*, alcançando, ambos, uma aliança terapêutica. Neubauer (1996) enfatiza o estabelecimento da aliança terapêutica mediante a interpretação das defesas. Além disso,

almeja-se que, nessa etapa, a criança se torne consciente de que algumas de suas atividades mentais são geradas internamente, ao invés de tiradas do mundo externo. Também espera-se que a criança e o terapeuta comecem a dividir modos de representar seus estados internos com palavras, imagens e símbolos (Coppolillo, 1990).

A fase intermediária do tratamento pode ser caracterizada por uma maior familiaridade entre terapeuta e paciente. A criança começa a expressar desagrado, raiva ou aversão ao terapeuta ou a externalizar seus impulsos durante a sessão. O terapeuta procura mostrar para a criança e, eventualmente, interpretar, suas atitudes ou comportamentos, ou estimula a criança a falar de seus problemas. Pode-se dizer que a meta global deste período é trazer o comportamento e o estado mental da criança sob seu controle consciente, por meio do trabalho interpretativo (Coppolillo, 1990).

A fase final do tratamento caracteriza-se por uma criança com uma noção de *self* integrado, reconhecendo suas necessidades e desejos, adquirindo a capacidade de auto-reflexão e autoanálise e por fim, a capacidade de iniciar e manter relacionamentos saudáveis. Nesse momento, almeja-se que a criança consiga usufruir dos ganhos obtidos no processo psicoterápico, cada vez utilizando menos o auxílio do terapeuta (Coppolillo, 1990).

Para Stürmer e Castro (2009), o campo da psicoterapia foi afetado por uma mudança epistemológica que rejeita o pensamento linear e positivista, é menos determinista e mais sensível às diversas possibilidades, o que envolve a noção de processos, contextos de interação e influências recíprocas. A valorização da relação terapeuta-paciente, para além da sua dimensão transferencial, é cada vez mais enfatizada (Ferro, 1995) e as intervenções não se esgotam na interpretação das defesas e da transferência, ou do conteúdo do jogo infantil. O terapeuta interage com a criança, é continente em relação aos sentimentos e pensamentos projetados por ela, ocorrendo, em geral, um longo processo de construção interpretativa, que pode durar semanas ou até mesmo meses, até que as narrativas da sessão, seja por intermédio

das palavras, do jogo ou de outros mediadores, permitam a formulação de uma hipótese interpretativa, co-construída pela dupla terapeuta-criança e, de acordo com Ferro, sempre insaturada, isto é, aberta a modificações, correções, acréscimos etc.

Nesse sentido, atualmente, há uma discussão, no campo das psicoterapias, de como a pesquisa pode iluminar o que acontece quando um adulto e uma criança se encontram, em um tratamento psicoterápico. Compreender por que e como as mudanças acontecem tem o potencial de auxiliar a identificar os ingredientes ativos ou mecanismos de mudança que estão na base de uma intervenção clínica bem sucedida (Midgley, 2007; Schneider, Midgley & Duncan, 2010). Esse é o melhor investimento, tanto a curto como em longo prazo, para aprimorar a prática clínica e o cuidado com os pacientes (Kazdin & Nock, 2003).

Pesquisas em psicoterapia psicanalítica de crianças

Nos últimos anos, tem havido progressos consideráveis na pesquisa em psicoterapia de crianças e adolescentes, refletida na quantidade e qualidade de estudos de resultados e a identificação de tratamentos baseados em evidências para uma série de problemas clínicos (Midgley, Anderson, Grainger, Vuckovic-Nesic & Urwin, 2009). Esse avanço também tem ocorrido no campo das pesquisas em psicoterapia psicanalítica, e os esforços têm buscado fornecer evidência empírica da eficácia desses tratamentos. Alguns resultados importantes têm sido demonstrados, como o fato de que algumas crianças parecem ser mais responsivas à psicoterapia psicanalítica que outras, indicando que as crianças mais jovens se beneficiam mais do tratamento do que as mais velhas (Deakin & Nunes, 2009; Midgley & Kennedy, 2011; Target & Fonagy, 1994; Trowell, Rhode, Miles, & Sherwood 2003) e que o trabalho com os pais ou com a família se constitui como um importante componente do tratamento dessa população (Odhammar, Sundin, Jonson & Carlberg 2011; Midgley & Kennedy, 2011; Trowell et al., 2007). Além disso, diversas pesquisas mostram que as melhoras atingidas com

o tratamento foram mantidas ou se intensificaram nas avaliações de *follow-up* (Midgley & Kennedy, 2011; Odhammar et. al. 2011; Trowell et al. 2003, 2007).

No entanto, quando se trata de trabalhar com crianças emocionalmente perturbadas, "questões fundamentais permanecem sobre a terapia e os seus efeitos" (Kazdin, 2003, p. 271). A maioria dos estudos revela a ausência de considerações de como ou por que alguns tratamentos funcionam e quais aspectos do tratamento tendem a facilitar ou inibir a mudança terapêutica.

Conforme Oliveira (2012), os desafios para a pesquisa em psicoterapia psicanalítica com crianças são, ainda, muito grandes, pois essa forma de tratamento traz dificuldades adicionais ao pesquisador e ao clínico, que se defronta com um número ilimitado de moderadores de tratamento, que podem influenciar o resultado. Exemplos incluem as características da criança (idade no início da psicoterapia, gravidade da disfunção, comorbidade), dos pais (presença de psicopatologia, estresse), do terapeuta (experiência, características de personalidade), da família (dinâmica familiar, relacionamentos, discórdia), e contexto social (escola, vizinhança, cultura).

Há um reconhecimento crescente de que apenas a exploração cuidadosa da interação do paciente com o terapeuta pode ilustrar os aspectos centrais do tratamento psicanalítico e permitir uma teoria empiricamente orientada do processo. Assim, os extensos esforços de pesquisa sobre o processo terapêutico que começam a elucidar, por exemplo, a contribuição do terapeuta, incluindo sua personalidade e técnicas, são cruciais (Strupp, 2013). O estudo do processo terapêutico centra-se tanto na interação terapêutica como no processo de mudança experimentado durante a relação terapêutica, estudando os episódios relevantes de mudança psicoterápica (Brum et al., 2012).

No âmbito internacional, apesar de as pesquisas sobre o processo da psicoterapia de crianças ocorrerem há mais de meio século, de acordo com Shirk e Russell (1996), a produção

de estudos que exploram os mecanismos de mudanças em tratamentos com crianças não passa de um estudo a cada dois anos. Em 2007, Midgley, ao analisar os estudos que abordavam algum aspecto do processo psicoterápico com crianças, revisou 15 estudos, sendo o mais antigo publicado em 1962. Os estudos contemplaram a discussão de medidas do comportamento da criança no *setting* clínico, o brincar, o funcionamento defensivo, a qualidade das relações de objetos internos, padrões de transferência, interações entre o terapeuta e a criança, o relacionamento paciente-terapeuta (aliança terapêutica) e os *turning points* na psicoterapia. O autor assinalou que, além do foco em aspectos específicos do processo psicoterapêutico contemplados por esses estudos, há uma demanda importante por abordagens que permitam capturar integralmente o processo do encontro terapêutico, em toda a sua complexidade.

Calberg (2009) analisou os chamados “*turning points*” na psicoterapia de crianças, com base no estudo de dezenove psicoterapias. Buscou investigar a natureza, o conteúdo e os fatores subjacentes aos processos de mudança. A maioria dos processos terapêuticos foi descrita como oportunizando mudanças graduais, que poderiam ser, inclusive, negativas. O conteúdo das mudanças foi descrito, principalmente, no contexto da relação entre a criança e o terapeuta, como o convite da criança para jogarem juntos, pela primeira vez, pela expressão de novos temas e com o diálogo entre ambos tornado-se mais profundo.

Os fatores subjacentes à mudança referiram-se ao fato de o psicoterapeuta ser psicologicamente presente e oferecer um enquadre firme e contínuo. Um importante agente de mudanças foi relatado como o terapeuta representando “um novo objeto”, um modelo para a criança de como se relacionar e essa, por sua vez, internalizando a atitude reflexiva do terapeuta e buscando por significados.

No âmbito nacional, em estudo de revisão sobre pesquisa em psicoterapia infantil, Deakin e Nunes (2008) identificaram apenas nove estudos que satisfizeram os critérios

estabelecidos. As autoras selecionaram artigos publicados no período de 1995 a 2005. Concluíram que a ênfase das pesquisas está nas pesquisas de resultados de psicoterapias comportamentais, havendo uma parcela mínima de estudos em psicoterapias psicanalíticas e/ou psicodinâmicas. Também constataram a falta de pesquisas sobre a efetividade da psicoterapia psicanalítica de crianças, diante do número de estudos sobre eficácia. As autoras assinalam que diante da proposta do tratamento psicanalítico, talvez seja impossível adequar métodos rígidos e controlados a um processo subjetivo como o proposto pela psicanálise, o que sinaliza que se deve buscar métodos próprios de aquisição de dados e comprovação de resultados. Para isso, seu estudo sublinha a importância de que profissionais e pesquisadores unam seus esforços no sentido da criação de critérios próprios de análise do processo da psicoterapia com crianças e de seus resultados.

Diante da timidez dos estudos voltados para o processo e os resultados da psicoterapia de crianças e adolescentes, Fonagy (2003) propõe uma agenda de pesquisa que pode vir a ser incorporada pelos profissionais da área e que facilitaria o desenvolvimento da pesquisa empírica. São todas relativas ao desenvolvimento de: 1) um sistema de classificação que permita identificar os casos de crianças que são mais apropriados para a psicoterapia psicanalítica; 2) medidas que comprovem que a psicoterapia psicanalítica com crianças realmente ocorreu, através da observação sistemática do que acontece na terapia; e 3) medidas que reflitam o tipo de mudanças que a psicoterapia psicanalítica objetiva gerar (ex.: mudança estrutural, mudança na representação de objeto, entre outras).

De forma semelhante, Kazdin (2008) sugere mudanças de ênfase na pesquisa em psicoterapia para avançarmos nos conhecimentos de base, melhorar o atendimento dos pacientes e reduzir o abismo entre pesquisa e prática clínica. Essas mudanças incluem dar maior prioridade para o estudo dos mecanismos de mudança terapêutica e para o estudo dos moderadores da mudança de modo que possam ser transpostos para a prática clínica.

O estudo do processo terapêutico traz embutida a questão dos instrumentos e procedimentos para sua avaliação. A viabilidade e a qualidade dos estudos dependem desses instrumentos e procedimentos, que permitam capturar, da forma mais acurada possível, o que acontece e como acontece no processo psicoterapêutico.

Avaliação do processo em psicoterapia de crianças: o *Child Psychotherapy Q-Set*

O *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ) foi desenvolvido a partir do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Enrico Jones, psicanalista dedicado à pesquisa em psicoterapia, desenvolveu, com base na Q-metodologia, o PQS (Jones, 1988, 2000), em uma tentativa de obter uma medida empírica do processo de psicoterapia de adultos, que poderia produzir resultados generalizáveis para a prática clínica. O PQS é composto por 100 itens que descrevem aspectos que podem ser mais ou menos salientes numa sessão de psicoterapia. Uma distribuição forçada é feita, em nove categorias, que identificam desde os itens mais característicos da sessão aos menos característicos.

O PQS foi reconhecido pela sua efetividade em capturar a complexidade do processo terapêutico com adultos e tem contribuído para informar sobre a relação do processo com o resultado do tratamento. O processo da psicoterapia é caracterizado pela estabilidade ou variabilidade de itens, um em relação ao outro durante uma sessão, formando um perfil de cada sessão. Estes perfis podem ser estudados no curso do tratamento (Jones, 2000). Embora seja aplicável a vários casos de investigação, a técnica Q-sort é especialmente qualificada para analisar um único caso em que o N do estudo é o número de sessões de tratamento, em oposição ao número de participantes.

Schneider e Jones (2006) adaptaram o PQS para crianças, desenvolvendo o *Child Psychotherapy Q-Set*. Partindo de uma revisão da literatura e de pesquisas em psicoterapia infantil, Schneider (2004) delineou 100 itens característicos de processos que ocorrem em psicoterapia infantil, de acordo com orientações teóricas distintas. Os itens se dividem em três

categorias: (1) experiência, comportamento e atitudes do paciente; (2) comportamentos e atitudes do terapeuta e (3) a interação terapeuta-paciente. Alguns itens do CPQ são exemplificados em Anexo (Anexo D).

Da mesma maneira como foi realizado com o PQS, como parte do processo de desenvolvimento do CPQ, Goodman, Schneider e Midgley (2013) estão desenvolvendo os protótipos das sessões ideais da psicoterapia psicodinâmica e da terapia cognitivo-comportamental com crianças. O estudo está em andamento, mas os resultados preliminares demonstram que os *experts* em psicoterapia psicodinâmica apontam, por exemplo, a sensibilidade do terapeuta em relação aos sentimentos da criança, a continência dos fortes afetos ou impulsos da criança e a interpretação de experiências reprimidas como os aspectos mais característicos do processo de psicoterapia. Por outro lado, os *experts* em psicoterapia cognitivo-comportamental apontam a tentativa de modificar as distorções nas crenças da criança, o fato da sessão ter um tema ou foco específico e o foco em ajudar a criança a planejar seu comportamento fora da sessão como os itens mais característicos do processo de psicoterapia, de acordo com sua perspectiva. Não há itens carregados significativamente em ambos os fatores, o que prova a validade discriminante dos dois protótipos.

O CPQ já foi utilizado em alguns estudos, nos Estados Unidos e Inglaterra. Goodman e Athey-Lloyd (2011) buscaram identificar estruturas de interação específicas no tratamento de uma criança, com diagnóstico de Transtorno de Asperger, realizada por dois terapeutas psicodinâmicos distintos, durante dois anos. Cinquenta e três sessões foram avaliadas com base no CPQ e quatro estruturas de interação diferentes foram identificadas ao longo do tratamento. A primeira estrutura de interação foi caracterizada pelo alcance de *insights* pela criança e sentimentos positivos em relação ao terapeuta e por uma atitude de apoio e reconfortante do terapeuta. A segunda caracterizou-se pela atitude confiante e mentalizadora do terapeuta buscando auxiliar a criança e coincidiu com a atitude mais expressiva da criança

e com jogo mais simbólico. A terceira estrutura identificou uma postura mais crítica do terapeuta, desconectado emocionalmente da criança sendo que ela demonstrou-se mais resistente às intervenções do terapeuta. A quarta estrutura identificou um terapeuta mais receptivo para as distorções cognitivas e sentimentos da criança e a criança engajando-se no jogo simbólico e competitivo.

Evidenciou-se que as estruturas de interação diferiram ao longo do tratamento, realizado um ano com uma terapeuta e no ano seguinte com outra, e que estas diferenças também apareceram na análise dos itens do CPQ. Embora todas as sessões caracterizassem o perfil psicodinâmico, o estudo constatou que as estruturas de interação são únicas para cada díade, demonstrando que as características dos terapeutas podem influenciar as estruturas de interação terapeuta-paciente em qualquer tratamento. Os autores concluíram que delimitar as estruturas de interação pode informar o que pode ser esperado de pacientes com determinados sintomas ou padrões de comportamento e como as interações mudam ao longo do tempo.

O estudo de Schneider, Midgley e Duncan (2010) também objetivou avaliar o processo psicoterápico, por meio de suas estruturas de interação. Foram avaliadas, de acordo com o CPQ, nove sessões de uma psicoterapia psicodinâmica de uma menina com onze anos de idade. Foram identificados três padrões de interação entre a paciente e seu terapeuta ao longo do tratamento. A primeira estrutura foi caracterizada por um comportamento retirado da paciente, com pouco envolvimento emocional e uma atitude reconfortante do terapeuta, buscando verbalizar estados internos e fazer conexões entre os sentimentos e a experiência da menina. A segunda estrutura foi caracterizada por uma atitude mais analítica do terapeuta e um comportamento mais aberto da paciente, examinando mais seus próprios pensamentos. A terceira estrutura identificou maior participação ativa da menina no tratamento, demonstrando consciência de suas próprias dificuldades internas. O terapeuta permaneceu neutro, mas sensível aos sentimentos da criança, caracterizando-se por um trabalho de apoio. Os autores

observaram que, através da análise do processo psicoterápico, por meio da identificação dos processos interacionais e de suas variações ao longo do tratamento, foi possível verificar de que maneira as mudanças ocorreram no quadro da paciente. Concluíram afirmando a importância da utilização do CPQ para evidenciar padrões de comportamento que são únicos para cada díade.

Contudo, como se pode constatar, comparativamente aos tratamentos de adultos, os estudos sobre psicoterapia de crianças, especialmente no contexto brasileiro, ainda são em número reduzido. Por outro lado, os transtornos mentais são comuns durante a infância e a adolescência (Kupfer et al., 2009; OMS, 2003). Fica evidente, assim, a importância de direcionar esforços de pesquisas para o processo da psicoterapia de crianças, compreendendo seus mecanismos de mudança e que fatores contribuem para uma intervenção mais ou menos bem sucedida. Com base nessas premissas, esse estudo teve como objetivo analisar o processo do primeiro ano de psicoterapia psicanalítica de uma criança, de acordo com o CPQ, descrevendo as características principais da interação terapeuta-paciente, assim como os aspectos relacionados à criança e ao terapeuta nas sessões.

Método

Participantes

Participaram deste estudo um menino de sete anos de idade no início do atendimento e sua terapeuta. Os pais buscaram ajuda devido às dificuldades de relacionamentos na escola do menino e alguns sinais de ansiedade.

Delineamento

Foi realizado um estudo descritivo, longitudinal, caracterizado como um estudo de processo e que adotou o procedimento de Estudo de Caso Sistemático (ECS) (Edwards, 2007). O ECS é um tipo específico de pesquisa de caso único, cujo objetivo é a compreensão dos fatores que contribuem para a mudança no processo psicoterápico. Caracteriza-se por ser

um estudo idiográfico, longitudinal e intensivo, que constitui uma extensão da prática clínica e lança mão de diversos mecanismos em busca do rigor metodológico e do controle dos vieses do estudo. O ECS está baseado em procedimentos desenvolvidos no contexto clínico ou naturalista, e enquanto pesquisa de processo e de resultado, o ECS supõe avaliações de variáveis do paciente, do terapeuta e da interação entre eles (Eells, 2001, 2007; Messer, 2007).

Instrumento

Child Psychotherapy Q-Set (CPQ) (Schneider & Jones, 2006) – procedimento que visa à análise do processo psicoterápico com crianças e de 3 a 13 anos de idade. O instrumento é composto por 100 cartões contendo, cada um, uma declaração que descreve uma característica importante do processo do tratamento. O objetivo do instrumento é proporcionar um procedimento de avaliação padrão para a descrição e análise do processo psicoterapêutico. A metodologia tipo Q fornece meios para caracterizar de forma sistemática uma variedade de interações entre paciente e terapeuta. Os itens são impressos em cartões individuais e representam: (a) atitudes da criança (sentimentos, comportamentos, ou experiência) (b) ações e atitudes do terapeuta, e (c) a natureza da interação da díade. As 100 afirmações resultaram de uma seleção de um conjunto de itens escolhidos com base numa extensa revisão de literatura sobre psicoterapia de crianças, que incluem métodos de tratamento validados empiricamente e abordagens psicanalíticas (Schneider & Jones, 2006; Schneider, Pruetzel-Thomas & Midgley, 2009). O valor especial deste método é que ele pode captar a singularidade de cada caso, bem como permitir a apreciação das semelhanças ou dissimilaridades de um caso para outro (Jones, Cumming & Horowitz, 1988). Para permitir maior confiabilidade, um manual de codificação oferece definições claras e exemplos de cada item, refletindo características que podem ser identificadas usando videotapes das sessões. Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o Português brasileiro pelo grupo de pesquisa que as pesquisadoras integram. A adaptação do CPQ seguiu procedimento similar ao

realizado com o PQS (Serralta, Nunes & Eizirik, 2007). Na primeira etapa, duas traduções independentes do manual e dos itens do instrumento foram realizadas por duas psicólogas bilíngues. A seguir, com o auxílio de uma terceira psicóloga, também bilíngüe, foi desenvolvida a versão consensual, levando em consideração as duas versões preliminares. Em alguns itens, optou-se por uma ou outra versão e, em outros, por uma conjugação de ambas. A segunda etapa foi a retrotradução da versão consensual para o idioma do original, o inglês. Essa etapa foi realizada por duas tradutoras bilíngües, experientes em tradução e retrotradução de instrumentos de pesquisa cuja língua nativa é o português. A terceira etapa foi a avaliação da equivalência semântica feita por duas psicólogas bilíngues. A avaliação levou em consideração a concordância das ideias do instrumento original com a versão traduzida. A versão retrotraduzido foi enviada para a autora do instrumento original e foi aprovada.

Procedimentos de coleta de dados

A partir da busca por tratamento pelos pais da criança, primeiramente, foi realizada a avaliação do caso, para confirmar a necessidade e o desejo de realizar a psicoterapia. Os instrumentos utilizados nesta etapa foram Hora de Jogo (Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal & Woscoboinik, 2003), teste HTP (Buck & Warren, 2003) e *Manchester Child Attachment Story Task* (Green, Stanley, Smith & Goldwyn, 2000), que identificaram indicadores de ansiedade e depressão associados às dificuldades relacionais do menino. Também foi apresentada e esclarecida a proposta da pesquisa para os pais e para a criança. Com a concordância de todos, o tratamento foi iniciado. A psicoterapia foi conduzida a partir do enfoque psicanalítico descrito acima. A terapeuta é especialista em psicoterapia psicanalítica, mestre em Psicologia Clínica e possui 23 anos de experiência clínica.

O tratamento foi realizado em um consultório de psicologia, devidamente equipado para a realização da atividade de psicoterapia. As sessões da criança foram semanais, com duração de 50 minutos cada uma. Periodicamente, foram realizadas entrevistas de

acompanhamento com os pais, com a mesma terapeuta, com o objetivo de coletar informações adicionais sobre a criança e orientá-los em relação ao processo de psicoterapia. Todas as sessões foram filmadas.

O projeto maior, do qual este estudo faz parte, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual se vinculam as pesquisadoras, tendo sido aprovado – Resolução 039/2012, CEP Unisinos. Todos os cuidados éticos foram respeitados, priorizando-se o bem-estar da criança participante. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantiu-se ao paciente e seus responsáveis, assim como a terapeuta (Anexo C), o direito de interromper sua participação em qualquer momento, sem prejuízo da psicoterapia em andamento e, também, de ser encaminhado a outro serviço de saúde, se necessário.

Procedimentos de análise dos dados

Para análise das sessões, cinco juízes, psicólogos com experiência clínica, foram treinados para avaliar as sessões com base no CPQ. A coordenadora do projeto mais amplo ao qual este estudo se vincula foi treinada pela autora do instrumento e por dois pesquisadores que vem trabalhando com o CPQ, na Inglaterra e nos Estados Unidos. Tendo obtido a certificação necessária, foi responsável pelo treinamento dos juízes no Brasil, que obtiveram índices de concordância entre avaliadores maiores que 0.7 em, pelo menos, dez sessões de treinamento.

Das 52 sessões realizadas no primeiro ano de tratamento, foram selecionadas dez para serem analisadas: as duas primeiras sessões da psicoterapia, duas sessões de quando a psicoterapia completou três meses, duas sessões de quando completou seis meses, duas sessões de quando completou nove meses e duas sessões de quando completou um ano. Cada sessão foi analisada por dois juízes independentes, formando pares aleatórios e que se intercambiavam. Dos cinco juízes, quatro estavam cegos para o caso.

Após assistirem ao vídeo da sessão terapêutica, os avaliadores ordenaram os cartões (itens) em nove pilhas dispostas num continuum que vai desde os itens menos característicos (categoria 1) até os mais característicos (categoria 9). O número de cartões em cada pilha é predeterminado a fim de se obter uma distribuição normal. Cinco cartões são colocados nas categorias 1 e 9. Dezoito cartões são colocados na categoria do meio (categoria 5). O número de cartões aumenta entre as categorias 1 e 5 e diminui entre as categorias 5 e 9. O ordenamento Q utiliza escala ipsativa em que os itens são avaliados uns em relação aos outros ao invés de comparados a algum parâmetro objetivo, como é o caso das escalas normativas (Jones, Hall & Parke, 1991). O número da pilha em que, ao final do ordenamento, cada cartão foi colocado é registrado e reflete o quanto esse item caracteriza o processo terapêutico em comparação com os outros itens. As sessões receberam um escore final resultante da média das classificações pelos dois juízes. Foram realizadas análises estatísticas para verificação da concordância entre os juízes através do índice de correlação intraclassa, o coeficiente *alpha de Cronbach*. A confiabilidade interavaliadores, em todas as sessões, variou entre 0.70 e 0.81 (média 0.75). Posteriormente, as médias das avaliações do CPQ foram calculadas para gerar o escore composto que foi utilizado nas análises subsequentes.

Após essa análise inicial, para obter um resumo quantitativo do processo terapêutico, foi calculada e ordenada a média dos itens do CPQ nas sessões. Com isso foram identificados os itens mais e menos característicos de cada sessão, como também a média dos itens mais e menos característicos das dez sessões avaliadas ao longo do tratamento. Estas análises foram realizadas utilizando o software SPSS 21.0.

Resultados e Discussão

Valter² iniciou o processo psicoterápico com sete anos de idade, cursando o primeiro ano do ensino fundamental. Os pais são profissionais de classe média. O menino veio para

² O nome do paciente, assim como qualquer dado que pudesse identificá-lo, foi modificado.

atendimento por enfrentar dificuldades de relacionamento na escola, apresentando dificuldades para iniciar ou manter um relacionamento com seus pares.

No processo psicoterápico, Valter mostrou-se, inicialmente uma criança com poucos recursos psíquicos, um déficit relacional importante, bem como pouca capacidade de simbolização. Evidenciou muita dificuldade para abordar suas dificuldades de relacionamento, como também para pensar sobre suas emoções e sentimentos relacionados às situações conflitivas, reagindo de maneira muito regressiva.

Medidas de resultado utilizadas mostraram que, ao longo do primeiro ano de tratamento, Valter tornou-se menos impulsivo e mais tolerante em relação às intervenções terapêuticas. Houve uma evolução dos seus recursos psíquicos e de sua capacidade de relacionamento interpessoal. No entanto, apesar destes avanços, Valter ainda apresentava uma autoimagem prejudicada e dificuldades para identificar e expressar seus sentimentos, o que justificou a continuidade de sua psicoterapia.

A seguir, serão apresentadas e discutidas as características principais da psicoterapia, de acordo com o CPQ, nas dez sessões analisadas.

Tabela 1 – 10 itens mais característicos no primeiro ano de psicoterapia

| Ítem do CPQ | Definição | Média |
|-------------|---|-------|
| 58 | C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas | 8,5 |
| 31 | T solicita mais informação ou elaboração | 7,75 |
| 3 | Os comentários de T visam encorajara fala de C | 7,7 |
| 36 | T assinala o uso de defesas por parte de C | 7,65 |
| 2 | T comenta sobre o comportamento não verbal de C (ex. postura corporal, gestos) | 7,55 |
| 50 | T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis por C (ex. raiva, inveja ou excitação) | 7,55 |
| 6 | T é sensível aos sentimentos de C | 7,35 |
| 42 | C ignora ou rejeita os comentários e observações de T | 7,25 |
| 84 | C expressa raiva ou sentimentos agressivos | 7,25 |
| 45 | T tolera os fortes afetos ou impulsos de C | 7,1 |

Nota. T: Terapeuta, C: Criança. Fonte: A autora.

Tabela 2 - 10 itens do CPQ menos característicos ao longo das 10 sessões.

| Ítem do CPQ | Definição | Média |
|-------------|---|-------|
| 9 | T não é responsivo (vs. afetivamente engajado) | 1,4 |
| 53 | C transmite consciência das próprias dificuldades internas | 1,9 |
| 78 | C é complacente | 2,2 |
| 89 | T age para fortalecer as defesas existentes | 2,25 |
| 40 | C se comunica sem afeto | 2,3 |
| 17 | T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos) | 2,45 |
| 32 | C alcança uma nova compreensão ou insight | 2,6 |
| 55 | T recompensa diretamente comportamentos desejáveis | 2,75 |
| 5 | C tem dificuldade para compreender os comentários de T | 2,85 |
| 57 | T tenta modificar distorções nas crenças de C | 2,85 |

Nota. T: Terapeuta, C: Criança. Fonte: A autora.

As tabelas acima destacam os itens mais e menos característicos das dez sessões de psicoterapia, ao longo de um ano de tratamento. Constata-se que a avaliação capturou o tom geral do processo psicoterápico, que será descrito abaixo, de modo a fornecer um significado clínico e não somente destacar a sua relativa importância estatística. Os números dos itens são apresentados entre parênteses.

Entre os mais característicos, os itens 2, 3, 6, 31, 36 e 50 se referem ao terapeuta. Ao analisar os itens com as maiores médias, evidencia-se que a terapeuta caracterizou-se por uma atitude exploratória (31), não diretiva (3) e que demonstrou sensibilidade em relação aos sentimentos da criança ao longo do tratamento (6). Colocou maior ênfase nos estados afetivos da criança, chamando atenção para sentimentos considerados inaceitáveis por ela, como por exemplo, a raiva, inveja e excitação (50), buscando, dessa maneira, a tomada de consciência de seus estados internos. Além disso, a terapeuta caracterizou-se, também, por comentar o comportamento não verbal da criança (2) e apontar suas defesas (36).

Os itens 42, 58 e 84 referem-se à criança, que caracterizou-se por uma atitude relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas (58), de modo

que ignorava ou rejeitava os comentários e observações da terapeuta (42). Em diversos momentos, Valter também expressou raiva e sentimentos agressivos para o ambiente (84).

O item 45 refere-se à interação da criança com a terapeuta. Revelou que a terapeuta permitiu e tolerou a expressão dos fortes afetos e impulsos da criança.

O grupo de itens com as menores médias ratificam os resultados comentados acima. Em relação às atitudes da terapeuta, indicam que a terapeuta foi afetivamente sensível (9), não havendo um comportamento didático (7, 57) ou ativamente gratificante (55).

Novamente, as características da criança, evidenciadas pelos itens 5, 32, 40, 53 e 78 demonstraram que Valter não transmitia consciência das próprias dificuldades internas (53), sugerindo uma resistência ou limitação de recursos internos para lidar com as mesmas, reforçado pelo fato de não alcançar uma nova compreensão ou *insight* (32). Um aspecto relevante foi o aparecimento, neste contexto, do item 32: *a criança alcança uma nova compreensão ou insight*, o que corrobora a hipótese de uma criança com poucos recursos internos, até o presente momento, para usufruir das intervenções da terapeuta, para dar-se conta das suas características e, principalmente, das suas dificuldades.

Por meio da análise dos itens mais e menos característicos do processo terapêutico, no período de um ano, pode-se observar que a terapeuta evidenciou uma postura analítica, chamando atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela criança, assinalando o uso de defesas, comentando seu comportamento não verbal. Aliado a isso, manteve uma postura empática e sensível aos sentimentos da criança. No entanto, o trabalho interpretativo não apareceu como mais característico, nessa etapa, possivelmente, pelas dificuldades enfrentadas por Valter para usufruir do trabalho terapêutico, demonstrando resistência ou limitação de recursos internos para analisar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas, não transmitindo consciência das próprias dificuldades internas.

Pode se dizer que uma importante característica deste processo foi a postura da terapeuta de possibilitar para a criança a ampliação do reconhecimento do seu funcionamento e a expressão dos seus sentimentos. Conforme Coppolillo (1990), ao longo da psicoterapia, a grande meta do tratamento psicanalítico é trazer o comportamento e o estado mental da criança sob seu controle consciente. No entanto, de acordo com Neubauer (1996), crianças que apresentam limitações de recursos internos, demonstram muita dificuldade de reconhecer sentimentos ou interesses subjetivos, defendendo-se intensamente contra a expressão da influência pulsional. Com estas crianças, o autor assinala que a postura do terapeuta deve ser de ajudá-la a superar suas limitações e a força de suas defesas, pois somente a partir daí haverá liberdade suficiente para explorar os conflitos pré-conscientes e inconscientes.

Ao analisar-se os itens mais e menos característicos do processo terapêutico de Valter, nos cinco períodos de tempo avaliados, é possível observar vários aspectos da psicoterapia, como as variações dos itens ao longo do tempo, evidenciando mudanças importantes no comportamento da criança e da terapeuta e, conseqüentemente, no processo terapêutico. As tabelas que sintetizam esses resultados são apresentadas em apêndice, no final deste artigo.

Antes da psicoterapia e aos três meses

A fase inicial do tratamento psicoterápico caracterizou-se, no que diz respeito às atitudes da terapeuta, por uma postura sensível (6), afetivamente engajada (9), confiante (86), não diretiva (17, 57), exploratória (31), evitando julgamentos negativos sobre a criança (18), demonstrando-se sensível ao seu nível de desenvolvimento (77). Encorajou a fala do paciente (3), buscando alcançar maiores informações ou elaborações deste a respeito de sua problemática (31). Somando-se a isso, houve um trabalho interpretativo (46), assinalando e combatendo o uso de defesas de Valter (36, 89), chamando a atenção para os sentimentos considerados inaceitáveis por ele (50), comentando as mudanças em seu humor, nas suas emoções, em seu comportamento não verbal (2) e assinalando temas recorrentes na sua

conduta e experiência (62). Foi dada ênfase na verbalização dos estados internos e afetos da criança (97) e na busca, da terapeuta, de clarificar, reafirmar ou reformular as comunicações da criança com o intuito de tornar os seus significados mais evidentes (65).

Nesse período, inicialmente, Valter engajou-se no jogo de faz de conta (71), brincando de forma espontânea (95), desinibida e segura (61) e comunicando-se afetivamente (40). No entanto, Valter demonstrou relutância em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas (58) e passou a expressar raiva no decorrer do período (84). Valter caracterizou-se, também, por não transmitir consciência das próprias dificuldades internas (53), não alcançando novas compreensões ou *insights*. Nenhum item que compreende a interação entre terapeuta e paciente foi característico desta etapa.

Nesse momento do tratamento, pode-se dizer que a postura da terapeuta foi ativa e seu principal trabalho foi tentar mobilizar o paciente de uma postura passivo-dependente com relação a sua problemática, colocando-o em contato diretamente com suas dificuldades, principalmente relacionais e, conseqüentemente, o que isso gerava nos seus sentimentos e comportamentos. A resistência e ansiedade estavam bastante elevadas nesse período, demonstradas por meio da expressão de sentimentos agressivos e em uma relutância para examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas, o que exigiu, por parte da terapeuta, uma combinação de uma atitude mais exploratória com uma sensibilidade ao pontuar o que essa exploração provocava no paciente. O trabalho interpretativo esteve presente, principalmente, na fase inicial da psicoterapia, mas não configurou-se como muito representativo desta fase. Neste período, parece que houve um movimento da terapeuta de estimular a consciência sentimentos indesejados no paciente para ajudá-lo a gerenciá-los melhor.

Esses resultados estão de acordo com o que Neubauer (1996) compreende como a fase inicial do processo psicoterápico, que pode ser compreendida como o momento de

estabelecimento da aliança terapêutica e de um estudo, mais exploratório por parte do terapeuta, buscando compreender o significado simbólico do conflito, bem como a capacidade da criança de experimentar e analisar fenômenos transferenciais e, com isso, avaliar a capacidade da criança de se engajar em tratamento. Coppelillo (1990) ainda salienta a importância de, nesse momento, a criança tornar-se consciente de que algumas de suas atividades mentais são geradas internamente, ao invés de retiradas do mundo externo, o que ampliará o entendimento sobre o seu funcionamento e, futuramente, poderá resultar no uso de defesas mais maduras, na melhora do padrão das relações objetais (Eizirik & Hauck, 2007) e em mudanças sintomáticas significativas (Kernberg, 2006).

Os seis e nove meses de tratamento

A análise do CPQ revela que, nesse momento do tratamento, houve um aumento do trabalho interpretativo (46, 67), aliado a uma postura empática (6), afetiva (9), não diretiva (17) e sem julgamento da terapeuta (18). A atitude da terapeuta continuou caracterizando-se pelo constante assinalamento do uso de defesas por parte do paciente (36), comentando seu comportamento não verbal e chamando a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis (50). Manteve também a postura investigativa, solicitando mais informações ou elaboração dos conteúdos trazidos por Valter (31) e encorajando a sua fala (3).

Quanto à criança, ao longo deste período, tornou-se mais evidente nas sessões a agressividade de Valter (84). Associado a isso, não tinha uma postura complacente (78) e passou a expressar sentimentos negativos, como crítica e hostilidade em direção à terapeuta (1), ignorando-a ou rejeitando seus comentários (42) e provocando-a e desafiando-a ou às regras e limites da sessão (20). Valter não transmitia consciência das próprias dificuldades internas (53) e não demonstrou alcançar uma nova compreensão ou *insight* (32). A relutância de Valter em examinar pensamentos, reações e motivações relacionadas aos problemas também se intensificaram (58). No entanto, o menino evidenciava um brincar espontâneo e

imaginativo (95), demonstrava compreender os comentários do terapeuta (5) e parecia estar confiante e seguro no seu relacionamento com os outros, incluindo a terapeuta (44). A interação, neste período, foi caracterizada pela permissão e tolerância da terapeuta da expressão dos fortes afetos e impulsos da criança (45) e pela sensação, transmitida por Valter, de que a terapeuta compreendia suas experiências e sentimentos (41).

De acordo com Coppolillo (1990), as mudanças ocorridas, nesse momento do tratamento, podem ser caracterizadas por uma maior familiaridade entre terapeuta e paciente. Nesse período, a criança começa a expressar desagrado, raiva ou aversão ao terapeuta ou externalizar os impulsos durante a sessão. O terapeuta procura mostrar para a criança e, eventualmente, interpretar suas atitudes ou comportamentos, ou estimula a criança a falar de seus problemas. Pode-se dizer que a meta global deste período é trazer o comportamento e o estado mental da criança sob seu controle consciente, por meio do trabalho interpretativo (Coppolillo, 1990).

Dewald (1981) ressalta que, no *setting* terapêutico, o paciente desloca para o analista seus impulsos, afetos, valores morais, defesas e mecanismos integradores experimentados em relacionamentos anteriores com outras figuras importantes em sua vida. Calberg (2009), por sua vez, coloca a importância da expressão de sentimentos (positivos ou negativos) pela criança, no *setting* psicoterápico, e que o início ou o aumento dessa expressão pode estar relacionado a uma mudança de conteúdo no processo terapêutico.

Pode-se observar que, no decorrer do tratamento, com o aprofundamento da análise dos conflitos de Valter, evidenciou-se o quanto o paciente ficou impactado ao lhe ser proporcionado uma função reflexiva. Essa dificuldade é discutida por Neubauer (1996), ao assinalar que algumas crianças provêm de um ambiente que concede pouca atenção aos sentimentos ou ao mundo subjetivo, no qual o reconhecimento de interesses e desejos pessoais acha-se ausente. Enfatiza-se, nesse sentido, a importância do trabalho analítico, e da

possibilidade de internalização da função analítica fornecida, num primeiro momento, pela figura real do terapeuta.

Neste sentido, salienta-se, nesta etapa, o aparecimento de itens que caracterizam a interação da terapeuta com o paciente. Esses itens evidenciam uma postura continente da terapeuta, tolerando os fortes afetos e impulsos de Valter. Pode-se supor que isto transmitiu a Valter confiança e a sensação de ser compreendido e tolerado, o que, possivelmente, difere do retorno que recebe em seus relacionamentos fora do *setting*.

Calberg (2009) descreve a atitude do terapeuta e o *setting* terapêutico como um possível fator subjacente à mudança. Refere-se ao fato de o psicoterapeuta ser psicologicamente presente e oferecer um enquadre firme e contínuo, representando “um novo objeto”, um modelo para a criança de como se relacionar e essa, por sua vez, internalizando a atitude reflexiva do terapeuta e buscando por significados.

Um ano de tratamento

Ao avançar o tempo de tratamento, a terapeuta manteve sua postura investigativa (3 e 31), não diretiva (17, 57), comentando sobre o comportamento não verbal da criança (2) e não fortalecendo suas defesas (89). Manteve-se afetivamente engajada com a criança (9), sensível aos seus sentimentos (6), evitando julgamentos negativos sobre ela. Demonstrou-se também confiante e segura de si (86).

Valter ainda evidenciava, como muito característico, a relutância em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas (58) e uma tendência para ignorar ou rejeitar os comentários e observações da terapeuta (42), não transmitindo consciência das próprias dificuldades internas (53). Entretanto, não demonstrava dificuldade para compreender os comentários da terapeuta (5) e sua comunicação era carregada de afeto (40).

A interação, neste período, foi caracterizada por manter-se em um único foco ou em poucos focos primários (23), relacionados aos conflitos psicológicos de Valter (88). Esse momento evidenciou uma maior discussão da relação terapêutica (98), na medida em que o paciente expressava seus conflitos na relação transferencial, demonstrando sua dificuldade de relacionamento, de expressar seus sentimentos e necessidades na relação com o outro. Aliado a isso, Valter transmitiu a sensação de que a terapeuta compreendia sua experiência ou sentimentos (41).

Esse período do tratamento pode ser caracterizado por um aprofundamento da análise de temas conflituosos, principalmente relacionados ao déficit relacional de Valter. Associado a esse aspecto, salienta-se uma maior caracterização dos itens correspondentes à interação da criança com o terapeuta, possivelmente, evidenciando a mudança da postura da terapeuta, oferecendo um suporte mais reflexivo do que interpretativo, provocando mudanças no comportamento de Valter nas sessões. Pode-se pensar que, quando o paciente apresenta capacidade reduzida de *insight* e de abstração ou quando necessita de contenção por parte da terapeuta, esta tende a utilizar técnicas mais diretivas, abordagens de apoio ou técnicas mistas em sua prática, não se restringindo às prescritas pelo seu modelo teórico (Gabbard, 2006; Serralta, Pole, Nunes, Eizirik & Olsen, 2010). Yoshida (2012) destaca a importância da flexibilidade teórica do terapeuta para prover a intervenção mais adequada, de acordo com a necessidade do paciente, podendo ter relação direta com os resultados da psicoterapia.

Para Ferro (1995), atualmente, é cada vez mais enfatizada e valorizada a relação terapeuta-paciente, para além da sua dimensão transferencial e as intervenções não se esgotam na interpretação das defesas e da transferência, ou do conteúdo do jogo infantil. O terapeuta interage com a criança, é continente em relação aos sentimentos e pensamentos projetados por ela, ocorrendo, em geral, um longo processo de construção interpretativa, que pode durar semanas ou até mesmo meses, até que as narrativas da sessão, seja por intermédio das

palavras, do jogo ou de outros mediadores, permitam a formulação de uma hipótese interpretativa, co-construída pela dupla terapeuta-criança e, de acordo com Ferro, sempre insaturada, isto é, aberta a modificações, correções, acréscimos etc. Para Stürmer e Castro (2009), essa ênfase reflete uma mudança epistemológica no campo da psicoterapia, que rejeita o pensamento linear e positivista, é menos determinista e mais sensível às diversas possibilidades, o que envolve a noção de processos, contextos de interação e influências recíprocas.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo retratam a experiência do encontro psicoterápico entre uma terapeuta e um menino com problemas internalizantes e demonstraram a complexidade que envolve o processo terapêutico de uma criança. Enfatiza-se que este estudo ofereceu um olhar sistemático para a psicoterapia, tal como ela ocorre na prática clínica. O CPQ mostrou-se um instrumento eficaz para capturar a natureza do processo terapêutico, permitindo descrever de que maneira esse processo se caracterizou e evoluiu, ao longo do tempo.

O delineamento de Estudo de Caso Sistemático mostrou-se adequado aos objetivos deste estudo, fornecendo elementos que possibilitaram analisar as atitudes do terapeuta, da criança e as características da interação ao longo do processo psicoterápico. Os resultados obtidos com o CPQ revelam como os itens se modificaram ao longo do tempo e como essas modificações podem ser indicativas de evolução do processo terapêutico. As atitudes do terapeuta envolveram um trabalho interpretativo e, posteriormente mais reflexivo e de apoio, sempre associado a uma postura empática. Valter caracterizou-se como um paciente muito resistente e com poucos recursos internos, mas que, ao longo do tratamento, revelou uma maior abertura para o trabalho terapêutico, abordando conteúdos significativos em relação à sua problemática e evidenciando que se sentia compreendido pela terapeuta. As características da interação que foram se tornando mais salientes ao longo do tempo podem significar uma

maior aproximação do paciente com a terapeuta, discutindo a relação terapêutica e possibilitando a abordagem de temas conflituosos de Valter.

Algumas limitações deste estudo apontam para o número de sessões analisadas, apenas dez, tendo em vista que para uma maior compreensão do processo psicoterápico se faz necessária a análise de um maior número de sessões, como também a utilização de outros meios de análise do material clínico, para propiciar maior compreensão sobre a dinâmica do processo terapêutico. Um estudo de caso único também revela limitações, na medida em que não pode produzir generalizações sobre outros casos. Assim, não podemos concluir que as sessões de psicoterapia psicanalítica com crianças com problemas internalizantes se caracterizem sempre dessa forma.

O CPQ também tem suas limitações para capturar todos os movimentos do processo psicoterápico, pois é um instrumento objetivo, que caracteriza o processo de maneira quantitativa e panteórica e pode não permitir capturar toda a extensão de um processo tão complexo, como a psicoterapia psicanalítica com crianças. No entanto, este procedimento possibilita uma importante evolução da aproximação da prática clínica com a pesquisa em psicoterapia.

Faz-se necessário um aumento no número de estudos que objetivem a análise do processo psicoterápico com crianças, como também o aprofundamento do conhecimento da contribuição do terapeuta, da criança e da díade para a caracterização do processo. Com isso, obteremos uma maior compreensão do que caracteriza o processo com os mais variados quadros clínicos, como também a contribuição de cada participante para a efetividade do tratamento.

Referências

- Brum, E. H. M. de, Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Silva, M. R., Souza, D. D. de, & Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(2), 259-269.
- Buck, John N. & Warren, W. L. (2003). *H – T – P Manual e Guia de Interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Carlberg, G. (2009). Exploring change processes in psychodynamic child psychotherapy: The therapist's perspective. In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. 100-112). Nova York, NY: Routledge.
- Coppolillo, H. (1990). *Psicoterapia psicodinâmica de crianças: uma introdução às teorias e às técnicas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008). Investigação em psicoterapia com crianças: uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1).
- 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.
- Dewald, P. A. (1981). *Psicoterapia: uma abordagem dinâmica*. Tradução: Helena Mascarenhas de Souza. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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.
- Eells, T. D. (2001). Update on psychotherapy case formulation research. *Journal of Psychotherapy: Practice & Research*, 10 (4), 277-281.

- Eells, T. D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3 (1), 35 - 54.
- Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M. & Woscoboinik, P. (2003). A hora de jogo diagnóstica. In: Ocampo, M. L. S., Arzeno, M.E. G., Piccolo, E. G. & col. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (pp. 207-238). São Paulo: Martins Fontes.
- 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.
- Ferro, A. (1995). *A técnica na Psicanálise infantil*. Tradução Mercia Justum. Rio de Janeiro: Imago.
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2): 129-136.
- Fonagy, P. (2009). Research in child psychotherapy: Progress, problems and possibilities?. In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. 19-34). Nova York, NY: Routledge.
- Gabbard G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica – na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Glenn, J. (1996). Uma visão geral da técnica analítica de crianças. In. *Psicanálise e psicoterapia de crianças* (pp. 7-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gomes, A. G., Piccinini, C., & Prado, L. C. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 95-104.

- 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., Schneider, C., & Midgley, N. (2013). *Assessing child psychotherapy process in prototype sessions of three evidence-based treatment models: Is mentalization a common process factor?* Manuscript in preparation.
- Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1), 48-70.
- IPA – International Psychoanalytic Association (2013). What is psychoanalysis?. Official website. Disponível em: http://www.ipa.org.uk/en/Psychoanalytic_Knowledge/About_Psychoanalysis/en/Psychoanalytic_Treatment/About_psychoanalysis.aspx?hkey=95f36836-e69a-405f-bcc0-7fca2bb832ce (acessado em 19 de dezembro de 2013).
- Jones, E. E. (1988). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley, unpublished.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action, a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.
- Jones, E. E., Hall, S., & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 98-107). Washington, DC: American Psychological Association.

- 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.
- 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.
- Kernberg, O. (2006). A psicanálise, a psicoterapia psicanalítica e a psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In. *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação psicoterapêutica* (pp. 117-144). Lisboa: Climepsi.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., Sales, L. M., Stellin, R., Pesaro, M. E. & Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica *Latin-American Journal of Fundamental. Psychopathology Online*, 6(1), 48-68.
- Messer, S. B. (2007). Psychoanalytic Case Studies and the Pragmatic Case Study Method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 55-58.
- Midgley, N. (2007). Researching the process of psychoanalytic child psychotherapy. In: Kennedy, E. & Midgley, N. *Process and Outcome Research in Child, Adolescent and Parent-Infant Psychotherapy: a thematic review*. (pp. 8-53). London: North Central London Strategic Health Authority.
- Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). (2009). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. Nova York, NY: Routledge.

- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 1-29.
- Neubauer, P. (1996). A fase inicial da análise de crianças. In: J. Glenn. (Org.). *Psicanálise e psicoterapia de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 161-168.
- Odhammar, F. Sundin, E. C. Jonson, M., & Carlberg, G. (2011): Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning, *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279.
- Oliveira, I. T. (2012). Psicoterapia breve psicodinâmica de crianças. In: Lipp, M. E. N., & Yoshida, E. M. P. *Psicoterapia breve nos diferentes estágios evolutivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Setting WHO Directions. Geneva.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L., & Eizirik, C. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55.
- Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, M. L., Eizirik, C., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes, *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.
- Schneider, C. (2004) 'The development of the Child Psychotherapy Q-Set'. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 65 (2-B): 1039.
- Schneider, C., & Jones, E. E. (2006). *Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual*. Berkeley: University of California. Unpublished Manual.
- 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, 98–111.
- 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, (Ed.). *Child Psychotherapy and Research* (pp.72-84).
- Shirk, S., & Russell, R. (1996). *Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research*. New York: Guilford Press.
- Sturmer, A. & Castro, M. G. K. (2009). A clínica com crianças e adolescentes: o processo psicoterápico. In: Maria da Graça Ken Castro & Anie Sturmer. *Crianças e adolescentes em psicoterapia. A abordagem psicanalítica*. (pp. 77-96). Porto Alegre: Artmed.
- Strupp, H. H. (2013). The outcome Problem in Psychotherapy Revisited. *American Psychological Association*, 50(1), 3-11.
- 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.
- Trowell, J., Rhode, M., Miles, G., & Sherwood, I. (2003). Childhood depression: work in progress. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 147-170.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., ... Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16.
- Yoshida, E. M. P (2012). Desenvolvimentos Futuros das Psicoterapias Breves. In: Lipp, M. E. N., & Yoshida, E. M. P. *Psicoterapia breve nos diferentes estágios evolutivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Apêndice

Tabela 3 – Itens mais característicos no primeiro ano de psicoterapia

| Item | Sessões 1 e 2 | Sessões 10 e 11 | Sessões 20 e 21 | Sessões 30 e 31 | Sessões 40 e 41 |
|------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Média | Média | Média | Média | Média |
| 1 | - | - | - | 8 | - |
| 2 | - | 8,5 | 8,5 | 7,5 | 8,25 |
| 3 | 9 | 8,25 | 7,5 | - | 7,5 |
| 6 | 7,75 | - | 7,5 | - | 8 |
| 20 | - | - | - | 7,5 | - |
| 23 | - | - | - | - | 8 |
| 31 | 8,75 | 8 | 7,5 | 7,25 | 7,25 |
| 36 | - | 9 | 8,75 | 8,25 | - |
| 42 | - | - | - | 8,25 | 7,5 |
| 45 | - | - | 7,5 | 8,25 | - |
| 46 | 8,25 | - | 8 | - | - |
| 50 | - | 8,5 | 7,75 | 8,75 | - |
| 58 | 8,5 | 8,75 | 8,5 | 9 | 8,5 |
| 62 | - | 8 | - | - | - |
| 65 | 7,75 | - | - | - | - |
| 67 | - | - | 7,5 | - | - |
| 71 | 8,5 | - | - | - | - |
| 77 | 7,5 | - | - | - | - |
| 79 | - | 7,5 | - | - | - |
| 84 | - | 8,25 | - | 8,5 | - |
| 86 | 7,5 | - | - | - | 7,5 |
| 88 | - | - | - | - | 7,25 |
| 97 | 8 | 8 | - | - | - |
| 98 | - | - | - | - | 7,25 |

Nota. C: criança; T: Terapeuta; itens: 1 - C expressa sentimentos negativos (ex. crítica, hostilidade) em direção a T (Vs. expressa aprovação ou admiração); 2 - T comenta sobre o comportamento não verbal de C (ex. postura corporal, gestos); 3 - Os comentários de T visam encorajara fala de C; 5 - C tem dificuldade para compreender os comentários de T; 6 - T é sensível aos sentimentos da criança; 20 - C é provocadora; desafia T ou as regras e limites da sessão; 23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico; 31 - T solicita mais informação ou elaboração; 36 - T assinala o uso de defesas por parte de C; 42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações de T; 45 - T tolera os fortes afetos ou impulsos de C; 46 - T interpreta o significado do jogo de C; 50 - T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela criança (ex. raiva, inveja ou excitação); 58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas; 62 - T assinala um tema recorrente na experiência ou conduta de C; 65 - T clarifica, reafirma ou reformula comunicações de C; 67 - T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes; 71 - C se engaja no jogo de faz-de-conta; 77 - A interação de T com C é sensível ao seu nível de desenvolvimento; 79 - T comenta as mudanças no humor ou nas emoções de C; 84 - C expressa raiva ou sentimentos agressivos; 86 - T é confiante, seguro de si (Vs. incerto, inseguro); 88 - O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos de C; 97 - T enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos; 98 - A relação terapêutica é discutida.

Tabela 4 – Itens menos característicos no primeiro ano de tratamento

| Item | Sessões 1 e 2 | Sessões 10 e 11 | Sessões 20 e 21 | Sessões 30 e 31 | Sessões 40 e 41 |
|------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Média | Média | Média | Média | Média |
| 5 | - | - | 3 | 2,75 | 2,25 |
| 9 | 1 | 1 | 1,25 | 1 | 1 |
| 17 | 2,25 | 2 | 3 | 2,75 | 2 |
| 18 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,25 | 3 |
| 32 | - | - | 2,25 | 2 | - |
| 40 | 2 | 1,75 | - | - | 2,25 |
| 41 | - | - | 2,5 | 2,25 | 2,25 |
| 44 | | | 2,5 | 2,25 | - |
| 53 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 2 | 2,75 |
| 57 | 2,25 | 2,25 | - | - | 2,25 |
| 61 | 2,25 | 2,25 | - | - | - |
| 78 | 2,5 | 2,5 | 2,25 | 2 | 2,75 |
| 89 | 2,25 | 2,5 | - | - | 2 |
| 95 | 2 | 1,75 | 2,75 | 2,75 | - |

Nota. C: criança; T: terapeuta; Itens: 5 - C tem dificuldade para compreender os comentários de T; 9 - T não é responsivo (vs. afetivamente engajado); 17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos); 18 - T é crítico e transmite falta de aceitação; 32 - C alcança uma nova compreensão ou insight; 40 - C se comunica sem afeto; 41 - C não se sente compreendida pelo terapeuta; 44 - C se sente cautelosa ou desconfiada (vs. confiante e segura); 53 - C transmite consciência das próprias dificuldades internas; 57 - T tenta modificar distorções nas crenças de C; 61 - C se sente tímida e envergonhada (Vs. desinibida e segura); 78 - C é complacente; 89 - T age para fortalecer as defesas existentes; 95 - O brincar de C carece de espontaneidade.

Considerações Finais da Dissertação

A realização deste mestrado representou a conquista de um sonho, tanto no âmbito profissional, como no pessoal. A paixão pela pesquisa é algo que me acompanha desde a época da graduação, onde iniciei no universo científico. A pesquisa é um exercício constante de buscar por respostas ainda desconhecidas e, assim, contribuir com a melhor qualidade de vida das pessoas. Acredito ser esse um dos motivos pelo qual esse campo me é tão instigante.

A trajetória percorrida durante o mestrado foi desafiadora e muito motivadora. Foi uma aventura em caminhos até então desconhecidos, mas que me possibilitaram o encontro com novos saberes, com novas possibilidades de pensar e exercitar a prática clínica. Foi um processo que exigiu muita dedicação, responsabilidade, comprometimento, reflexões, construções e reconstruções ao longo do tempo, horas e horas em busca de respostas às diversas perguntas que surgem ao longo do caminho. Mergulhamos num tema que passa a fazer parte de nossas vidas. O resultado é a experiência e o conhecimento pessoal e profissional que essa intensa vivência nos proporciona.

Habitar o campo da pesquisa em psicoterapia me fez reconhecer a responsabilidade que temos enquanto pesquisadores de proporcionar a melhoria da prática clínica e, conseqüentemente, o cuidado com os pacientes. Penso que o desenvolvimento dessa pesquisa ajudou a contemplar essas variáveis, pois contribuiu não só para a produção de conhecimento e o aprimoramento da prática clínica, como também com a saúde mental da criança envolvida.

Com base nos resultados deste estudo é possível dizer que essa pesquisa contemplou uma problemática muito importante no contexto atual, a avaliação das mudanças e do processo psicoterápico de uma criança, proporcionando uma maior compreensão das mudanças alcançadas durante um ano de tratamento, como também evidenciando as características deste processo ao longo deste período. Por mais que estes dados reflitam os

resultados de um tratamento que ainda não foi finalizado e que não sejam passíveis de generalização, abrem espaço para novas reflexões no que tange a essa temática.

É importante destacar também, como uma contribuição significativa deste estudo, a utilização de dois instrumentos como dispositivos para acessar as mudanças a que a psicoterapia psicanalítica se propõe a promover e para retratar o processo terapêutico, o Método de Rorschach e o CPQ, respectivamente. Acredito que somente o refinamento instrumental e metodológico proporcionará a compreensão de um processo tão complexo como o da psicoterapia psicanalítica com crianças. Assim, o desejo foi contribuir com o conhecimento científico e motivar futuras pesquisas com essa temática, que venham a ratificar os resultados encontrados neste estudo e trazendo novas contribuições para essa temática.

Referências da Dissertação

- Anstey, K. J., & Hofer, S. M. (2004). Longitudinal designs, methods and analysis in psychiatric research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 93–104.
- Calberg, (1997). Laughter opens the door: Turning points in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 23, 331-349.
- Carlberg, G. (2009). Exploring change processes in psychodynamic child psychotherapy: The therapist's perspective. In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. 100-112). Nova York, NY: Routledge.
- 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.
- Fonagy, P. (2003). The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2): 129-136.
- Fonagy, P. (2009). Research in child psychotherapy: Progress, problems and possibilities?. In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. 19-34). Nova York, NY: Routledge.
- 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.
- 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.

- Midgley, N. (2007). Researching the process of psychoanalytic child psychotherapy. In: Kennedy, E. & Midgley, N. *Process and Outcome Research in Child, Adolescent and Parent-Infant Psychotherapy: a thematic review*. (pp. 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), 1-29.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5–22.
- Rustin, M. (2003). Research in the consulting room. *Journal of Child Psychotherapy*. 29(2): 137-145.
- Rustin, M. (2009). What do child psychotherapists know? In: In: Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Vuckovic-Nesic, T., & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*. (pp. 35-50). Nova York, NY: Routledge.
- 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, 98–111.
- 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, (Ed.). *Child Psychotherapy and Research* (pp.72-84).
- 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.

ANEXOS

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 Röhne 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 |
| Prof ^a . Dr ^a . Vera Regina Röhnelt Ramires | _____ |
| | Assinatura |
| _____ | _____ |
| Local | Data |

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 15.1.05.1.12

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

.....

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: 15.1.2012

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

Exemplos de Itens do *Child Psychotherapy Q-Set*

| Descrição | Exemplo |
|--|--|
| 1. Itens descrevendo as atitudes, sentimentos, comportamento ou experiência da criança. | <p>Item 7 do CPQ: A criança está ansiosa e tensa vs. calma e descontraída.</p> <p>Item 29 do CPQ: A qualidade do brincar da criança é fluida, absorta vs. fragmentada, esporádica.</p> <p>Item 58 do CPQ: A criança parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas</p> <p>Item 84 do CPQ: A criança expressa raiva ou sentimentos agressivos</p> |
| 2. Itens refletindo ações e atitudes do terapeuta | <p>Item 2 do CPQ: O terapeuta comenta sobre o comportamento não verbal da criança (ex. postura corporal, gestos).</p> <p>Item 6 do CPQ: O terapeuta é sensível aos sentimentos da criança.</p> <p>Item 17 do CPQ: O terapeuta ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).</p> <p>Item 57 do CPQ: O terapeuta tenta modificar distorções nas crenças da criança.</p> |
| 3. Itens que tentam capturar a natureza da interação da dupla ou a atmosfera do encontro | <p>Item 4 do CPQ: Há discussão sobre por que a criança está em terapia.</p> <p>Item 23 do CPQ: A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.</p> <p>Item 45 do CPQ: o terapeuta tolera os fortes afetos ou impulsos da criança.</p> <p>Item 75 do CPQ: Interrupções, pausas no tratamento ou o término da terapia são discutidos.</p> |