


Quaderns de Psicologia | 2017, Vol. 19, No 2, 163-177

ISSN: 0211-3481

 <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1400>

O impacto da participação dos pais no processo terapêutico psicanalítico da criança

The impact of parental participation in the child's psychoanalytic therapeutic process

Vera Regina Rohnelt Ramires

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Lucia Belina Rech Godinho

Centro Universitário La Salle, Brasil

Luiz Ronaldo Freitas de Oliveira

Faculdades Meridionais, IMED, Brasil

Daniel Viana Abs da Cruz

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Resumo

Na psicoterapia psicanalítica de crianças, a forma como os pais ou responsáveis são incluídos e participam do processo não é um fator aleatório ou indiferente. A literatura é restrita e inconclusiva a respeito da abordagem a ser seguida. Nosso objetivo foi analisar o impacto da participação dos pais no processo terapêutico de uma criança em idade escolar, levada para tratamento por problemas de comportamento e relacionamento na escola. Realizamos um estudo naturalístico, descritivo, longitudinal, baseado no método de Estudo de Caso Sistemático. A psicoterapia teve 160 sessões com o paciente e 25 entrevistas com os pais. Constatamos que as entrevistas com os pais produziram um efeito no processo terapêutico, identificado nas sessões posteriores às entrevistas, tanto na terapeuta como na criança. Concluímos que o estado psicopatológico da criança, a dinâmica familiar, as características e experiência da terapeuta são fatores importantes e capazes de contribuir para diferentes efeitos, conforme o caso.

Palavras-chave: Psicoterapia psicanalítica; Crianças; Pais; Processo terapêutico

Abstract

In child psychoanalytic psychotherapy, including parents or guardians in the process is not a random or indifferent factor. The literature is restricted and not conclusive regarding the approach to be followed. Our aim was to analyze the impact of parental participation in the therapeutic process of a school-age child, who began psychotherapy because he presented behavioral problems and relationship difficulties in school. We performed a naturalistic, descriptive, longitudinal study that followed the Systematic Case Study method. The psychotherapy lasted for 160 sessions with the patient and 25 interviews with the parents. We identified that the interviews with the parents had an effect on the therapeutic process, observable in the sessions after these interviews, both in the therapist and in the child. We conclude that the psychopathological state of the child, the family dynamics, therapist's characteristics and experience are important factors and capable of contributing to different effects, in each case.

Keywords: Psychoanalytic Psychotherapy; Children; Parents; Therapeutic Process

Introdução

A realização de psicoterapia psicanalítica por uma criança, além dos fatores presentes e necessários para esse tipo de tratamento, tais como a queixa apresentada, a motivação, a possibilidade de estabelecer uma sólida aliança terapêutica, entre outros, reveste-se de particular complexidade, dada a etapa peculiar de desenvolvimento e a dependência dos pais ou responsáveis. Uma criança nunca vem sozinha para a psicoterapia, e a forma como seus pais serão acolhidos e participarão do seu processo terapêutico não é um aspecto aleatório ou indiferente para o sucesso ou fracasso desse tratamento (Klinger, Reis & Souza, 2011; Motta, 2008; Nevas & Farber, 2001; Pozzi-Monzo, Lee & Likierman, 2012; Rosenberg, 1994; Sei, Souza & Arruda, 2008; Sutton & Hughes, 2005; Zavaschi, Bassols, Bergmann & Mardini, 2015).

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

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

Quando não trabalhados ao longo do processo, esses sentimentos podem comprometer a evolução do tratamento. Por esta razão, há uma tendência dos autores de valorizar os encontros terapeuta-genitores, tornando possível estabelecer uma aliança colaborativa com os

pais, trabalhar as questões familiares envolvidas nos sintomas da criança e conceder apoio aos pais quando os sintomas aumentam, persistem ou retornam (Dugmore, 2009; Finkel, 2009; Glenn et al., 1996; Kernberg, Ritvo & Keable, 2012; Zavaschi et al., 2015).

Estudo recente de revisão sistemática constatou uma tendência no sentido de enfatizar os benefícios da inclusão dos pais no processo terapêutico da criança (Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016). A compreensão do contexto, a possibilidade de os pais atuarem também como agentes de mudanças, a atenuação de ansiedades e sentimentos persecutórios foram alguns dos benefícios elencados. Foi identificado, também, que diferentes abordagens são propostas para a inclusão dos pais, que variam desde o estabelecimento do contrato, coleta de informações, aconselhamento e/ou orientação, do suporte, visando à manutenção do tratamento da criança, até a proposta de uma escuta e interpretação do discurso dos pais, dos seus desejos inconscientes e conflitos que podem interferir na análise da criança.

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

Margaret Rustin (1998), analisando as possibilidades de trabalho com os pais, também

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

Por outro lado, para Rosenberg (1994), a introdução dos pais não deve estar relacionada com a solicitação de uma ajuda educativa, ou com a intervenção ao nível da realidade. A autora salientou que a transferência dos pais opera e precisa ser processada no tratamento, e não fora dele. Ela inclui os pais para ouvir seu discurso em uma escuta analítica, para que seja possível identificar e tratar, através desse discurso, o lugar que a criança ocupa no mundo fantasmático deles. Com frequência, surgem impasses no tratamento da criança como decorrência de deslocamentos de sintomas dos pais. Neste caso, eles precisarão ser incluídos e escutados, para que seja superado o impasse criado. Na mesma direção, Nicola Dugmore (2009) destacou os benefícios de incluir os pais quando a ansiedade provocadora dos sintomas está localizada tanto na criança e nos pais quanto no vínculo entre eles.

Porém, a literatura mostra que a participação dos pais na psicoterapia da criança pode implicar alguns riscos, além dos benefícios destacados pelos autores (Glenn et al., 1996; Oliveira et. al., 2016). Glenn et al. (1996) apontaram algumas das objeções que alguns psica-

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

Arminda Aberastury (2004), ao longo da sua prática, suprimiu as entrevistas posteriores à avaliação com os pais (exceto quando eles solicitavam), ao perceber que essas práticas transformavam o terapeuta em uma figura superegóica, fazendo com que a culpa que os pais sentiam por estar errando com a criança se convertesse em agressão à psicoterapia. Para essa autora, como o vínculo transferencial dos pais não pode ser interpretado, seu contato com o terapeuta acaba sendo superficial e de apoio, gerando frustrações.

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

Os terapeutas também podem ser impactados pelos traços reais dos pais do paciente: se são acessíveis e colaboradores, ou hostis e agressivos, por exemplo (Glenn, 1996). Além disso, podem ser intensamente impactados, segundo os autores, quando se identificam com pais que sofrem e se culpam pelas dificuldades de seus filhos, que atacam e amam suas crianças, e/ou que estão desapontados e furiosos com as deficiências de seus próprios pais. Quando os pais do paciente apresentarem sentimentos de fracasso e insuficiência pode-

rão evocar sentimentos semelhantes no terapeuta, que podem resultar numa sensação de confusão e desamparo. Por fim, pais percebidos como negligentes e abusivos podem provocar no terapeuta o desejo de substituir esses pais “maus”, identificando-se com um genitor ideal, o que compromete uma postura terapêutica realista.

O estudo de Stewart Gabel e Jules Bemporad (1994) explorou os sentimentos do terapeuta em relação aos pais do paciente. Os autores identificaram que, no curso do tratamento, alguns estados emocionais da criança podem acionar as memórias do terapeuta sobre a sua própria infância, fazendo com que ele se relacione com os pais do paciente como se fossem seus próprios pais. Crianças agressivas ou que não estão respondendo satisfatoriamente à psicoterapia podem despertar um sentimento de impotência no terapeuta; ao invés de encarar as limitações do paciente e suas conseqüentes frustrações, o terapeuta pode negar a dificuldade de formar uma aliança com o paciente ao culpar os pais por terem criado uma criança intratável e indisciplinável. Tal manobra defensiva do terapeuta pode comprometer o curso da psicoterapia.

Gabel e Bemporad (1994) também descreveram a ansiedade evocada no terapeuta como resultado de estar sendo observado pelos pais na interação com a criança. Sentimentos de crítica e rivalidade nos pais podem parecer persecutórios ao terapeuta e ansiedades sobre o seu desempenho podem se fazer presentes na transferência e contratransferência. Nessa mesma direção, mais recentemente, com base em estudos de caso clínico e relatos de experiência, alguns autores destacaram a contratransferência como ferramenta importante para compreender os pais e intervir junto a eles no decorrer da psicoterapia da criança (Emanuel, 2012; Melo, Andrade & Lima, 2012).

Observa-se que a literatura sobre a participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças, além de restrita, não é conclusiva a respeito da abordagem a ser seguida para sua inclusão. Os estudos disponíveis são teóricos, de revisão ou relatos de caso clínico. Investigações empíricas acerca das repercussões da participação dos pais no processo terapêutico da criança não foram identificadas. Assim, nosso objetivo foi analisar o impacto da participação dos pais no processo terapêutico de

uma criança, levada para tratamento devido a problemas de comportamento e relacionamento na escola. Investigamos a hipótese de que as entrevistas de acompanhamento realizadas com os pais, durante a psicoterapia psicanalítica do menino, teriam algum efeito passível de ser identificado no decorrer desse processo terapêutico.

Método

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

Participantes

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

Instrumento

Utilizamos nesse estudo o *Child Psychotherapy Q-Set* (CPQ), desenvolvido por Celeste Schneider e Enrico Jones (Schneider & Jones, 2006; 2012). O CPQ permite a análise do processo terapêutico de crianças de 3 a 13 anos de idade. O procedimento consiste em 100 itens escolhidos com base numa extensa revisão de literatura sobre psicoterapia de crian-

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

No seu conjunto, os itens do CPQ representam uma ampla gama das características da psicoterapia de crianças (Schneider, 2003; Schneider, et al., 2009). Um subconjunto de itens descreve as atitudes, sentimentos, comportamento ou experiência da criança (Ex.: CPQ Item 29 - A qualidade do jogo da criança é fluída, absorta *versus* fragmentada ou esporádica). Um segundo subconjunto reflete as ações e atitudes do terapeuta (Ex.: CPQ Item 12 - O terapeuta formula emoções não verbalizadas ou não elaboradas). O terceiro subconjunto de itens busca capturar a natureza da interação da díade ou a atmosfera do encontro (Ex.: CPQ Item 45 - O terapeuta tolera os afetos intensos ou os impulsos da criança).

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

Para permitir maior confiabilidade, um manual de codificação oferece definições claras e exemplos de cada item, refletindo características que podem ser identificadas usando videotapes das sessões. Esse instrumento foi traduzido e adaptado para o Português brasileiro por Vera Regina Rohnelt Ramires e Celeste Schneider (2016). A tradução e adaptação do instrumento seguiram as diretrizes propostas por Juliane Callegaro Borsa, Bruno Figueiredo Damásio e Denise Ruschel Bandeira

(2012). A fidedignidade interavaliadores obtida com o CPQ vem sendo confirmada por vários estudos brasileiros (Carvalho, Godinho & Ramires, 2016; Gastaud, Carvalho, Goodman & Ramires, 2015; Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini & Goodman, 2015; Ramires, Godinho, Carvalho, Gastaud & Goodman, 2017; Ramires, Godinho & Goodman, 2017). Em todos eles, análises independentes de grupos de sessões de psicoterapia de crianças (variando de 20 a 160 sessões nos estudos) realizadas por avaliadores treinados têm atingido índices de concordância superiores a 0,70 (correlação intraclasse).

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

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

Procedimentos

A partir da busca de tratamento pelos pais de Walter¹, foi realizada uma avaliação, para confirmar a necessidade e a motivação para realização do mesmo. A psicoterapia teve enfoque psicodinâmico, na perspectiva da teoria das relações objetais, foi realizada em consultório particular, e teve a duração de 44 meses, tendo sido realizadas 160 sessões com o menino e 25 entrevistas com os pais. Teve frequência semanal da sessão 1 a 61 e da sessão 86 a 160. Entre as sessões 62 e 85 os encontros foram de duas vezes por semana. Todas as sessões tiveram a duração de 50 minutos, e foram filmadas e analisadas de acordo com o CPQ.

¹ Pseudônimo.

Procedimentos éticos

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

Análise

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

Primeiramente, a média dos escores compostos das 160 sessões permitiu identificar o tom geral do tratamento de Walter, evidenciando os itens mais e menos característicos do processo terapêutico, de acordo com o CPQ. Num segunda etapa, com o objetivo de analisar se as entrevistas realizadas com os pais tiveram algum impacto no processo terapêutico, foi realizada uma Análise Discriminante de dois grupos (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009). As sessões foram organizadas em dois grupos: um indicando aquelas imediatamente posteriores às entrevistas com os pais ($n=25$) e outro grupo indicando as sessões anteriores às entrevistas ($n=135$). O objetivo da análise foi destacar quais itens do CPQ diferenciavam de forma significativa um grupo do outro, sendo assim possível indicar os elementos do processo terapêutico que mais interagiram com a realização das entrevistas com os pais.

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

Resultados e Discussão

Com o objetivo de contextualizar os achados deste estudo, iniciamos com uma síntese da psicoterapia de Walter e das entrevistas com seus pais, baseada no relato escrito da terapeuta. Em seguida, apresentamos os resultados do estudo propriamente ditos, com base na aplicação do CPQ que avaliou o processo terapêutico.

Descrição do caso

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

Walter era único filho e estava acima do peso, assim como sua mãe. Ele apresentava um comportamento infantil e regredido. Ainda usava mamadeira quando começou a psicote-

rapia, e dormia no quarto de seus pais, em uma cama próxima, embora tivesse seu próprio quarto. Recusava-se a realizar as tarefas escolares, tanto na escola como em casa.

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

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

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

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

Nas sessões de psicoterapia, o brincar do paciente mostrava uma criança muito ligada à sua mãe. Muitas vezes, expressava conteúdo sexual. Walter se recusava a entrar em contato com as angústias despertadas no brincar, fazendo com que ele apresentasse uma atitude apenas exploratória com o brinquedo durante o primeiro ano de tratamento.

Ao longo do tratamento, foi difícil para Walter examinar seus problemas na escola e falar ou reconhecer seus sentimentos, especialmente no que diz respeito à sua agressividade e medos. Ele parecia incapaz de lidar com esses momentos, pedia à terapeuta para parar de falar e se escondia debaixo de uma mesa ou atrás de uma cadeira. A terapeuta relatou sentimentos contratransferenciais de irritação e desânimo diante da resistência do menino, e dúvidas sobre o quanto ela estava conseguindo ajudá-lo.

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

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

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

meses, houve atrasos no pagamento das sessões de Walter.

Conforme a psicoterapeuta, o tratamento foi marcado por avanços e retrocessos. Quando o paciente melhorava e a alta começava a ser cogitada, alguma coisa desencadeava uma piora (em geral, problemas na escola), e o paciente não aceitava tratar do término do tratamento. Aos 29 meses de psicoterapia, a alta de Walter estava sendo trabalhada pela terapeuta, uma vez que o menino estava melhor em todas as esferas consideradas. Nesta fase, em entrevista com os pais, eles relataram à terapeuta que Walter havia piorado na escola e que procurariam uma psicopedagoga, por indicação da escola. A terapeuta trabalhou com os pais o quanto os sintomas de Walter poderiam estar relacionados a questões do casal, servindo para mantê-los unidos e preocupados com ele.

A psicoterapia de Walter teve duração de 44 meses. No terceiro ano do tratamento, Walter mudou para uma nova escola (medida que havia sido recomendada pela terapeuta). Adaptou-se bem no novo ambiente, fez amigos e seu desempenho escolar melhorou. A alta da psicoterapia começou a ser discutida aproximadamente um ano antes do seu encerramento. Walter apresentou significativa ansiedade de separação da terapeuta, e alguns comportamentos regredidos retornaram, necessitando de tempo para que fossem trabalhados. No final do tratamento, havia consenso entre a terapeuta, o paciente e seus pais acerca da sua significativa evolução, superação das dificuldades e amadurecimento. Nesse mesmo período, ocorreu a separação dos pais de Walter. A transição familiar ocorreu de maneira pacífica e consensual, e Walter relatou sentir-se seguro, porque sabia que continuaria próximo de sua mãe e de seu pai. Os pais percebiam o filho mais maduro e mais autônomo, e a mãe mencionou em entrevista com a terapeuta que não havia esquecido o que trabalharam um ano antes, quando discutiram que se alguma coisa não está bem entre os pais, pode ser percebida pelo filho e isso pode atrapalhar seu desenvolvimento.

O processo terapêutico de acordo com o CPQ

De maneira geral, o processo terapêutico de Walter foi caracterizado pela interação marcada pela conexão entre terapeuta e pacien-

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

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

A terapeuta lançou mão de intervenções que percorreram todo o espectro de intervenções possíveis, desde as mais suportivas e de apoio, incluindo estratégias expressivas, para ajudar o paciente a identificar e verbalizar estados internos e afetos, até intervenções interpretativas. Foi característico do processo auxiliar o paciente a manejar sentimentos, enfatizar a verbalização dos sentimentos, emoções, encorajar a fala do menino e buscar clarificar suas comunicações (conforme itens 3, 31, 65, 82 e 97). A abordagem psicanalítica da terapeuta ficou evidente no processo terapêutico, na medida em que ela fazia uso das interpretações e acolhia as angústias do seu paciente, permitindo que ele expressasse o que desejasse (itens 12, 17, 37, 50, 62, 67, 89). A análise baseada no CPQ deixou evidente, ainda, que a terapeuta era confiante e segura, percebia acuradamente o processo terapêutico, e foi sensível e acolhedora em relação aos sentimentos de Walter e ao seu nível de desenvolvimento e de capacidades (itens 6, 18, 77, 86).

Itens mais característicos				
Item do CPQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
31 - T solicita mais informação ou elaboração.	3.00	9.00	8.20	.74
58 - C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	2.50	9.00	7.71	1.67
88 - O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da C	5.00	9.00	7.52	.76
86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	5.00	9.00	7.48	.73
23 - A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.	1.00	9.00	7.26	1.29
77 - A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	4.00	9.00	7.17	1.06
6 - T é sensível aos sentimentos da C.	2.00	9.00	7.14	1.15
65 - T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da C.	5.00	9.00	7.01	.83
42 - C ignora ou rejeita os comentários e observações do T.	1.50	9.00	7.00	1.89
28 - T percebe acuradamente o processo terapêutico.	1.50	9.00	6.95	1.30
3 - Os comentários do T visam a encorajar a fala da C.	2.00	9.00	6.94	1.44
62 - T assinala um tema recorrente na experiência ou conduta da C	2.50	9.00	6.66	1.29
50 - T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela C (ex. raiva, inveja ou excitação).	3.00	9.00	6.65	1.32
67 - T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias inconscientes.	2.00	9.00	6.49	1.53
97 - T enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos.	2.50	9.00	6.49	1.13
45 - T tolera os fortes afetos ou impulsos da C.	3.50	9.00	6.47	1.15
69 - A situação de vida atual ou recente da C é enfatizada.	3.00	9.00	6.43	1.29
38 - T e C demonstram um vocabulário ou compreensão compartilhada quando se referem a eventos ou sentimentos.	4.00	9.00	6.22	1.05
54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	2.50	8.50	6.19	.96
72 - C é ativa.	1.00	9.00	6.15	2.02
82 - T ajuda C a manejar os sentimentos.	2.50	8.50	6.14	1.16
Itens menos característicos				
Item do CPQ	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
9 - T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	1.00	7.50	2.10	1.22
40 - C se comunica sem afeto.	1.00	9.00	2.28	1.30
17 - T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	1.00	8.00	2.42	1.33
89 - T age para fortalecer as defesas existentes.	1.00	8.00	2.51	1.24
12 - T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	1.00	4.50	2.57	.82
32 - C alcança uma nova compreensão ou insight.	1.00	7.00	2.57	1.42
5 - C tem dificuldade para compreender os comentários do T.	1.00	6.00	2.60	1.04
53 - C transmite consciência das próprias dificuldades internas.	1.00	8.00	2.60	1.65
78 - C é complacente.	1.00	6.50	2.80	1.35
18 - T é crítico e transmite falta de aceitação.	1.00	8.50	3.09	1.74
41 - C não se sente compreendida pelo T.	1.00	9.00	3.19	1.39
95 - O brincar da C carece de espontaneidade.	1.00	8.00	3.42	1.93
37 - T se comporta de uma maneira didática.	1.00	8.00	3.55	1.54
85 - A agressividade da C é direcionada para ela mesma.	1.50	6.50	3.71	1.04
63 - C explora relacionamentos com outros significativos.	2.00	7.50	3.81	1.04
70 - C se esforça para controlar sentimentos ou impulsos.	1.50	7.50	3.86	1.26
100 - T faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos.	1.50	9.00	3.99	1.33
26 - C é socialmente não sintonizada ou inapropriada.	2.00	7.50	4.01	1.29
49 - C transmite sentimentos confusos ou conflituosos sobre T.	2.00	7.00	4.01	1.11
61 - C se sente tímida e envergonhada [vs. desinibida e segura].	1.50	9.00	4.01	1.23

Nota: T = terapeuta; C = criança.

Tabela 1. Médias dos vinte itens mais e menos característicos do processo terapêutico de Walter de acordo com o CPQ

	Passo	Tolerância	F	D ²
1	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	1.00	7.43	
2	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	.94	4.38	.38
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	.94	4.21	.39
3	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	.94	3.68	.75
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	.88	6.73	.58
	40 - C se comunica sem afeto.	.93	5.87	.63
4	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	.90	5.63	.98
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	.86	8.33	.82
	40 - C se comunica sem afeto.	.92	6.71	.92
	66 - T é diretamente tranquilizador.	.91	5.85	.97
5	86 - T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	.89	6.20	1.32
	54 - C é clara e organizada na sua expressão verbal.	.85	9.15	1.14
	40 - C se comunica sem afeto.	.88	9.08	1.15
	66 - T é diretamente tranquilizador.	.89	7.52	1.24
	63 - C explora relacionamentos com outros significativos.	.94	6.18	1.32

Nota: T = terapeuta; C = criança.

Tabela 2. Itens do CPQ inseridos na Análise Discriminante a partir do método *Stepwise*.

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

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

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

O grupo de sessões imediatamente posteriores às entrevistas com os pais tiveram o centroide estabelecido em -1,124 em relação à função discriminante. O grupo de sessões anteriores às entrevistas com os pais tiveram o centroide em 0,183. Essa informação permitiu interpretar que nas sessões imediatamente posteriores às entrevistas com os pais o item 86, que teve a maior carga discriminante e de valor positivo, diminuiu, indicando que a terapeuta, nessas sessões, tornou-se menos confiante e segura de si, assim como o item 54, que indica que nessas sessões a

criança tornou-se menos clara e organizada na sua expressão verbal. Os demais itens discriminantes tiveram uma carga menor (<0,40), porém, foi possível verificar que nas sessões que sucederam as entrevistas com os pais os itens 40 e 63 indicaram que a criança se comunicou com afeto mais intenso e não explorou relacionamentos com outros significativos, ou seja, Walter apresentava-se mais resistente a analisar seus relacionamentos e os afetos presentes (em geral angústia ou raiva) aumentavam em intensidade. O último item discriminante teve carga negativa e, portanto, aumentou seu escore nas sessões posteriores às entrevistas com os pais, indicando que a terapeuta se tornou mais diretamente tranquilizadora nessas sessões.

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

Nota: T = terapeuta; C = criança.

Tabela 3. Cargas discriminantes dos itens do CPQ incluídas na Análise Discriminante *Stepwise*

Como foi visto em relação às características do processo terapêutico de Walter como um todo, o item 86 (Terapeuta é confiante seguro de si [vs. incerto ou inseguro]) foi um dos mais salientes ao longo da psicoterapia ($m = 7.48$, $DP = .73$). Contudo, a análise discriminante indicou que foi o item mais impactado após as entrevistas com os pais. É possível que os comportamentos regredidos apresentados pelo menino durante a psicoterapia, que durou quase quatro anos, narrados pelos pais nas suas entrevistas, quando traziam o relato e as queixas dos seus problemas na escola, expliquem este impacto. Walter havia estabelecido uma boa aliança terapêutica com a terapeuta, identificando-se uma conexão e sintonia entre a díade, o que permitiu, inclusive, a manifestação da sua agressividade e fortes emoções em um contexto percebido como seguro pela criança. O processo terapêutico estava em marcha, e a terapeuta observava as melhoras do menino no *setting*. Os pais, nas suas entrevistas, traziam notícias do mundo externo, as dificuldades que ainda permaneciam ou retornavam, o que pode ter contribuído para afetar a segurança e a confiança da terapeuta acerca do quanto ela estava conseguindo ajudar o paciente. No seu relato do processo terapêutico, intensos e recorrentes sentimentos contratransferenciais de irritação e desânimo foram reportados.

Estudos anteriores descreveram alguns dos sentimentos que podem ser evocados no terapeuta pelos pais dos seus pacientes (Gabel & Bemporad, 1994; Glenn et al., 1996). Ansiedade, sentimentos de crítica, de confusão e até mesmo desamparo são alguns deles. Além disso, quando conflitos familiares ou do casal estão presentes, isso pode comprometer o progresso da psicoterapia, e os pais podem se tornar críticos e acusatórios em relação ao tratamento e ao terapeuta. Este elemento estava presente no caso de Walter, e pode ter contribuído para os movimentos de evolução e regressão observados e para o impacto no processo terapêutico identificado com base na análise discriminante. A melhora do menino, possivelmente, iria requerer uma reorganização da homeostase familiar, o que, de fato ocorreu. A alta da psicoterapia coincidiu com o período de separação dos pais de Walter.

O outro item igualmente afetado após as entrevistas com os pais dizia respeito à criança

e foi o 54 (Criança é clara e organizada na sua expressão verbal). Como no caso do item 86, este item estava entre os 20 mais característicos do processo. Na medida em que os pais de Walter traziam para a terapeuta queixas do menino na escola e das suas dificuldades, e ele era informado sobre as entrevistas e os conteúdos que diziam respeito a ele, levantamos a hipótese de que isso possa ter suscitado sentimentos de vergonha, culpa, raiva, desconfiança, entre outros, afetando a capacidade de expressão que costumava demonstrar. Tais riscos foram discutidos na literatura sobre a participação dos pais na psicoterapia de crianças (Aberastury, 2004; Glenn et al., 1996; Rosenberg, 1994).

Embora com carga discriminante menor, os itens 40 (Criança se comunica sem afeto) e 63 (Criança explora relacionamentos com outros significativos) também contribuíram para diferenciar as sessões anteriores e posteriores às entrevistas com os pais. Isto significa que, em algum grau, Walter tornava-se mais emotivo ou eventualmente agressivo após essas entrevistas e se recusava a analisar seu relacionamento com pessoas significativas na sua vida, como seus pais, colegas e professores na escola. Em contrapartida, a presença do item 66 (Terapeuta é diretamente tranquilizador) a partir do quarto passo da análise discriminante, e que não esteve entre os itens mais característicos do processo terapêutico de Walter, indicou a necessidade de uma intervenção nesse sentido, de apoio, após as entrevistas com os pais.

Considerações Finais

As controvérsias presentes na literatura da psicoterapia psicanalítica de crianças, acerca da participação dos pais no processo, encontram fundamentos no campo da prática clínica, uma vez que tal inclusão é complexa e delicada, e passível de implicar riscos para o tratamento, além dos benefícios esperados. No presente estudo, pudemos observar ambas as dimensões da participação dos pais. A análise baseada no CPQ demonstrou que as entrevistas realizadas com os pais impactaram as sessões imediatamente posteriores da criança.

Por outro lado, se os pais não tivessem sido acompanhados no decorrer da psicoterapia pela terapeuta, isto não significa que efeitos semelhantes não teriam sido presentes. Ou

seja, mesmo nesta hipótese, é possível que seus sentimentos em relação à psicoterapia e comportamentos impactassem de alguma forma o processo terapêutico. Além disso, devemos levar em conta que apesar do CPQ ter condições de analisar as sessões e a relação terapêutica, não se pode excluir a possível interferência de outras questões nos resultados apontados, já que mesmo na relação terapêutica, não é possível isolar os sujeitos das influências externas e sociais. Assim, inúmeros outros fatores, e não apenas as entrevistas com os pais, poderiam ter algum impacto na relação terapêutica, que é permeada por todas as experiências vividas pelo paciente.

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

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

servados, por exemplo, nos longos períodos de atraso no pagamento. Nesse sentido, ao considerarmos o processo terapêutico como um todo e não apenas os efeitos imediatos das entrevistas com os pais, podemos considerar que seu acompanhamento teve um impacto positivo.

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

Referências

- Aberastury, Arminda (2004). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Achenbach, Thomas M. (1991). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, V. T: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Borsa, Juliane Callegaro; Damásio, Bruno Figueiredo & Bandeira, Denise Ruschel (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22 (53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2012000300014>
- Carvalho, Cibele; Godinho, Lucia Rech & Ramires, Vera Regina Rohnelt (2016). O processo psicoterapêutico de uma criança: análise baseada no Child Psychotherapy Q-Set. *Temas em Psicologia*, 24, 1153-1167. <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-19>
- Dugmore, Nicola (2009). Ghosts, aliens and things that go bump in the night: parent-child psychotherapy in relation to childhood sleep difficulties. *Psycho-Analytic Psychotherapy in South Africa*, 17(1) 36-58.
- Edwards, David 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. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>
- Emanuel, Louise (2012). Holding on; being held; letting go: the relevance of Bion's thinking for

- psychoanalytic work with parents, infants and children under five. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(3), 268-83.
<https://doi.org/10.1080/0075417X.2012.720101>
- Finkel, Lenira Akcelrud (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança, uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 190-203.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100016>
- Gabel, Stewart & Bemporad, Jules (1994). Variations in countertransference reactions in psychotherapy with children. *American Journal of Psychotherapy*, 48(1), 111-119.
- Gastaud, Marina; Carvalho, Cibele; Goodman, Geoff & Ramires, Vera Regina Rohnelt (2015). Assessing levels of similarity to a “psychodynamic prototype” in psychodynamic psychotherapy with children: a case study approach (preliminary findings). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 161-165.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0059>
- Glenn, Jules; Sabot, Lawrence M. & Bernstein, Isidor (1996). O papel dos pais na análise de crianças. In Jules Glenn (Org.), *Psicanálise e psicoterapia de crianças* (pp. 239-258). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hair, Joseph F.; Black, William C.; Babin, Barry J.; Anderson, Ralph E. & Tatham, Ronald L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Kernberg, Paulina & Chazan, Saralea. (1991). *Children with Conduct Disorders: A Psychotherapy Manual*. New York: Basic Books.
- Kernberg, Paulina; Ritvo, Rachel & Keable, Helene (2012). Practice Parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.02.015>
- Klinger, Fernanda Ellen; Reis, Beatriz Kauri & Souza, Ana Paula Ramos (2011). A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis. *Estilos da Clínica*, 16(1), 96-115.
<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v16i1p96-115>
- Melo, Henriqueta Lucia Arcoverde; Andrade, Fernando Cesar Bezerra de & Lima, Héliida Magalhães de Costa (2012). Superando o feticismo: sofrimento materno na psicanálise de crianças. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 539-544.
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000300019>
- Motta, Ivonise F. (2008). Intervenções psicoterápicas no desenvolvimento psicológico: o trabalho com os pais. In: Isabel Cristina Gomes (Org.), *Família: diagnóstico e abordagens terapêuticas*. (pp. 113-123). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nevas, Debra B. & Farber, Barry A. (2001). Parents' attitudes toward their child's therapist and therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 165-170.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.2.165>
- Oliveira, Luiz Ronaldo Freitas de; Gastaud, Marina & Ramires, Vera Regina Rohnelt (2016). Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(2), 201-222. Disponível em http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=203
- Pardo, Antonio & Ruiz, Miguel Á. (2002). *SPSS 11 Guia para análise de dados*. Madrid: McGraw Hill.
- Pozzi-Monzo, Maria; Lee, Anthony & Likierman, Meira (2012). From reactive to reflective: evidence for shifts in parents' state of mind during brief under-fives psychoanalytic psychotherapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1) 151-164.
<https://doi.org/10.1177/1359104511403682>
- Ramires, Vera Regina Rohnelt; Carvalho, Cibele; Schmidt, Fernanda M. D.; Fiorini, Guilherme P. & Goodman, Geoff (2015). Interaction Structures in the Psychodynamic Therapy of a Boy Diagnosed with Asperger's Disorder: A Single-Case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 129-140.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2015.195>
- Ramires, Vera Regina Ramires; Godinho, Lucia Rech; Carvalho, Cibele; Gastaud, Marina & Goodman, Geoff (2017). Child psychoanalytic psychotherapy: a single case study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31, 1-19.
<https://doi.org/10.1080/02668734.2017.1280692>
- Ramires, Vera Regina Rohnelt; Godinho, Lucia Rech & Goodman, Geoff (2017). The Therapeutic Process of a Child Diagnosed With Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1037/pap0000134>
- Ramires, Vera Regina R. & Schneider, Celeste (2016). Elaboração da versão em português do Child Psychotherapy Q-set. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.15900102-3772e323218>
- Rosenberg, Ana. M. S. (1994). A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In: Ana M. S. Rosenberg (Org.), *O lugar do pais*

- na psicanálise de crianças (pp. 45-78). São Paulo: Escuta.
- Rustin, Margaret (1998). Dialogues with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 24(2), 233-252. <https://doi.org/10.1080/00754179808414815>
- Sei, Maíra B.; Souza, Carolina G. P. & Arruda, Sérgio L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo/Revista do NESME*, 2(5), 101-219. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1806-24902008000200009>
- Schneider, Celeste (2003). *The Development of the Child Psychotherapy Q-set*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of California, Berkeley.
- Schneider, Celeste & Jones, Enrico (2006). *Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual* (Unpublished manuscript). Berkeley: University of California.
- Schneider, Celeste & Jones, Enrico (2012). Appendix IB. Child Psychotherapy Q-Set. Coding Manual. In: Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, & Horst Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 611-626). New York: Humana Press.
- Schneider, Celeste; Pruetzel-Thoma, A. & Midgley, Nick (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-Set. In Midgley, Nick; Anderson, J.; Grainger, E.; Vuckovic-Nesic, T. & Urwin, C. (Ed.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings* (pp. 72-84). Nova York, NY: Routledge.
- Sutton, Adrian & Hughes Lynette (2005). The psychotherapy of parenthood: Towards a formulation and valuation of concurrent work with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(2), 169-188. <https://doi.org/10.1080/00754170500221253>
- Zavaschi, Maria Lucrecia S.; Bassols, Ana Margareth S.; Bergmann, David S. & Mardini, Victor (2015). Abordagem psicodinâmica na infância. In Claudio Eizirik, Rogerio Aguiar & Sidnei Schestatsky. *Psicoterapia de orientação analítica - fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 723-754). Porto Alegre: Artmed.



VERA REGINA ROHNELT RAMIRES

Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica, Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em psicologia da Unisinos, Brasil.

LUIZ RONALDO FREITAS DE OLIVEIRA

Psicólogo, Professor e Coordenador do Curso de Psicologia da IMED. Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS (2016), Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS (2010).

LUCIA BELINA RECH GODINHO

Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica. Mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS).

DANIEL VIANA ABS DA CRUZ

Doutor em Psicologia (UFRGS), Mestre em Psicologia (Unisinos) e Psicólogo (Unisinos). Professor do Curso de Psicologia da Unisinos.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

verareginaramires@gmail.com

FORMATO DE CITACIÓN

Ramires, Vera Regina Rohnelt; de Oliveira, Luiz Ronaldo Freitas; Godinho, Lucia Belina Rech & da Cruz, Daniel Viana Abs (2017). O impacto da participação dos pais no processo terapêutico psicanalítico da criança. *Quaderns de Psicologia*, 19(2), 163-177.
<http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1400>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 12/03/2017
1ª Revisión: 26/04/2017
Aceptado: 08/05/2017