

INTERVENÇÕES NA PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE UMA CRIANÇA COM TRANSTORNO DISRUPTIVO DA DESREGULAÇÃO DO HUMOR

*INTERVENTIONS IN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF A
CHILD WITH DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER*

*INTERVENCIONES DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA DE UN NIÑO CON
EL TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO*

*Catiane Pinheiro da Rosa**

*Caroline de Oliveira***

*Marina Bento Gastaud****

*Lúcia Belina Rech Godinho*****

*Vera Regina Röhmelt Ramires******

RESUMO

As desordens disruptivas constituem um desafio para a abordagem terapêutica psicodinâmica. Este estudo teve como foco analisar o processo de psicoterapia psicodinâmica de uma criança com transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH), buscando descrever e analisar as intervenções da terapeuta. O estudo teve delineamento misto, descritivo, longitudinal, adotando-se o pro-

* Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

pinheiro.catiane@gmail.com

** Psicóloga pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

carolinedeoliveira@unesc.net

*** Pós-Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

marinagastaud@hotmail.com

**** Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

luciarech@terra.com.br

***** Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

vramires@unisinos.br

Este artigo faz parte de projeto de pesquisa financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

cedimento de estudo de caso sistemático. Os participantes foram um menino de sete anos de idade e sua terapeuta. Para o estudo do processo, foi utilizado o *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ) e o relato da terapeuta. Os resultados mostraram uma criança resistente e hostil, cujas sessões tinham conteúdos relevantes com relação a seus conflitos. A terapeuta lançou mão de amplo espectro de intervenções, desde as psicodinâmicas e expressivas, até intervenções mais suportivas, ao longo de todo o tratamento. O estudo evidenciou que a psicoterapia com essas crianças pode requerer flexibilidade por parte do terapeuta, e uma postura empática e afetivamente engajada.

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

ABSTRACT

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

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

RESUMEN

Trastornos disruptivos son un desafío para el abordaje terapéutica psicodinámica. Este estudio se centró en el análisis del proceso de la psicoterapia psicodinámica de un niño con trastorno disruptivo de la desregulación del estado de ánimo (TDDEA), tratando de describir y analizar las intervenciones de la terapeuta. El estudio tuvo diseño mixto, descriptivo, longitudinal, y adoptó el método de estudio sistemático de casos. Los participantes fueron un niño de

siete años de edad y su terapeuta. Para el estudio del proceso, se utilizó el *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ) y los apuntes de la terapeuta. Los resultados mostraron un niño rebelde y hostil, cuyas sesiones tuvieron contenidos relevantes con respecto a sus conflictos. La terapeuta hizo uso de intervenciones de amplio espectro, desde la psicodinámica y expresiva, incluso las intervenciones más suportivas, a lo largo del tratamiento. El estudio mostró que la psicoterapia con estos niños puede requerir flexibilidad por parte del terapeuta, y una actitud empática y afectivamente comprometida.

Palabras clave: psicoterapia psicodinámica de los niños; intervenciones psicoterapéuticas; proceso terapéutico; problemas de conducta; estudio de caso.

Introdução

O transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH) é caracterizado principalmente pela irritabilidade crônica grave, manifesta por explosões de raiva recorrentes (APA, 2014; Machado, Caye, Frick & Rohde, 2015). As explosões de raiva podem ser expressas pela linguagem (p. ex., violência verbal) e/ou pelo comportamento (p. ex., agressão física a pessoas ou propriedade) e são consideravelmente desproporcionais em intensidade e duração à situação ou provocação, e inconsistentes com o nível de desenvolvimento. Ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana. O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é percebido por outras pessoas. Ademais, as taxas de comorbidade são extremamente altas, manifestas por uma ampla gama de comportamentos disruptivos, e podem apresentar alguns prejuízos funcionais, como perturbação na família e nas relações com os pares, bem como no desempenho escolar (APA, 2014; Stringaris & Taylor, 2015).

As crianças com sintomas externalizantes ou disruptivos (Achenbach, 1991) podem utilizar o jogo para a descarga de emoções, demonstrando um prejuízo na capacidade para brincar de forma recíproca e limitando-se a temas concretos e repetitivos. Tendem a culpar os outros e as circunstâncias pelas consequências negativas do seu comportamento, apresentam falhas nas habilidades sociais e déficits do ego em várias áreas (Kernberg & Chazan, 1992). Além disso, podem apresentar prejuízos na capacidade de regulação emocional implícita, que é um dos mecanismos responsáveis pela regulação das emoções (Hoffman, Rice & Prout, 2015; Rice & Hoffman, 2014). Podem ser mais resistentes à abordagem psicodinâmica clássica, voltada para o *insight* (Palmer, Nascimento & Fo-

nagy, 2013), pois apresentam mais dificuldades para se engajar na psicoterapia (Midgley & Kennedy, 2011) e são de difícil tratamento (Kernberg & Chazan, 1992). Além disso, são raras as pesquisas que dão ênfase à psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes (Farmer, Compton, Burns & Robertson, 2002), percebendo-se escassez de pesquisas empíricas que investiguem as intervenções utilizadas na psicoterapia com essas crianças, se comparadas com o tratamento para adultos (Shirk & Burwell, 2010).

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

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

A psicoterapia psicodinâmica com crianças com sintomas externalizantes pode ter como objetivo reforçar as funções egoicas mais prejudicadas do paciente, por meio do relacionamento com o terapeuta que deverá esclarecer, confrontar e interpretar as experiências da criança para ampliar suas possibilidades de expressão de suas fantasias, sentimentos e pensamentos (Kernberg & Chazan, 1992). Ademais, a observação e interpretação da ansiedade e da transferência negativa no início do tratamento não é priorizada, mas é dada ênfase à transferência positiva

para favorecer o estabelecimento da aliança terapêutica com essas crianças (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992). As intervenções suportivas podem estar presentes ao longo de todo o tratamento e são importantes para a construção de uma relação terapêutica sólida e o fortalecimento das funções do ego da criança.

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

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

Método

Delineamento

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

Participantes

Participaram deste estudo um paciente com TDDH e sua terapeuta. O paciente, chamado Walter (pseudônimo), tinha sete anos de idade no início da psicoterapia. Apresentava sintomas externalizantes. Os pais buscaram atendimento por queixas relacionadas a dificuldades de relacionamento na escola. A terapeuta é psicóloga, com 23 anos de experiência clínica no início da psicoterapia. Tinha especialização em psicoterapia psicodinâmica e mestrado em psicologia clínica. Utilizava o referencial psicodinâmico, principalmente a teoria das relações objetais, bem como elementos da abordagem para crianças com transtornos de conduta (Kernberg & Chazan, 1992), e realizava supervisão clínica do caso em estudo.

Instrumentos

O estudo do processo terapêutico foi realizado utilizando-se o procedimento *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ), baseado no *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) (Jones, 2000) e desenvolvido por Schneider e Jones (Schneider, 2004; Schneider & Jones, 2006, 2012). O instrumento foi traduzido para o português brasileiro (Ramires & Schneider, 2016) e permite descrever clinicamente o processo de psicoterapia de crianças com idades entre 3 a 13 anos, proporcionando uma análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos (Schneider & Jones, 2006, 2012). Algumas pesquisas com crianças já foram realizadas utilizando o CPQ (Gastaud, Carvalho, Goodman & Ramires, 2015; Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman, Midgley & Schneider, 2015; Ramires, Carvalho, Schmidt, Fiorini & Goodman, 2015; Schneider, 2004; Schneider, Midgley & Duncan, 2010).

O instrumento consiste em 100 itens com afirmações derivadas de uma revisão de literatura sobre psicoterapia de crianças, que incluiu tratamentos com base empírica e com abordagem psicanalítica, sendo panteórico (Schneider & Jones, 2006, 2012). Os itens são divididos em três subconjuntos que descrevem: (1) as atitudes, sentimentos, comportamentos ou experiências da criança; (2) as ações e atitudes do terapeuta; e (3) a natureza da interação entre paciente e terapeuta. Os 100 itens devem ser classificados em nove categorias que definem dois polos, os itens extremamente não característicos (pontuados entre 1 a 3) e os itens extremamente característicos (pontuados entre 7 a 9), além dos itens neutros que compõem as categorias intermediárias (pontuados

entre 4 a 6). Cada categoria tem uma quantidade predeterminada de itens, com uma pontuação ipsativa. Desse modo, o avaliador deve assistir ao vídeo de uma sessão de psicoterapia e elencar os itens mais ou menos característicos da sessão e os itens neutros.

A validade e a fidedignidade do CPQ têm sido constatadas em alguns estudos (Goodman et al., 2015; Schneider, Pruetzel-Thomas & Midgley, 2009; Ramires & Schneider, 2016). Foram demonstradas a validade discriminante (Schneider et al., 2009) e a fidedignidade entre avaliadores (Goodman & Athey-Lloyd, 2011; Goodman, Edwards & Chung, 2014; Ramires et al., 2015; Schneider, 2003, 2004; Schneider et al., 2010).

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

Procedimento de Coleta de Dados

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

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

Procedimento de Análise dos Dados

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

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

Resultados

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

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

A terapeuta, em média, era confiante em si mesma, afetivamente engajada, não julgadora, percebia acuradamente o processo terapêutico, era sensível aos sentimentos da criança e agia de forma adequada ao seu nível de desenvolvimento. Caracterizou-se por uma atitude exploratória, clarificadora, reformulando as

comunicações da criança, priorizando colocações ideativas ou interpretativas em detrimento à modulação de afetos. No geral, ela não estruturava as sessões, nem introduzia tópicos, e não agia para fortalecer defesas (conforme itens 86, 9, 18, 28, 6, 77, 31, 65, 12, 17 e 89 da tabela).

Apenas dois itens dos 20 que descreveram o processo diziam respeito à natureza da interação da díade, ao clima e à atmosfera do encontro. Em média, este processo foi caracterizado por sessões com um tema ou foco específico, contendo materiais significativos e relevantes aos conflitos do paciente (conforme itens 23 e 88 da tabela).

Intervenções da Terapeuta

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

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

Discussão

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

A terapeuta caracterizou-se por uma postura sensível aos sentimentos da criança, afetivamente engajada e não emitiu críticas ou julgamentos. Além disso, sua postura diretamente tranquilizadora foi se intensificando com o passar do tempo. Esses dados permitem inferir que essa postura da terapeuta pode ter contribuído para fortalecer o vínculo na díade terapeuta/paciente e diminuir gradativamente a resistência do paciente. Entende-se que as respostas empáticas e o engajamento do terapeuta pelo sofrimento e dificuldades do paciente podem facilitar o envolvimento da criança na terapia (Barish, 2004), e que esse crescente vínculo entre paciente e terapeuta propicia a emergência de uma estrutura terapêutica que permite a exploração dos conflitos da criança e da atividade criativa e que fornece uma base de apoio para as intervenções subsequentes (Eresund, 2007; Kernberg & Chazan, 1992).

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

A terapeuta também demonstrou uma postura confiante e segura, percebendo acuradamente o processo terapêutico. Isso pode ser atribuído ao tempo significativo de sua experiência clínica. No tratamento de Walter, a terapeuta manteve uma postura exploratória, preferiu colocações ideativas ou interpretativas e não introduziu novos tópicos ou estruturou as sessões, contribuindo para a livre expressão da criança (AACAP, 2012). As sessões de psicoterapia tiveram um foco específico e o material das mesmas foi relevante com relação aos conflitos da criança. Desse modo, as intervenções da terapeuta caracterizaram-se por intervenções psicodinâmicas, suportivas e expressivas.

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

Por outro lado, as intervenções mais expressivas promovem a imersão da criança em sua experiência emocional, abordando conflitos intrapsíquicos ou problemas relacionais, e propiciam a resolução de conflitos inconscientes, memórias traumáticas, sentimentos, mecanismos de defesa mal-adaptativos ou distorções no relacionamento com o terapeuta (AACAP, 2012; Hoffman et al., 2015). Sabe-se que a mudança em psicoterapia com crianças decorre da repetição e elaboração de experiências vivenciadas na psicoterapia, em que o terapeuta intervém no maior número de repetições de expressões da criança, sejam elas dificuldades de desenvolvimento, padrões relacionais não adaptativos ou conflitos internos (AACAP, 2012). No tratamento de Walter, a terapeuta sinalizava os conteúdos conscientes e inconscientes da conduta do paciente que eram trazidos na brincadeira e que tendiam a se repetir.

As clarificações visam a ampliar a consciência da criança sobre conteúdos mais inconscientes e direcionar sua atenção para a possibilidade de encontrar novos significados em seus comentários, afeto, jogos e comportamentos não verbais (AACAP, 2012). Consistem em estímulos para a auto-observação e autoavaliação da criança. Essas intervenções podem ser particularmente importantes se conside-

rarmos que crianças com sintomas externalizantes tendem a utilizar mecanismos de defesa que distorcem a realidade, como a negação e a projeção (Kernberg & Chazan, 1992). No tratamento de Walter, a terapeuta fez uso da clarificação para ampliar a consciência do menino com relação à sua percepção de si e dos outros, estimulando a exploração de seus sentimentos, pensamentos e emoções.

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

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

A análise de todo o processo psicoterapêutico permitiu constatar que a terapeuta utilizou um amplo espectro de intervenções psicodinâmicas, desde as suportivas até as expressivas. As intervenções suportivas, bem como a postura empática e a sensibilidade da terapeuta com relação aos sentimentos e pensamentos da criança, podem ter propiciado a emergência de um *setting* clínico favorável à exploração dos conflitos internos, padrões relacionais não adaptativos e outras dificuldades de desenvolvimento. As intervenções expressivas, como a clarificação,

a interpretação e o assinalamento de defesas, podem ter favorecido a tomada de consciência da criança desses conflitos e dificuldades. As intervenções psicodinâmicas, de modo geral, podem ter contribuído para ampliar a capacidade de brincar da criança e direcionar seus comportamentos de *acting out* para a dimensão dos símbolos e da linguagem verbal (Kernberg & Chazan, 1992).

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

Considerações Finais

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

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

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

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 e 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- AACAP – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012). Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 541-557. <http://www.jaacap.com/article/S0890-8567%2812%2900141-4/pdf>
- APA – American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/DSM-5*, 5th ed. (trad. M. I. C. Nascimento et al.). Porto Alegre: Artmed.
- Barish, K. (2004). What is therapeutic in child therapy? I. Therapeutic engagement. *Psychoanalytic Psychology*, 21(3), 385–401. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.3.385>
- Beutler, L. E.; Malik, M.; Mohamed, S. A.; Harwood, T. M.; Talebi, H.; Noble, S.; Wong, E. (2004). Therapist variables. In: Lambert, M. (ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change*, 227-306. New York: John Wiley & Sons.
- Ceitlin, L. H. F.; Wiethaeuper, D.; Goldfred, P. R. M. (2003). Outcome research in psychoanalytic psychotherapy: the effect of the therapist as a variable. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 81-95.
- Dancey, C. P.; Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Penso.
- 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. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.892>
- Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 161-180. <https://doi.org/10.1080/00754170701431347>
- Farmer, E. M. Z.; Compton, S. N.; Burns, B. J.; Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1267–1302. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.6.1267>

- Fernández, P. M. S.; Mella, M. F. R.; Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-288. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&cpid=S1668-70272009000200006
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo* (trad. D. Bueno). Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*, 4th ed. (trad. M. R. S. Hofmeister). Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O.; Westen, D. (2003). Repensando a ação terapêutica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(2), 257-273. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000200003>
- Gastaud, M. B.; Carvalho, C.; Goodman, G.; Ramires, V. R. R. (2015). Assessing levels of similarity to a “psychodynamic prototype” in psychodynamic psychotherapy with children: a case study approach (preliminary findings). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(3), 161-165. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0059>
- Goodman, G.; Athey-Lloyd, L. (2011). Interaction structures between a child and two therapists in the psychodynamic treatment of a child with Asperger’s disorder. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 311-326. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614749>
- Goodman, G.; Edwards, K.; Chung, H. (2014). Interaction structures formed in the psychodynamic therapy of five patients with borderline personality disorder in crisis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(1), 15-31. <https://doi.org/10.1111/papt.12001>
- Goodman, G.; Midgley, N.; Schneider, C. (2015). Expert clinicians’ prototype of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor?. *Psychotherapy Research*, 26(5), 590-601. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>
- Hoffman, L.; Rice, T.; Prout, T. (2015). *Manual of regulation-focused psychotherapy for children with externalizing behaviors: A psychodynamic Approach*. New York: Routledge.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action: A guide to psychoanalytic Therapy*. London: Jason Aronson.
- Kernberg, P.; Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento: manual de psicoterapia* (trad. D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L.; McLellan, A. T.; Woody, G. E.; O’Brien, C. P.; Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of general psychiatry*, 42(6), 602-611. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790290084010>
- Machado, J. D.; Caye, A.; Frick, P. J.; Rohde, L. A. (2015). DSM-5: Principais mudanças nos transtornos de crianças e adolescentes. In: Rey, J. M. (ed.). *IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health* (trad. L. T. Oliveira, L. S. Quadros). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

- Midgley, N.; Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 232-260. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614738>
- Palmer, R.; Nascimento, L. N.; Fonagy, P. (2013). The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 149–214. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.12.001>
- Peuker, A. C. W. B.; Habigzang, L. F.; Koller, S. H.; Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em estudo*, 14(3), 439-445. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300004>
- Prout, T. A.; Gaines, E.; Gerber, L. E.; Rice, T.; Hoffman, L. (2015). The development of an evidence-based treatment: Regulation-Focused Psychotherapy for Children with externalizing behaviours (RFP-C). *Journal of Child Psychotherapy*, 41(3), 255-271. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2015.1090695>
- Ramires, V. R. R.; Carvalho, C.; Schmidt, F. M. D.; Fiorini, G. P.; Goodman, G. (2015). Interaction Structures in the Psychodynamic Therapy of a Boy Diagnosed with Asperger's Disorder: A Single-Case Study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 129-140. <https://doi.org/10.7411/RP.2015.112>
- Ramires, V. R. R.; Schneider, C. (2016). Elaboração da versão em português do “Child Psychotherapy Q-set”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3). <http://doi.org/10.1590/0102-3772e323218>
- Rice, T. R.; Hoffman, L. (2014). Defense mechanisms and implicit emotion regulation: a comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62(4), 693-708. <https://doi.org/10.1177/0003065114546746>
- Schneider, C. (2003). *The development of the Child Psychotherapy Q-set* (doctoral dissertation – University of California, Berkeley, USA).
- Schneider, C. (2004). The development of the Child Psychotherapy Q-set. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 65(2-B), 1039. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-99016-104>
- Schneider, C.; Jones, E. E. (2006). *Child Psychotherapy Q-set. Coding Manual*. Berkeley: University of California.
- Schneider, C.; Jones, E. E. (2012). Appendix IB: Child Psychotherapy Q-set. Coding Manual. In: Levy, R. A.; Ablon, J. S.; Kächele, H. (eds.). *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*, 611-626. New York: Human Press.
- Schneider, C.; Midgley, N.; Duncan, A. (2010). A “motion portrait” of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl: Exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the Child Psychotherapy Q-set. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 9(2-3), 94-107. <https://doi.org/10.1080/15289168.2010.510979>

- Schneider, C.; Pruetzel-Thomas, A.; Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set. In: Midgley, N.; Anderson, J.; Grainger, E.; Vuckovic-Nesic, T.; Urwin, C. (eds.). *Child psychotherapy and research: new approaches, emerging findings*, 72-84. New York: Routledge.
- Shirk, S. R.; Burwell, R. A. (2010). Research on therapeutic processes: In psychodynamic psychotherapy with children and adolescents. In: Tsiantis, J.; Trowell, J. (eds.). *Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents – Today's challenge*, 177-205. London: Karnac Books.
- Stringaris, A.; Taylor, E. (2015). *Disruptive Mood irritability in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (trad. I. C. S. Ortiz). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1985). *A criança e seu mundo*, 6th ed. (trad. A. Cabral). Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D. W. (1994). Hate in the countertransference. *Journal of psychotherapy practice and research*, 3(4), 350-356. <http://www.josephmatta.com/Journal%20Club/Week%204/winnicott%20hate%20in%20the%20countertransference.pdf>

Recebido em 13 de março de 2017

Aceito para publicação em 11 de outubro de 2018

Anexo A – Tabela 1

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

Itens do CPQ mais característicos	Média	DP	Variação
31 – T solicita mais informação ou elaboração.	8,20	0,74	3–9
58 – C parece relutante em examinar pensamentos, reações ou motivações relacionadas aos problemas.	7,71	1,67	2,5–9
88 – O material da sessão é significativo e relevante em relação aos conflitos da C	7,52	0,76	5–9
86 – T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	7,48	0,73	5–9
23 – A sessão terapêutica tem um tema ou foco específico.	7,26	1,29	1–9
77 – A interação do T com a C é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	7,17	1,06	4–9
06 – T é sensível aos sentimentos da C.	7,14	1,15	2–9
65 – T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da C.	7,01	0,83	5–9
42 – C ignora ou rejeita os comentários e observações do T.	7,00	1,89	1,5–9
28 – T percebe acuradamente o processo terapêutico.	6,95	1,30	1,5–9
Itens do CPQ menos característicos	Média	DP	Variação
09 – T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	2,10	1,22	1–7,5
40 – C se comunica sem afeto.	2,28	1,30	1–9
17 – T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	2,42	1,33	1–8
89 – T age para fortalecer as defesas existentes.	2,51	1,24	1–8
12 – T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	2,57	0,82	1–4,5
32 – C alcança uma nova compreensão ou insight.	2,57	1,42	1–7
05 – C tem dificuldade para compreender os comentários do T.	2,60	1,04	1–6
53 – C transmite consciência das próprias dificuldades internas.	2,60	1,65	1–8
78 – C é complacente.	2,80	1,35	1–6,5
18 – T é crítico e transmite falta de aceitação.	3,09	1,74	1–8,5

Nota: T – terapeuta; C – criança.

Fonte: elaborado pela autora.

Anexo B – Tabela 2

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

Itens do CPQ	Média	DP	Varição
31 – T solicita mais informação ou elaboração.	8,21	0,74	3–9
86 – T é confiante, seguro de si [vs. incerto ou inseguro].	7,48	0,73	5–9
77 – A interação do T com a criança é sensível ao seu nível de desenvolvimento.	7,17	1,06	4–9
06 – T é sensível aos sentimentos da criança.	7,14	1,15	2–9
65 – T clarifica, reafirma, ou reformula comunicações da criança.	7,01	0,83	5–9
28 – T percebe acuradamente o processo terapêutico.	6,96	1,30	1,5–9
03 – Os comentários do T visam a encorajar a fala da criança.	6,94	1,44	2–9
62 – T assinala um tema recorrente na experiência ou conduta da criança.	6,66	1,29	2,5–9
50 – T chama a atenção para sentimentos considerados inaceitáveis pela criança (ex. raiva, inveja ou excitação).	6,65	1,32	3–9
67 – T interpreta os desejos, sentimentos ou ideias rejeitados ou inconscientes.	6,49	1,53	2–9
97 – T enfatiza a verbalização dos estados internos e afetos.	6,49	1,13	2,5–9
82 – T ajuda a criança a manejar os sentimentos.	6,14	1,16	2,5–8,5
46 – T interpreta o significado do jogo da criança.	6,10	1,67	2–9
76 – T faz ligações entre sentimentos e experiências da criança.	6,00	1,48	1,5–8,5
02 – T comenta sobre o comportamento não verbal da criança (ex. postura corporal, gestos).	5,85	1,67	1–9
99 – T oferece ajuda ou orientação.	5,75	0,76	4–7,5
36 – T assinala o uso de defesas por parte da criança.	5,64	2,21	1,5–9
60 – T é protetor com relação à criança.	5,56	0,70	4,5–8
48 – T coloca limites.	5,54	0,78	3,5–8
52 – T faz afirmações explícitas sobre o final da sessão, o próximo final de semana ou as férias.	5,52	0,77	3,5–8,5
79 – T comenta as mudanças no humor ou nas emoções da criança.	5,39	1,32	2,5–8,5

Continua

Itens do CPQ	Média	DP	Varição
21 – T revela informações sobre si.	4,90	0,38	3–6
93 – T é neutro.	4,79	0,99	2,5–8
81 – T enfatiza sentimentos para ajudar a criança a experimentá-los mais profundamente.	4,72	1,27	1,5–8,5
43 – T sugere o significado do comportamento dos outros.	4,62	0,63	3–6,5
57 – T tenta modificar distorções nas crenças da criança.	4,45	1,26	1–8
55 – T recompensa diretamente comportamentos desejáveis.	4,40	1,20	1–8
66 – T é diretamente tranquilizador.	4,14	1,31	1–8
24 – Conflitos emocionais do T invadem o relacionamento.	4,03	0,98	1,5–7,5
100 – T faz conexões entre a relação terapêutica e outros relacionamentos.	3,99	1,33	1,5–9
37 – T se comporta de uma maneira didática.	3,55	1,53	1–8
18 – T é crítico e transmite falta de aceitação.	3,09	1,74	1–8,5
12 – T modela emoções não ditas ou não elaboradas.	2,57	0,82	1–4,5
89 – T age para fortalecer as defesas existentes.	2,51	1,24	1–8
17 – T ativamente exerce controle sobre a interação (ex. estruturando, introduzindo novos tópicos).	2,42	1,33	1–8
09 – T não é responsivo [vs. afetivamente engajado].	2,10	1,22	1–7,5

Nota: T – terapeuta.

Fonte: elaborado pela autora.

Anexo C – Tabela 3

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

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

Nota: T – terapeuta.

Fonte: elaborado pela autora.